

## Clear Silver: Limited Cost Sharing Plan Variation



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/2023-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](#), [deducible](#), [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="#">deducible</a> total?                                              | \$0 con <a href="#">Proveedores</a> de Atención de la Salud Indígena (Indian Health Care Providers; IHCP) o con una remisión de un IHCP a uno que no es IHCP; \$5,400 por individuo y \$10,800 por familia.    | En general, debe pagar todos los costos de los <a href="#">proveedores</a> hasta la cantidad deducible antes de que este <a href="#">plan</a> comience a pagar. Si tiene otros familiares en el <a href="#">plan</a> , cada familiar debe satisfacer su propio <a href="#">deducible</a> individual hasta que la cantidad total de gastos <a href="#">deducibles</a> pagados por todos los familiares satisfagan el <a href="#">deducible</a> familiar total.                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| ¿Hay servicios cubiertos antes de alcanzar su <a href="#">deducible</a> ?                   | Sí. Servicios de <a href="#">atención preventiva</a> , exámenes de la vista y anteojos para niños están cubiertos antes de que llegue a su <a href="#">deducible</a> .                                         | Este <a href="#">plan</a> cubre algunos productos y servicios aunque aún no haya alcanzado la cantidad del <a href="#">deducible</a> . Sin embargo, se podría aplicar un <a href="#">copago</a> o un <a href="#">coseguro</a> . Por ejemplo, este <a href="#">plan</a> cubre ciertos <a href="#">servicios preventivos</a> sin <a href="#">costos compartidos</a> antes de que alcance su <a href="#">deducible</a> . Consulte una lista de <a href="#">servicios preventivos</a> cubiertos en <a href="https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/">https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/</a>                                                                                                                              |
| ¿Hay otros <a href="#">deducibles</a> para servicios específicos?                           | No.                                                                                                                                                                                                            | No debe pagar <a href="#">deducibles</a> por servicios específicos.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| ¿Cuánto es el <a href="#">límite de gastos de bolsillo</a> para este <a href="#">plan</a> ? | Para <a href="#">proveedores de la red</a> , \$5,400 por individuo y \$10,800 por familia. No es aplicable a los <a href="#">proveedores fuera de la red</a> .                                                 | El <a href="#">límite de gastos de bolsillo</a> es lo máximo que puede pagar en un año por servicios cubiertos. Si tiene otros familiares en este <a href="#">plan</a> , ellos tienen que satisfacer sus propios <a href="#">límite de gastos de bolsillo</a> hasta que se haya satisfecho el <a href="#">límite de gastos de bolsillo</a> familiar total.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| ¿Qué es lo que no está incluido en el <a href="#">límite de gastos de bolsillo</a> ?        | <a href="#">Primas</a> , <a href="#">facturación de saldo</a> , y atención médica que este <a href="#">plan</a> no cubre.                                                                                      | Aunque pague estos gastos, no cuentan para el <a href="#">límite de gastos del bolsillo</a> .                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| ¿Pagará menos si acude a un <a href="#">proveedor dentro de la red</a> ?                    | Sí. <a href="https://ambetter.mhsindiana.com/finado">https://ambetter.mhsindiana.com/finado</a> c 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</a> de <a href="#">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 <a href="#">derivación</a> . |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------|-----|------------------------------------------------------------------------------------------------|

 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 de Atención de la Salud Indígena (IHCP) (Usted paga la menor cantidad) | Proveedor en la red No-IHCP (Pagará más)             | Proveedor fuera de la red No-IHCP (Pagará más que con cualquier otro proveedor) |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| Si acude al consultorio o clínica del <a href="#">proveedor</a> | Consulta con su médico de atención primaria para tratar una afección o lesión | Sin Cargo                                                                        | Sin cargo                                            | No cubierto                                                                     | 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. Si un <a href="#">Proveedor</a> de Atención de la Salud Indígena (IHCP) le <a href="#">remite</a> a un <a href="#">proveedor</a> que no es IHCP, se renuncia a los <a href="#">costos compartidos</a> .                  |
|                                                                 | Consulta con un <a href="#">especialista</a>                                  | Sin Cargo                                                                        | Sin cargo                                            | No cubierto                                                                     | Cubierto sin límite. Si un <a href="#">Proveedor</a> de Atención de la Salud Indígena (IHCP) le <a href="#">remite</a> a un <a href="#">proveedor</a> que no es IHCP, se renuncia a los <a href="#">costos compartidos</a> .                                                                                                                                                                                            |
|                                                                 | <a href="#">Atención preventiva/evaluación</a> /vacunas                       | Sin Cargo                                                                        | Sin cargo; <a href="#">deducible</a> no se aplica    | No cubierto                                                                     | Puede que tenga que pagar por servicios que no son preventivos. Pregunte a su <a href="#">proveedor</a> si los servicios necesarios son preventivos. Luego verifique por lo que su <a href="#">plan</a> pagará. Si un <a href="#">Proveedor</a> de Atención de la Salud Indígena (IHCP) le <a href="#">remite</a> a un <a href="#">proveedor</a> que no es IHCP, se renuncia a los <a href="#">costos compartidos</a> . |
| Si se realiza un examen                                         | <a href="#">Exámenes de diagnóstico</a> (radiografías, análisis de sangre)    | Sin Cargo                                                                        | Sin cargo para laboratorio y servicios profesionales | No cubierto                                                                     | Puede que sea necesaria una autorización previa. Cubierto sin límite. Otros lugares pueden incluir Hospital, Sala de emergencias o Centro ambulatorio.                                                                                                                                                                                                                                                                  |

