



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://www-es.ambetterofoklahoma.com/2022-brochures.html> o llamar al 1-833-492-0679 (TTY 711). Para ver las definiciones de términos frecuentes, como [cantidad permitida](#), [facturación de saldo](#), [coseguro](#), [copago](#), [deducible](#), [proveedor](#) u otros términos [subrayados](#), consulte el glosario. Puede consultar el glosario en <https://www.healthcare.gov/sbc-glossary> o llamar al 1-833-492-0679 (TTY 711) para pedir una copia.

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué es importante:
¿Cuánto es el deducible total?	Proveedores de la red : \$1,500 por individuo y \$3,000 por familia. Proveedor fuera de la red : \$4,500 por individuo y \$9,000 por familia.	En general, debe pagar todos los costos de los proveedores hasta la cantidad deducible antes de que este plan comience a pagar. Si tiene otros familiares en el plan , cada familiar debe satisfacer su propio deducible individual hasta que la cantidad total de gastos deducibles pagados por todos los familiares satisfagan el deducible familiar total.
¿Hay servicios cubiertos antes de alcanzar su deducible ?	Sí. Visitas al consultorio para servicios de atención preventiva , especialista y de atención de urgencia , exámenes de la vista y anteojos para niños, medicamentos genéricos y de marca preferida están cubiertos antes de que llegue a su deducible .	Este plan cubre algunos productos y servicios aunque aún no haya alcanzado la cantidad del deducible . Sin embargo, se podría aplicar un copago o un coseguro . Por ejemplo, este plan cubre ciertos servicios preventivos sin costos compartidos antes de que alcance su deducible . Consulte una lista de servicios preventivos cubiertos en https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/
¿Hay otros deducibles para servicios específicos?	Sí, \$3,800 persona / \$7,600 familia para cobertura de medicamentos de venta con receta. No hay ningún otro deducible específico.	Antes de que este plan empiece a pagar por estos servicios, usted debe pagar todos los costos de estos servicios hasta la cantidad del deducible específico.
¿Cuánto es el límite de gastos de bolsillo para este plan ?	Para proveedores de la red , \$8,700 por individuo y \$17,400 por familia. Para proveedor fuera de la red : No corresponde por individuo y No corresponde por familia.	El límite de gastos de bolsillo es lo máximo que puede pagar en un año por servicios cubiertos. Si tiene otros familiares en este plan , ellos tienen que satisfacer sus propios límite de gastos de bolsillo hasta que se haya satisfecho el límite de gastos de bolsillo familiar total.
¿Qué es lo que no está incluido en el límite de gastos de bolsillo ?	Primas , facturación de saldo , y atención médica que este plan no cubre.	Aunque pague estos gastos, no cuentan para el límite de gastos del bolsillo .

¿Pagará menos si acude a un <u>proveedor dentro de la red</u> ?	Sí. https://ambetterofoklahoma.com/finda-doc o llame al 1-833-492-0679 (TTY 711) para una lista de <u>proveedores de la red</u> .	Este <u>plan</u> utiliza una <u>red</u> de <u>proveedores</u> . Pagará menos si usa un <u>proveedor</u> que esté incluido en la <u>red</u> del <u>plan</u> . Pagará más si acude a un <u>proveedor fuera de la red</u> , y es posible que reciba una factura de un <u>proveedor</u> por la diferencia entre el cargo del <u>proveedor</u> y lo que su <u>plan</u> paga (<u>facturación de saldo</u>). Tenga en cuenta que su <u>proveedor dentro de la red</u> puede usar un <u>proveedor fuera de la red</u> para algunos servicios (como análisis de laboratorio). Consulte con su <u>proveedor</u> antes de recibir los servicios.
¿Necesita una <u>derivación</u> para atenderse con un <u>especialista</u> ?	No.	Puede ver al <u>especialista</u> que usted elija sin una <u>derivación</u> .

 Todos los copagos y el coseguro que se muestran en este cuadro se aplican después de alcanzar su deducible, si se aplica uno.

