



El Resumen de beneficios y cobertura (SBC) lo ayudará a escoger un [plan](#) de salud. El SBC muestra cómo usted y el [plan](#) compartirían los costos de los servicios de atención médica cubiertos. NOTA: La información sobre el costo de este [plan](#) (denominado [prima](#)) se proporcionará por separado. Este es solo un resumen. Para obtener más información sobre su cobertura u obtener una copia de los términos completos de la cobertura, <https://ambetter-es.mhsindiana.com/2021-brochures.html> o llamar al 1-877-687-1182 (TTY/TDD 1-800-743-3333). Para ver las definiciones de términos frecuentes, como [cantidad permitida](#), [facturación de saldo](#), [coseguro](#), [copago](#), [deductible](#), [proveedor](#) u otros términos [subrayados](#), consulte el glosario. Puede consultar el glosario en <https://www.healthcare.gov/sbc-glossary> o llamar al 1-877-687-1182 (TTY/TDD 1-800-743-3333) para pedir una copia.

| Preguntas importantes   | Respuestas  | Por qué es importante:  |
|---|---|---|
| ¿Cuánto es el <a href="#">deductible</a> total?   | \$0   | Consulte la tabla de Circunstancias médicas comunes abajo para conocer los costos de los servicios que cubre este <a href="#">plan</a> .  |
| ¿Hay servicios cubiertos antes de alcanzar su <a href="#">deductible</a> ?                    | Sí.   | Este <a href="#">plan</a> cubre algunos productos y servicios aunque aún no haya alcanzado la cantidad del <a href="#">deductible</a> .   |
| ¿Hay otros <a href="#">deductibles</a> para servicios específicos?                            | No.   | No debe pagar <a href="#">deductibles</a> por servicios específicos.  |
| ¿Cuánto es el <a href="#">límite de gastos de bolsillo</a> para este <a href="#">plan</a> ?   | No se aplica.   | Este <a href="#">plan</a> no tiene un <a href="#">límite de gastos de bolsillo</a> .  |
| ¿Qué es lo que no está incluido en el <a href="#">límite de gastos de bolsillo</a> ?          | No se aplica.   | Este <a href="#">plan</a> no tiene un <a href="#">límite de gastos de bolsillo</a> .  |
| ¿Pagará menos si acude a un <a href="#">proveedor dentro de la red</a> ?                      | Sí. <a href="#">Encontrar un proveedor</a> o llame al 1-877-687-1182 (TTY/TDD 1-800-743-3333) para una lista de <a href="#">proveedores de la red</a> . | Este <a href="#">plan</a> utiliza una <a href="#">red de proveedores</a> . Pagará menos si usa un <a href="#">proveedor</a> que esté incluido en la <a href="#">red</a> del <a href="#">plan</a> . Pagará más si acude a un <a href="#">proveedor fuera de la red</a> , y es posible que reciba una factura de un <a href="#">proveedor</a> por la diferencia entre el cargo del <a href="#">proveedor</a> y lo que su <a href="#">plan</a> paga ( <a href="#">facturación de saldo</a> ). Tenga en cuenta que su <a href="#">proveedor dentro de la red</a> puede usar un <a href="#">proveedor fuera de la red</a> para algunos servicios (como análisis de laboratorio). Consulte con su <a href="#">proveedor</a> antes de recibir los servicios. |
| ¿Necesita una <a href="#">derivación</a> para atenderse con un <a href="#">especialista</a> ? | No.   | Puede ver al <a href="#">especialista</a> que usted elija sin una derivación.   |

| Circunstancia médica común                      | Servicios que podría necesitar  | Lo que usted pagará  |   | Limitaciones, excepciones y otra información importante   |
|---|---|--|---|---|
|   |   | Proveedor de Atención de la Salud Indígena (IHCP) (Usted pagará el mínimo) | No Proveedor de Atención de la Salud Indígena (IHCP) (Usted pagará el máximo) |   |
| Si acude al consultorio o clínica del proveedor | Consulta con su médico de atención primaria para tratar una afección o lesión | Sin cargo  | No cubierto   | Visitas virtuales de Ambetter Health cubiertas a \$0, <u>proveedores</u> cubiertos en su totalidad. Si un <u>Proveedor</u> de Atención de la Salud Indígena (IHCP) le <u>remite</u> a un <u>proveedor</u> que no es IHCP, se renuncia a los <u>costos compartidos</u> .   |
|   | Consulta con un <u>especialista</u>   | Sin cargo  | No cubierto   | Sí un <u>Proveedor</u> de Atención de la Salud Indígena (IHCP) le <u>remite</u> a un <u>proveedor</u> que no es IHCP, se renuncia a los <u>costos compartidos</u> .   |
|   | <u>Atención preventiva/evaluación/vacunas</u>                                 | Sin cargo  | No cubierto   | Puede que tenga que pagar por servicios que no son preventivos. Pregunte a su <u>proveedor</u> si los servicios necesarios son preventivos. Luego verifique por lo que su <u>plan</u> pagará. Si un <u>Proveedor</u> de Atención de la Salud Indígena (IHCP) le <u>remite</u> a un <u>proveedor</u> que no es IHCP, se renuncia a los <u>costos compartidos</u> .   |
| Si se realiza un examen                         | <u>Exámenes de diagnóstico</u> (radiografías, análisis de sangre)             | Sin cargo  | No cubierto   | Puede que sea necesaria una autorización previa. Cubierto sin límite. Incapacidad para obtener autorización previa para cualquier servicio que requiera autorización previa puede ocasionar disminución de beneficios. Vea su póliza para obtener más detalles. Sí un <u>Proveedor</u> de Atención de la Salud Indígena (IHCP) le <u>remite</u> a un <u>proveedor</u> que no es IHCP, se renuncia a los <u>costos compartidos</u> . |
|   | Diagnóstico por imágenes (tomografía computarizada/tomografía por emisión de  | Sin cargo  | No cubierto   | Puede que sea necesaria una autorización previa. Cubierto sin límite. Sí un <u>Proveedor</u> de Atención de la Salud Indígena (IHCP) le <u>remite</u>   |

\* Para obtener más información sobre limitaciones y excepciones, consulte el documento del plan o de la póliza en <https://api.centene.com/EOC/2021/76179IN013.pdf>.

| Circunstancia médica común   | Servicios que podría necesitar                            | Lo que usted pagará  |   | Limitaciones, excepciones y otra información importante  |
|--|---|--|---|--|
|  |   | Proveedor de Atención de la Salud Indígena (IHCP) (Usted pagará el mínimo) | No Proveedor de Atención de la Salud Indígena (IHCP) (Usted pagará el máximo) |  |
|  | positrones, imágenes por resonancia magnética)            |  |   | a un <u>proveedor</u> que no es IHCP, se renuncia a los <u>costos compartidos</u> .  |
| <b>Si necesita un medicamento para tratar su enfermedad o condición médica.</b><br>Hay más información disponible sobre la <u>cobertura de medicamentos con receta médica</u> en <u>Lista de Medicamentos Preferidos</u> . | Medicamentos genéricos                                    | Al por menor: Sin cargo  | No cubierto   | Los <u>medicamentos con receta</u> se proporcionan hasta por 30 días al por menor y hasta 90 días por pedidos por correo. Sí un <u>Proveedor</u> de Atención de la Salud Indígena (IHCP) le <u>remite</u> a un <u>proveedor</u> que no es IHCP, se renuncia a los <u>costos compartidos</u> .  |
|  | Medicamentos de marca preferidos                          | Al por menor: Sin cargo  | No cubierto   | Puede que sea necesaria una autorización previa. Los <u>medicamentos con receta</u> se proporcionan hasta por 30 días al por menor y hasta 90 días por pedidos por correo. Sí un <u>Proveedor</u> de Atención de la Salud Indígena (IHCP) le <u>remite</u> a un <u>proveedor</u> que no es IHCP, se renuncia a los <u>costos compartidos</u> . |
|  | Medicamentos de marca no preferidos                       | Al por menor: Sin cargo  | No cubierto   | Puede que sea necesaria una autorización previa. Los <u>medicamentos con receta</u> se proporcionan hasta 30 días al por menor y hasta 30 días por pedidos por correo. Sí un <u>Proveedor</u> de Atención de la Salud Indígena (IHCP) le <u>remite</u> a un <u>proveedor</u> que no es IHCP, se renuncia a los <u>costos compartidos</u> .     |
|  | <u>Medicamentos de especialidad</u>                       | Al por menor: Sin cargo  | No cubierto   | Puede que sea necesaria una autorización previa. Los <u>medicamentos con receta</u> se proporcionan hasta 30 días al por menor y hasta 30 días por pedidos por correo. Sí un <u>Proveedor</u> de Atención de la Salud Indígena (IHCP) le <u>remite</u> a un <u>proveedor</u> que no es IHCP, se renuncia a los <u>costos compartidos</u> .     |
| <b>Si le hacen una cirugía ambulatoria</b>   | Tarifa del centro (p. ej., centro de cirugía ambulatoria) | Sin cargo  | No cubierto   | Puede que sea necesaria una autorización previa. Cubierto sin límite. Sí un <u>Proveedor</u> de Atención de la Salud Indígena (IHCP) le <u>remite</u> a un <u>proveedor</u> que no es IHCP, se renuncia a los <u>costos compartidos</u> .  |
|  | Tarifas del médico/cirujano                               | Sin cargo  | No cubierto   | Puede que sea necesaria una autorización previa. Cubierto sin límite. Sí un <u>Proveedor</u> de Atención de la Salud Indígena (IHCP) le <u>remite</u>  |