Circunstancia médica común	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor dentro de la red (Usted pagará el mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará el máximo)	
Si acude al consultorio o clínica del <u>proveedor</u>	Consulta con su médico de atención primaria para tratar una afección o lesión	\$40 <u>Copago</u> / visita; <u>deducible</u> no se aplica	60% <u>Coseguro</u>	Las visitas de atención virtual sin límite recibidas de Telesalud de Ambetter están cubiertas sin ningún cargo, los proveedores están cubiertos en su totalidad, los deducibles no se aplican.
	Consulta con un <u>especialista</u>	\$125 <u>Copago</u> / visita; <u>deducible</u> no se aplica	60% <u>Coseguro</u>	Cubierto sin límite.
	<u>Atención preventiva/evaluación</u> /vacunas	Sin cargo; <u>deducible</u> no se aplica	60% <u>Coseguro</u> ; <u>deducible</u> no se aplica	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 se realiza un examen	<u>Exámenes de diagnóstico</u> (radiografías, análisis de sangre)	\$60 <u>Copago</u> / prueba; <u>deducible</u> no se aplica para laboratorio y servicios profesionales 50% <u>Coseguro</u> para rayos X e imágenes de diagnóstico 50% <u>Coseguro</u> para servicios de laboratorio y profesionales e imágenes de diagnóstico y	60% <u>Coseguro</u> para laboratorio y servicios profesionales 60% <u>Coseguro</u> para rayos X e imágenes de diagnóstico 60% <u>Coseguro</u> para servicios de laboratorio y profesionales e imágenes	Puede que sea necesaria una autorización previa. Cubierto sin límite. Otros lugares pueden incluir Hospital, Sala de emergencias o Centro ambulatorio. El no obtener autorización previa para un servicio que requiere autorización previa resultará en la denegación de los beneficios. Consulte su póliza para obtener más detalles.

Circunstancia médica común	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor dentro de la red (Usted pagará el mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará el máximo)	
		rayos X en otros lugares de servicio	de diagnóstico y rayos X en otros lugares de servicio	
	Diagnóstico por imágenes (tomografía computarizada/ tomografía por emisión de positrones, imágenes por resonancia magnética)	50% Coseguro	60% Coseguro	Puede que sea necesaria una autorización previa. Cubierto sin límite.
Si necesita un medicamento para tratar su enfermedad o condición médica. Hay más información disponible sobre la cobertura de medicamentos con receta médica en https://ambetterofoklahoma.com/2022formulary .	Medicamentos genéricos (Nivel1)	Vendedor genérico preferido: \$5 Copago / receta; deducible no se aplica Vendedor genérico: \$35 Copago / receta; deducible no se aplica	No cubierto	Es posible que se requiera la autorización previa. Los medicamentos recetados se suministran hasta por 30 días en los establecimientos de venta al por menor y hasta por 90 días a través de pedidos por correo. Los pedidos por correo están sujetos a un costo compartido de 2.5 veces la cantidad de venta al por menor.
	Medicamentos de marca preferidos (Nivel 2)	Al por menor: \$195 Copago / receta; deducible no se aplica	No cubierto	Puede que sea necesaria una autorización previa. Los medicamentos con receta se proporcionan hasta por 30 días al por menor y hasta por 90 días por pedidos por correo. Los pedidos por correo están sujetos a una cantidad de costo compartido de 2.5x del precio de venta al por menor.
	Medicamentos de marca no preferidos (Nivel 3)	Al por menor: \$250 Copago / receta; sujeto al deducible de medicamentos Rx	No cubierto	Es posible que se requiera la autorización previa. Los medicamentos recetados se suministran hasta por 30 días en los establecimientos de venta al por menor y hasta por 90 días a través de pedidos por correo. Los pedidos por correo están sujetos a un costo compartido de 2.5 veces la cantidad de venta al por menor. Deducible de \$3,800 persona / \$7,600 familia por fármaco de venta

Circunstancia médica común	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor dentro de la red (Usted pagará el mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará el máximo)	
				con receta por marca preferida, marca no preferida y medicamentos especializados .
	Medicamentos de especialidad (Nivel 4)	Al por menor: 50% Coseguro ; sujeto al deducible de medicamentos Rx	No cubierto	Puede que sea necesaria una autorización previa. Los medicamentos con receta se proporcionan hasta 30 días al por menor y hasta 30 días por pedidos por correo. Deducible de \$3,800 persona / \$7,600 familia por fármaco de venta con receta por marca preferida, marca no preferida y medicamentos especializados .
Si le hacen una cirugía ambulatoria	Tarifa del centro (p. ej., centro de cirugía ambulatoria)	50% Coseguro	60% Coseguro	Puede que sea necesaria una autorización previa. Cubierto sin límite.
	Tarifas del médico/cirujano	50% Coseguro	60% Coseguro	Puede que sea necesaria una autorización previa. Cubierto sin límite.
Si necesita atención médica inmediata	Atención en la Sala de Emergencias	\$2,500 Copago / visita (\$1,250 Copago / visita por centro; \$1,250 Copago / visita por honorarios del médico)	\$2,500 Copago / visita (\$1,250 Copago / visita por centro; \$1,250 Copago / visita por honorarios del médico)	Cubierto sin límite.
	Transporte médico de emergencia	50% Coseguro	50% Coseguro	Cobertura sin límite. Nota: No se requiere la autorización previa para el transporte de emergencia, sin embargo, todo transporte que no sea de emergencia requiere autorización previa.
	Atención de urgencia	\$60 Copago / visita; deducible no se aplica	60% Coseguro ; deducible no se aplica	Cubierto sin límite.
Si necesita hospitalización	Tarifa del centro (p. ej., habitación del hospital)	Copago de \$3,000 por día	60% Coseguro	Puede que sea necesaria una autorización previa. Cubierto sin límite.
	Tarifas del médico/cirujano	Sin cargo; deducible no se aplica	60% Coseguro	Puede que sea necesaria una autorización previa. Cubierto sin límite.