\* Para obtener más información sobre limitaciones y excepciones, consulte el documento del plan o de la póliza en <https://api.centene.com/EOC/2021/76179IN013.pdf>.

| Circunstancia médica común            | Servicios que podría necesitar                      | Lo que usted pagará  |   | Limitaciones, excepciones y otra información importante   |
|---------------------------------------|---|--|---|---|
|                                       |   | Proveedor de Atención de la Salud Indígena (IHCP) (Usted pagará el mínimo) | No Proveedor de Atención de la Salud Indígena (IHCP) (Usted pagará el máximo) |   |
|                                       |   |  |   | a un <u>proveedor</u> que no es IHCP, se renuncia a los <u>costos compartidos</u> .   |
| Si necesita atención médica inmediata | <u>Atención en la Sala de Emergencias</u>           | Sin cargo  | Sin cargo   | Es posible que el proveedor pueda facturarle el balance de los servicios recibidos fuera de la red. Sí un <u>Proveedor</u> de Atención de la Salud Indígena (IHCP) le <u>remite</u> a un <u>proveedor</u> que no es IHCP, se renuncia a los <u>costos compartidos</u> . |
|                                       | <u>Transporte médico de emergencia</u>              | Sin cargo  | Sin cargo   | Es posible que el proveedor pueda facturarle el balance de los servicios recibidos fuera de la red. Sí un <u>Proveedor</u> de Atención de la Salud Indígena (IHCP) le <u>remite</u> a un <u>proveedor</u> que no es IHCP, se renuncia a los <u>costos compartidos</u> . |
|                                       | <u>Atención de urgencia</u>                         | Sin cargo  | No cubierto   | Sí un <u>Proveedor</u> de Atención de la Salud Indígena (IHCP) le <u>remite</u> a un <u>proveedor</u> que no es IHCP, se renuncia a los <u>costos compartidos</u> .   |
| Si necesita hospitalización           | Tarifa del centro (p. ej., habitación del hospital) | Sin cargo  | No cubierto   | Puede que sea necesaria una autorización previa. Cubierto sin límite. Sí un <u>Proveedor</u> de Atención de la Salud Indígena (IHCP) le <u>remite</u> a un <u>proveedor</u> que no es IHCP, se renuncia a los <u>costos compartidos</u> .                               |
|                                       | Tarifas del médico/cirujano                         | Sin cargo  | No cubierto   | Puede que sea necesaria una autorización previa. Cubierto sin límite. Sí un <u>Proveedor</u> de Atención de la Salud Indígena (IHCP) le <u>remite</u> a un <u>proveedor</u> que no es IHCP, se renuncia a los <u>costos compartidos</u> .                               |

\* Para obtener más información sobre limitaciones y excepciones, consulte el documento del [plan](#) o de la póliza en <https://api.centene.com/EOC/2021/76179IN013.pdf>.

| Circunstancia médica común  | Servicios que podría necesitar                        | Lo que usted pagará   |   | Limitaciones, excepciones y otra información importante   |
|---|---|---|---|---|
|   |   | Proveedor de Atención de la Salud Indígena (IHCP) (Usted pagará el mínimo)                            | No Proveedor de Atención de la Salud Indígena (IHCP) (Usted pagará el máximo) |   |
| <b>Si necesita servicios de salud mental, salud conductual o de abuso de sustancias</b> | Servicios para pacientes ambulatorios                 | Sin cargo / visita al consultorio; Sin costo para todos los demás servicios como paciente ambulatorio | No cubierto   | Puede que sea necesaria una autorización previa. Cubierto sin límite. (PCP y otras visitas de médico no requieren autorización previa). Sí un <u>Proveedor</u> de Atención de la Salud Indígena (IHCP) le <u>remite</u> a un <u>proveedor</u> que no es IHCP, se renuncia a los <u>costos compartidos</u> .   |
|   | Servicios para pacientes hospitalizados               | Sin cargo   | No cubierto   | Puede que sea necesaria una autorización previa. Cubierto sin límite. Sí un <u>Proveedor</u> de Atención de la Salud Indígena (IHCP) le <u>remite</u> a un <u>proveedor</u> que no es IHCP, se renuncia a los <u>costos compartidos</u> .   |
| <b>Si está embarazada</b>   | Visitas al consultorio                                | Sin cargo   | No cubierto   | No se requiere Autorización previa para entregas dentro del marco de tiempo estándar según las normas federales, pero se puede requerir para otros servicios. El <u>costo compartido</u> no aplica a <u>servicios preventivos</u> , tales como evaluaciones de rutina prenatales y posnatales. Dependiendo del tipo de servicios, puede que aplique un <u>coseguro</u> , <u>deducible</u> o <u>copago</u> . La atención por maternidad puede incluir las pruebas y servicios descritos en otro sitio en el SBC (por ej. ecografía). Sí un <u>Proveedor</u> de Atención de la Salud Indígena (IHCP) le <u>remite</u> a un <u>proveedor</u> que no es IHCP, se renuncia a los <u>costos compartidos</u> . |
|   | Servicios profesionales para el nacimiento y el parto | Sin cargo   | No cubierto   | Puede que sea necesaria una autorización previa. Los <u>costos compartidos</u> no aplican para <u>servicios preventivos</u> . Dependiendo del tipo de servicios, puede que aplique un <u>copago</u> , <u>coseguro</u> o <u>deducible</u> . La atención por  |
|   | Servicios hospitalarios para el nacimiento y el parto | Sin cargo   | No cubierto   |   |