Circunstancia médica común	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor dentro de la red (Usted pagará el mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará el máximo)	
Si necesita servicios de salud mental, salud conductual o de abuso de sustancias	Servicios para pacientes ambulatorios	Copago de \$40/visita al consultorio (deducible no se aplica); Coseguro de 50% para otros servicios ambulatorios	60% Coseguro ; Coseguro de 60% para otros servicios ambulatorios	Puede que sea necesaria una autorización previa. Cubierto sin límite. (PCP y otras visitas de médico no requieren autorización previa).
	Servicios para pacientes hospitalizados	Copago de \$3,000 por día	60% Coseguro	Puede que sea necesaria una autorización previa. Cubierto sin límite.
Si está embarazada	Visitas al consultorio	\$40 Copago / visita; deducible no se aplica	60% Coseguro	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 costo compartido no aplica a servicios preventivos , tales como evaluaciones de rutina prenatales y posnatales. Dependiendo del tipo de servicios, puede que aplique un coseguro , deducible o copago . La atención por maternidad puede incluir las pruebas y servicios descritos en otro sitio en el SBC (por ej. ecografía).
	Servicios profesionales para el nacimiento y el parto	Sin cargo; deducible no se aplica	60% Coseguro	Puede que sea necesaria una autorización previa. Los costos compartidos no aplican para servicios preventivos . Dependiendo del tipo de servicios, puede que aplique un copago , coseguro o deducible . La atención por maternidad puede incluir las pruebas y servicios descritos en otro sitio en el SBC (por ej. ecografía).
	Servicios hospitalarios para el nacimiento y el parto	Copago de \$3,000 por día	60% Coseguro	
	Atención médica en el hogar	50% Coseguro	60% Coseguro	Puede que sea necesaria una autorización previa. Limitado a 30 visitas al año.
	Servicios de rehabilitación	50% Coseguro	60% Coseguro	Es posible que se requiera la autorización previa. Por año, se aplica un límite combinado de 25 visitas para terapia ocupacional, del habla y física. Nota: Los límites no aplican

Circunstancia médica común	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor dentro de la red (Usted pagará el mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará el máximo)	
Si necesita servicios de recuperación o tiene otras necesidades especiales de salud				cuando se proporciona para un diagnóstico de salud mental/trastorno por uso de sustancias.
	Servicios de rehabilitación	50% Coseguro	60% Coseguro	Es posible que se requiera la autorización previa. Por año, se aplica un límite combinado de 25 visitas para terapia ocupacional, del habla y física. Nota: Los límites de la terapia de rehabilitación no aplican cuando se proporciona para un diagnóstico de salud mental/trastorno por uso de sustancias.
	Atención de enfermería especializada	Copago de \$3,000 por día	60% Coseguro	Puede que sea necesaria una autorización previa. Limitado a 30 días al año.
	Equipo médico duradero	50% Coseguro	60% Coseguro	Puede que sea necesaria una autorización previa. Cubierto sin límite.
	Servicios en un programa de cuidados paliativos	50% Coseguro	60% Coseguro	Puede que sea necesaria una autorización previa. Cubierto sin límite.
Si su hijo necesita servicios dentales o de la vista	Examen de la vista para niños	Sin costo; deducible no se aplica	Cubierto hasta \$38.50; deducible no se aplica	Limitado a 1 visita al año. El examen de la vista de un proveedor fuera de la red está cubierto hasta \$38.50
	Anteos para niños	Sin costo; deducible no se aplica	Cubierto hasta \$50; deducible no se aplica	Limitado a 1 artículo al año. Marcos o lentes de contacto de proveedores fuera de la red están cubierto hasta \$50, consulte el programa para conocer el límite de lentes.
	Control dental para niños	No están cubiertos	No están cubiertos	-----Ninguno-----

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) | • Atención de la vista de rutina (Adulto) | • Programas de pérdida de peso |
| • Acupuntura | • Atención dental | • Tratamiento de la infertilidad (Nota: Hay cobertura disponible para el diagnóstico y los servicios requeridos para corregir las causas médicas subyacentes de la infertilidad.) |
| • Atención a largo plazo (La atención aguda a largo plazo es un beneficio cubierto. La atención de enfermería a largo plazo/Atención asistencial no es un beneficio cubierto.) | • Cirugía bariátrica | |
| | • Cirugía estética | |
| | • Cuidado que no es de emergencia al viajar fuera de Estado Unidos | |