\* Para obtener más información sobre limitaciones y excepciones, consulte el documento del [plan](#) o de la póliza en <https://api.centene.com/EOC/2021/76179IN013.pdf>.

| Circunstancia médica común  | Servicios que podría necesitar                       | Lo que usted pagará  |   | Limitaciones, excepciones y otra información importante  |
|---|--|--|---|--|
|   |  | Proveedor de Atención de la Salud Indígena (IHCP) (Usted pagará el mínimo) | No Proveedor de Atención de la Salud Indígena (IHCP) (Usted pagará el máximo) |  |
|   |  |  |   | maternidad puede incluir las pruebas y servicios descritos en otro sitio en el SBC (por ej. ecografía). Si un <u>Proveedor</u> de Atención de la Salud Indígena (IHCP) le <u>remite</u> a un <u>proveedor</u> que no es IHCP, se renuncia a los <u>costos compartidos</u> .  |
| Si necesita servicios de recuperación o tiene otras necesidades especiales de salud | <a href="#">Atención médica en el hogar</a>          | Sin cargo  | No cubierto   | Puede que sea necesaria una autorización previa. Limitado a 100 visitas al año. Si un <u>Proveedor</u> de Atención de la Salud Indígena (IHCP) le <u>remite</u> a un <u>proveedor</u> que no es IHCP, se renuncia a los <u>costos compartidos</u> .  |
|   | <a href="#">Servicios de rehabilitación</a>          | Sin cargo  | No cubierto   | Puede que sea necesaria una autorización previa. Limitado a 60 visitas combinadas al año (20 visitas para cada una de las siguientes terapias: física ambulatoria, del habla y ocupacional); limitado a 36 visitas al año para rehabilitación cardiaca; limitado a 20 visitas al año para rehabilitación pulmonar. Si un <u>Proveedor</u> de Atención de la Salud Indígena (IHCP) le <u>remite</u> a un <u>proveedor</u> que no es IHCP, se renuncia a los <u>costos compartidos</u> . |
|   | <a href="#">Servicios de habilitación</a>            | Sin cargo  | No cubierto   | Puede que sea necesaria una autorización previa. Limitado a 60 visitas combinadas al año (20 visitas para cada una de las siguientes terapias: física, del habla y ocupacional). Si un <u>Proveedor</u> de Atención de la Salud Indígena (IHCP) le <u>remite</u> a un <u>proveedor</u> que no es IHCP, se renuncia a los <u>costos compartidos</u> .   |
|   | <a href="#">Atención de enfermería especializada</a> | Sin cargo  | No cubierto   | Puede que sea necesaria una autorización previa. Limitado a 90 días al año. Si un <u>Proveedor</u> de Atención de la Salud Indígena  |

\* Para obtener más información sobre limitaciones y excepciones, consulte el documento del [plan](#) o de la póliza en <https://api.centene.com/EOC/2021/76179IN013.pdf>.

| Circunstancia médica común                           | Servicios que podría necesitar                         | Lo que usted pagará  |   | Limitaciones, excepciones y otra información importante   |
|--|--|--|---|---|
|  |  | Proveedor de Atención de la Salud Indígena (IHCP) (Usted pagará el mínimo) | No Proveedor de Atención de la Salud Indígena (IHCP) (Usted pagará el máximo) |   |
|  |  |  |   | (IHCP) le <u>remite</u> a un <u>proveedor</u> que no es IHCP, se renuncia a los <u>costos compartidos</u> .   |
|  | <u>Equipo médico duradero</u>                          | Sin cargo  | No cubierto   | Puede que sea necesaria una autorización previa. Cubierto sin límite. Sí un <u>Proveedor</u> de Atención de la Salud Indígena (IHCP) le <u>remite</u> a un <u>proveedor</u> que no es IHCP, se renuncia a los <u>costos compartidos</u> . |
|  | <u>Servicios en un programa de cuidados paliativos</u> | Sin cargo  | No cubierto   | Puede que sea necesaria una autorización previa. Cubierto sin límite. Sí un <u>Proveedor</u> de Atención de la Salud Indígena (IHCP) le <u>remite</u> a un <u>proveedor</u> que no es IHCP, se renuncia a los <u>costos compartidos</u> . |
| Si su hijo necesita servicios dentales o de la vista | Examen de la vista para niños                          | Sin costo  | No están cubiertos  | Limitado a 1 visita al año. Sí un <u>Proveedor</u> de Atención de la Salud Indígena (IHCP) le <u>remite</u> a un <u>proveedor</u> que no es IHCP, se renuncia a los <u>costos compartidos</u> .   |
|  | Anteojos para niños                                    | Sin costo  | No están cubiertos  | Limitado a 1 artículo al año. Sí un <u>Proveedor</u> de Atención de la Salud Indígena (IHCP) le <u>remite</u> a un <u>proveedor</u> que no es IHCP, se renuncia a los <u>costos compartidos</u> .   |
|  | Control dental para niños                              | No están cubiertos   | No están cubiertos  | -----Ninguno-----   |

\* Para obtener más información sobre limitaciones y excepciones, consulte el documento del plan o de la póliza en <https://api.centene.com/EOC/2021/76179IN013.pdf>.

## Servicios excluidos y otros servicios cubiertos:

Servicios que su [Plan](#), por lo general, NO cubre (consulte la póliza o documento del [plan](#) para obtener más información y una lista de otros [servicios excluidos](#)).

- Aborto (Excepto en casos de violación, incesto o cuando la vida de la madre está en peligro)
- Acupuntura
- Atención a largo plazo
- Audífonos
- Cirugía estética
- Cuidado que no es de emergencia al viajar fuera de Estado Unidos
- Programas de pérdida de peso

Otros servicios cubiertos (es posible que se apliquen limitaciones a estos servicios. Esta no es una lista completa. Consulte el documento del [plan](#)).

- Atención de la vista de rutina (Adulto-una visita y un artículo al año. Se aplican límites de dólares.)
- Atención dental (Adulto-se aplican límites anuales de visitas y artículos. Límite anual de US \$1,000 al año.)
- Cuidado quiropráctico (Limitado a 12 visitas al año.)
- Cuidado rutinario de los pies (La cobertura está limitada a la atención de la diabetes solamente.)
- Servicio de enfermería privada (Se debe proporcionar como parte de la atención de la salud en el hogar; limitado a 82 visitas al año.)
- Tratamiento de la infertilidad (Limitado a los servicios para [pruebas de diagnóstico](#) para averiguar la causa de la infertilidad. Los servicios para tratar las afecciones médicas subyacentes que causan infertilidad están cubiertos (por ej. endometriosis, obstrucción de las trompas de falopio y deficiencia hormonal).)

**Su derecho a continuar con la cobertura:** Hay organismos que pueden ayudarlo si quiere mantener la cobertura después de que esta finalice. La información de contacto de esos organismos es: Ambetter from MHS a 1-877-687-1182 (TTY/TDD 1-800-743-3333); Indiana Department of Insurance, 311 West Washington Street, Suite 300, Indianapolis, IN, 46204, Phone No. 1-317 232-2385 or 1-800 622-4461.. Es posible que haya otras opciones de cobertura disponibles para usted, como contratar una cobertura de seguro individual a través del [Mercado de Seguros Médicos](#). Para obtener más información sobre el [Mercado](#), visite [www.HealthCare.gov](http://www.HealthCare.gov) o llame al 1-800-318-2596.

**Su derecho a presentar una queja o una apelación:** Hay organismos que pueden ayudarlo si tiene una queja contra su [plan](#) por la denegación de una [reclamación](#). Esta queja se denomina [queja formal](#) o [apelación](#). Para obtener más información sobre sus derechos, consulte la explicación de beneficios que recibirá por dicha [reclamación](#) médica. Los documentos de su [plan](#) también dan toda la información para presentar una [reclamación](#), una [apelación](#) o una [queja formal](#) por cualquier motivo a su [plan](#). Para obtener más información sobre sus derechos, sobre este aviso o si necesita ayuda, comuníquese con: Indiana Department of Insurance, 311 West Washington Street, Suite 300, Indianapolis, IN, 46204, Phone No. 1-317 232-2385 or 1-800 622-4461.