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

- | | | |
|---|--|---|
| • Audífonos (Limitado a 1 artículo por oído cada 4 años.) | • Cuidado rutinario de los pies (La cobertura está limitada a la atención de la diabetes solamente.) | • Servicio de enfermería privada (Limitado a 85 días al año.) |
| • Cuidado quiropráctico | | |

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 of Oklahoma a 1-833-492-0679 (TTY 711); Oklahoma Insurance Department, 400 NE 50th St. Oklahoma City, OK 73105. 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 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: Oklahoma Insurance Department, 400 NE 50th St. Oklahoma City, OK 73105 Además un programa de ayuda al consumidor le puede ayudar a presentar su apelación. Póngase en contacto 800-522-0071

¿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? No Corresponde

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 1-833-492-0679 (TTY 711).

Tagalog (Tagalog): Kung kailangan ninyo ang tulong sa Tagalog tumawag sa 1-833-492-0679 (TTY 711).

Chinese (中文): 如果需要中文的帮助, 请拨打这个号码 1-833-492-0679 (TTY 711).

Navajo (Dine): Dinek'ehgo shika at'ohwol ninisingo, kwijigo holne' 1-833-492-0679 (TTY 711).

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 deducible general del plan	\$1,500
■ Especialista copago	\$125
■ Hospital (establecimiento) copago	\$3,000
■ Otro coseguro	50%

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	
Deducibles*	\$1,500
Copagos	\$3,600
Coseguro	\$0
Lo que no está cubierto	
Límites o exclusiones	\$60
El total que Peg pagaría es	\$5,160

Control de la diabetes Tipo 2 de Joe

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

■ El deducible general del plan	\$1,500
■ Especialista copago	\$125
■ Hospital (establecimiento) copago	\$3,00
■ Otro coseguro	50%

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*)

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

En este ejemplo, Joe pagaría:

Costo compartidos	
Deducibles*	\$4,300
Copagos	\$700
Coseguro	\$0
Lo que no está cubierto	
Límites o exclusiones	\$20
El total que Joe pagaría es	\$5,020

Fractura simple de Mia

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

■ El deducible general del plan	\$1,500
■ Especialista copago	\$125
■ Hospital (establecimiento) copago	\$3,000
■ Otro coseguro	50%

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	\$2,800
--------------------------------	----------------

En este ejemplo, Mia pagaría:

Costo compartidos	
Deducibles*	\$1,500
Copagos	\$600
Coseguro	\$400
Lo que no está cubierto	
Límites o exclusiones	\$0
El total que Mia pagaría es	\$2,500

Nota: Este [plan](#) tiene otros [deducibles](#) para servicios específicos incluidos en este ejemplo de cobertura. Consulte "¿Hay otros [deducibles](#) para servicios específicos?" en la fila más arriba.

Declaración de no discriminación

Ambetter of Oklahoma cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina en base a raza, color, origen nacional, edad, discapacidad o sexo. Ambetter of Oklahoma no excluye a las personas ni las trata de manera distinta debido a su raza, color, origen nacional, edad, discapacidad o sexo.

Ambetter of Oklahoma:

- Ofrece ayudas y servicios gratuitos a personas con discapacidades para que se comuniquen eficazmente con nosotros, como:
 - o Intérpretes de lenguaje de señas calificados
 - o Información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos)
- Ofrece servicios gratuitos de idiomas a las personas cuyo idioma principal no es el inglés, tales como:
 - o Intérpretes calificados
 - o Información escrita en otros idiomas

Si necesita estos servicios, comuníquese con Ambetter of Oklahoma 1- 833-492-0679 (TTY 711).

Si cree que Ambetter of Oklahoma no le ha brindado estos servicios o le ha discriminado de otra manera por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, puede presentar una queja ante: Ambetter of Oklahoma, Appeals and Grievances, PO Box 10341 Van Nuys CA, 91410, 1-833-492-0679 (TTY 711), Fax 1-833-886-7956. Usted puede presentar una queja por correo, fax, o por correo electrónico. Si necesita ayuda para presentar una queja, Ambetter of Oklahoma está disponible para usted. Además puede presentar un reclamo de derechos civiles al U.S. Department of Health and Human Services (Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE.UU.), Office for Civil Rights (Oficina de Derechos Civiles) electrónicamente a través del Portal para reclamos de la Oficina de Derechos Civiles, disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o por correo o teléfono en: U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue SW., Room 509F, HHH Building, Washington, D.C. 20201, 1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD).

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