#### **¿Este plan proporciona cobertura esencial mínima? Sí**

La [cobertura esencial mínima](#) generalmente incluye [planes](#), [seguros médicos](#) disponibles a través del [Mercado](#) u otras pólizas de mercado individuales, Medicare, Medicaid, CHIP, TRICARE y otras coberturas específicas. Si usted es elegible para determinados tipos de [cobertura esencial mínima](#), tal vez no sea elegible para el [crédito fiscal para primas del plan](#).

#### **¿Cumple este plan el valor mínimo estándar? Sí**

Si su [plan](#) no cumple con el [valor mínimo estándar](#), es posible que cumpla con los requisitos para recibir un [crédito fiscal para primas del plan](#) que lo ayudará a pagar un [plan](#) en el [Mercado](#).

#### **Servicio de acceso a idiomas:**

Spanish (Español): Para obtener asistencia en Español, llame al 1-877-687-1182 (TTY/TDD 1-800-743-3333).

Tagalog (Tagalog): Kung kailangan ninyo ang tulong sa Tagalog tumawag sa 1-877-687-1182 (TTY/TDD 1-800-743-3333).

Chinese (中文): 如果需要中文的帮助, 请拨打这个号码 1-877-687-1182 (TTY/TDD 1-800-743-3333).

Navajo (Dine): Dinek'ehgo shika at'ohwol ninisingo, kwijjigo holne' 1-877-687-1182 (TTY/TDD 1-800-743-3333).

**Para ver ejemplos de cómo este [plan](#) podría cubrir los costos de una situación médica de ejemplo, consulte la siguiente sección.**

## Acerca de estos ejemplos de cobertura:



**Esta no es una herramienta de cálculo de costos.** Los tratamientos que se muestran son solo ejemplos de cómo puede este [plan](#) cubrir la atención médica. Sus costos reales pueden variar según el tratamiento real que reciba, los precios que sus [proveedores](#) cobren y muchos otros factores. Fíjese en las cantidades de [costo compartido \(deducibles, copagos y coseguro\)](#) y en los [servicios excluidos](#) por el [plan](#). Use esta información para comparar la parte de los costos que podría pagar con los distintos [planes médicos](#). Tenga presente que estos ejemplos de cobertura se basan solo en una cobertura individual.

### Peg va a tener un bebé

(9 meses de atención prenatal dentro de la red y parto en el hospital)

|   |     |
|---|-----|
| ■ El <a href="#">deducible</a> general del <a href="#">plan</a> | \$0 |
| ■ <a href="#">Especialista copago</a>                           | \$0 |
| ■ Hospital (establecimiento) <a href="#">copago</a>             | \$0 |
| ■ Otro <a href="#">coseguro</a>                                 | 0%  |

Este EJEMPLO de evento incluye servicios como:

Visitas al consultorio del [especialista](#) (atención prenatal)  
Servicios profesionales para el nacimiento y el parto  
Servicios hospitalarios para el nacimiento y el parto  
[Exámenes de diagnóstico](#) (ecografías y análisis de sangre)  
Consulta con un [especialista](#) (anestesia)

|                         |          |
|-------------------------|----------|
| Costo total del ejemplo | \$12,700 |
|-------------------------|----------|

En este ejemplo, Peg pagaría:

| Costo compartidos                  |             |
|------------------------------------|-------------|
| <a href="#">Deducibles</a>         | \$0         |
| <a href="#">Copagos</a>            | \$0         |
| <a href="#">Coseguro</a>           | \$0         |
| <i>Lo que no está cubierto</i>     |             |
| Límites o exclusiones              | \$60        |
| <b>El total que Peg pagaría es</b> | <b>\$60</b> |

### Control de la diabetes tipo 2 de Joe

(un año de atención de rutina dentro de la red de una condición bien controlada)

|   |     |
|---|-----|
| ■ El <a href="#">deducible</a> general del <a href="#">plan</a> | \$0 |
| ■ <a href="#">Especialista copago</a>                           | \$0 |
| ■ Hospital (establecimiento) <a href="#">copago</a>             | \$0 |
| ■ Otro <a href="#">coseguro</a>                                 | 0%  |

Este EJEMPLO de evento incluye servicios como:

Visitas en el consultorio del [médico de atención primaria](#) (incluye la educación sobre enfermedades)  
[Exámenes de diagnóstico](#) (análisis de sangre)  
[Medicamentos con receta médica](#)  
[Equipo médico duradero](#) (glucómetro)

### Fractura simple de Mia

(visita a la Sala de Emergencias dentro de la red y atención de seguimiento)

|   |     |
|---|-----|
| ■ El <a href="#">deducible</a> general del <a href="#">plan</a> | \$0 |
| ■ <a href="#">Especialista copago</a>                           | \$0 |
| ■ Hospital (establecimiento) <a href="#">copago</a>             | \$0 |
| ■ Otro <a href="#">coseguro</a>                                 | 0%  |

Este EJEMPLO de evento incluye servicios como:

[Atención en la Sala de Emergencias](#) (incluye suministros médicos)  
[Exámenes de diagnóstico](#) (radiografías)  
[Equipo médico duradero](#) (muletas)  
[Servicios de rehabilitación](#) (fisioterapia)

|                         |         |
|-------------------------|---------|
| Costo total del ejemplo | \$5,600 |
|-------------------------|---------|

En este ejemplo, Joe pagaría:

| Costo compartidos                  |             |
|------------------------------------|-------------|
| <a href="#">Deducibles</a>         | \$0         |
| <a href="#">Copagos</a>            | \$0         |
| <a href="#">Coseguro</a>           | \$0         |
| <i>Lo que no está cubierto</i>     |             |
| Límites o exclusiones              | \$20        |
| <b>El total que Joe pagaría es</b> | <b>\$20</b> |

|                         |         |
|-------------------------|---------|
| Costo total del ejemplo | \$2,800 |
|-------------------------|---------|

En este ejemplo, Mia pagaría:

| Costo compartidos                  |            |
|------------------------------------|------------|
| <a href="#">Deducibles</a>         | \$0        |
| <a href="#">Copagos</a>            | \$0        |
| <a href="#">Coseguro</a>           | \$0        |
| <i>Lo que no está cubierto</i>     |            |
| Límites o exclusiones              | \$0        |
| <b>El total que Mia pagaría es</b> | <b>\$0</b> |

|                     |  |
|---------------------|--|
| Spanish:            | Si usted, o alguien a quien está ayudando, tiene preguntas acerca de Ambetter de MHS, tiene derecho a obtener ayuda e información en su idioma sin costo alguno. Para hablar con un intérprete, llame al 1-877-687-1182 (TTY/TDD 1-800-743-3333).  |
| Chinese:            | 如果您，或是您正在協助的對象，有關於 Ambetter from MHS 方面的問題，您有權利免費以您的母語得到幫助和訊息。如果要與一位翻譯員講話，請撥電話 1-877-687-1182 (TTY/TDD 1-800-743-3333)。  |
| German:             | Falls Sie oder jemand, dem Sie helfen, Fragen zu Ambetter from MHS hat, haben Sie das Recht, kostenlose Hilfe und Informationen in Ihrer Sprache zu erhalten. Um mit einem Dolmetscher zu sprechen, rufen Sie bitte die Nummer 1-877-687-1182 (TTY/TDD 1-800-743-3333) an.                                   |
| Pennsylvania Dutch: | Vann du, adda ebbah's du am helfa bisht, ennichi questions hott veiyich Ambetter from MHS, dann hosht du's recht fa hilf greeya adda may aus finna diveyya in dei shproch un's kosht nix. Fa shvetza mitt ebbah diveyya, kawl 1-877-687-1182 (TTY/TDD 1-800-743-3333).                                       |
| Burmese:            | သင် သိမှုမှုပိုစ် သင်မှုကျည်နေသုတစ်ဦးတွင် Ambetter from MHS အကြောင်း မေးစားများရှိပါက အခဲ့အကျအညီ ရယူပိုင်ခွင့်စွင် သင်၏ဘာသာ စကားပြင့် အချက်အလက်များတို့ အခဲ့ရယူပိုင်ခွင့် ရှိပါသည်။ စကားပြင်တစ်ဦးနှင့် စကားပြောဆိုရန် 1-877-687-1182 (TTY/TDD 1-800-743-3333) ကို ဖုန်းဆက်ပါ။                                |
| Arabic:             | إذا كان لديك أو لدى شخص تساعدك أسئلة حول Ambetter from MHS، لديك الحق في الحصول على المساعدة والمعلومات الضرورية بلغتك من دون أي تكالفة. للتحدث مع مترجم اتصل بـ 1-877-687-1182 (TTY/TDD 1-800-743-3333).  |
| Korean:             | 만약 귀하 또는 귀하가 듣고 있는 어떤 사람이 Ambetter from MHS에 관해서 질문이 있다면 귀하는 그러한 도움과 정보를 귀하의 언어로 비용 부담없이 얻을 수 있는 권리가 있습니다. 그렇게 통역사와 얘기하기 위해서는 1-877-687-1182(TTY/TDD 1-800-743-3333)로 전화하십시오.  |
| Vietnamese:         | Nếu quý vị, hay người mà quý vị đang giúp đỡ, có câu hỏi về Ambetter from MHS, quý vị sẽ có quyền được giúp và có thêm thông tin bằng ngôn ngữ của mình miễn phí. Để nói chuyện với một thông dịch viên, xin gọi 1-877-687-1182 (TTY/TDD 1-800-743-3333).  |
| French:             | Si vous-même ou une personne que vous aidez avez des questions à propos d'Ambetter from MHS, vous avez le droit de bénéficier gratuitement d'aide et d'informations dans votre langue. Pour parler à un interprète, appelez le 1-877-687-1182 (TTY/TDD 1-800-743-3333).                                      |
| Japanese:           | Ambetter from MHSについて何かご質問がございましたらご連絡ください。ご希望の言語によるサポートや情報を無料でご提供いたします。通訳が必要な場合は、1-877-687-1182 (TTY/TDD 1-800-743-3333)までお電話ください。   |
| Dutch:              | Als u of iemand die u helpt vragen heeft over Ambetter from MHS, hebt u recht op gratis hulp en informatie in uw taal. Bel 1-877 687-1182 (TTY/TDD (teksttelefoon) 1-800 743-3333) om met een tolk te spreken.   |
| Tagalog:            | Kung ikaw, o ang iyong tinutulangan, ay may mga katanungan tungkol sa Ambetter from MHS, may karapatan ka na makakuha nang tulong at impormasyon sa iyong wika ng walang gastos. Upang makausap ang isang tagasalin, tumawag sa 1-877-687-1182 (TTY/TDD 1-800-743-3333).                                     |
| Russian:            | В случае возникновения у вас или у лица, которому вы помогаете, каких-либо вопросов о программе страхования Ambetter from MHS вы имеете право получить бесплатную помощь и информацию на своем родном языке. Чтобы поговорить с переводчиком, позвоните по телефону 1-877-687-1182 (TTY/TDD 1-800-743-3333). |
| Punjabi:            | ਜੇ ਤੁਹਾਡੇ, ਜਾਂ ਤੁਹਾਡੀ ਮਦਦ ਲੈ ਰਹੇ ਕਿਸੇ ਵਿਅਕਤੀ ਦੇ ਮਨ ਵਿਚ Ambetter from MHS ਦੇ ਬਾਰੇ ਕੋਈ ਸਵਾਲ ਹਨ. ਤਾਂ ਤੁਹਾਨੂੰ ਆਪਣੀ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿਚ ਮੁਦਰਤ ਮਦਦ ਲੈਣ ਦਾ ਪੂਰਾ ਹੱਕ ਹੈ। ਦੁਭਾਸ਼ੀਏ ਨਾਲ ਗੱਲ ਕਰਨ ਲਈ 1-877-687-1182 (TTY/TDD 1-800-743-3333) 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ।  |
| Hindi:              | आप या जिसकी आप मदद कर रहे हैं उनके, Ambetter from MHS के बारे में कोई सवाल हों, तो आपको बिना किसी खर्च के अपनी भाषा में मदद और जानकारी प्राप्त करने का अधिकार है। किसी दुभाषिये से बात करने के लिए 1-877-687-1182 (TTY/TDD 1-800-743-3333) पर कॉल करें।  |

### Declaración de no discriminación

Ambetter de MHS cumple con las leyes de derechos civiles federales aplicables y no discrimina basándose en la raza, color, origen nacional, edad, discapacidad, o sexo. Ambetter de MHS no excluye personas o las trata de manera diferente debido a su raza, color, origen nacional, edad, discapacidad, o sexo.

Ambetter de MHS:

- Proporciona ayuda y servicios gratuitos a las personas con discapacidad para que se comuniquen eficazmente con nosotros, tales como:
  - Intérpretes calificados de lenguaje por señas
  - Información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos)
- Proporciona servicios de idiomas a las personas cuyo lenguaje primario no es el inglés, tales como:
  - Intérpretes calificados
  - Información escrita en otros idiomas

Si necesita estos servicios, comuníquese con Ambetter de MHS a 1-877-687-1182 (TTY/TDD 1-800-743-3333)

Si considera que Ambetter de MHS no le ha proporcionado estos servicios, o en cierto modo le ha discriminado debido a su raza, color, origen nacional, edad, discapacidad o sexo, puede presentar una queja ante: Ambetter from MHS, Grievance & Appeals Department, PO Box 441567, Indianapolis, IN 46244, 1-877-687-1182 (TTY/TDD 1-800-743-3333), Fax 1-866-714-7993. Usted puede presentar una queja por correo, fax, o correo electrónico. Si necesita ayuda para presentar una queja, Ambetter de MHS está disponible para brindarle ayuda. También puede presentar una queja de violación a sus derechos civiles ante la Oficina de derechos civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos (U.S. Department of Health and Human Services), en forma electrónica a través del portal de quejas de la Oficina de derechos civiles, disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o por correo o vía telefónica llamando al: U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue SW., Room 509F, HHH Building, Washington, DC 20201, 1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD).

Los formularios de queja están disponibles en <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.