| 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 paga la menor cantidad) | Proveedor en la red No-IHCP (Pagará más)                                                                                                                                                | Proveedor fuera de la red No-IHCP (Pagará más que con cualquier otro proveedor) |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
|                            |                                                                                                                              |                                                                                  | <p>Sin cargo para rayos X e imágenes de diagnóstico</p> <p>Sin cargo para servicios de laboratorio y profesionales e imágenes de diagnóstico y rayos X en otros lugares de servicio</p> |                                                                                 | <p>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. Si un <a href="#">Proveedor</a> de Atención de la Salud Indígena (IHCP) le <a href="#">remite</a> a un <a href="#">proveedor</a> que no es IHCP, se renuncia a los <a href="#">costos compartidos</a>.</p> |
|                            | Diagnóstico por imágenes (tomografía computarizada/ tomografía por emisión de positrones, imágenes por resonancia magnética) | Sin Cargo                                                                        | Sin cargo                                                                                                                                                                               | No cubierto                                                                     | <p>Puede que sea necesaria una autorización previa. Cubierto sin límite. Si un <a href="#">Proveedor</a> de Atención de la Salud Indígena (IHCP) le <a href="#">remite</a> a un <a href="#">proveedor</a> que no es IHCP, se renuncia a los <a href="#">costos compartidos</a>.</p>                                                                                                           |

| 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 paga la menor cantidad) | Proveedor en la red No-IHCP (Pagará más)                                   | Proveedor fuera de la red No-IHCP (Pagará más que con cualquier otro proveedor) |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| <b>Si necesita un medicamento para tratar su enfermedad o condición médica.</b><br>Hay más información disponible sobre la <a href="https://ambetter.mh.sindiana.com/2023formulary">cobertura de medicamentos con receta médica</a> en <a href="https://ambetter.mh.sindiana.com/2023formulary">https://ambetter.mh.sindiana.com/2023formulary</a> . | Medicamentos genéricos (Nivel 1)                       | Sin Cargo                                                                        | Vendedor genérico preferido: Sin cargo<br><br>Vendedor genérico: Sin cargo | 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 <a href="#">costo compartido</a> de 2.5 veces la cantidad de venta al por menor. Si un <a href="#">Proveedor</a> de Atención de la Salud Indígena (IHCP) le <a href="#">remite</a> a un <a href="#">proveedor</a> que no es IHCP, se renuncia a los <a href="#">costos compartidos</a> . |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | Medicamentos de marca preferidos (Nivel 2)             | Sin Cargo                                                                        | Al por menor: Sin cargo                                                    | No cubierto                                                                     | Puede que sea necesaria una autorización previa. Los <a href="#">medicamentos con receta</a> 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 <a href="#">costo compartido</a> de 2.5x del precio de venta al por menor. Si un <a href="#">Proveedor</a> de Atención de la Salud Indígena (IHCP) le <a href="#">remite</a> a un <a href="#">proveedor</a> que no es IHCP, se renuncia a los <a href="#">costos compartidos</a> .                   |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | Medicamentos de marca no preferidos (Nivel 3)          | Sin Cargo                                                                        | Al por menor: Sin cargo                                                    | No cubierto                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | <a href="#">Medicamentos de especialidad</a> (Nivel 4) | Sin Cargo                                                                        | Al por menor: Sin cargo                                                    | No cubierto                                                                     | Puede que sea necesaria una autorización previa. Los <a href="#">medicamentos con receta</a> se proporcionan hasta 30 días al por menor y hasta 30 días por pedidos por correo. Si un <a href="#">Proveedor</a> de Atención de la Salud Indígena (IHCP) le <a href="#">remite</a> a un <a href="#">proveedor</a>                                                                                                                                                                                                                                    |

| 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 paga la menor cantidad) | Proveedor en la red No-IHCP (Pagará más) | Proveedor fuera de la red No-IHCP (Pagará más que con cualquier otro proveedor) |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
|                                       |                                                           |                                                                                  |                                          |                                                                                 | que no es IHCP, se renuncia a los <a href="#">costos compartidos</a> .                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| Si le hacen una cirugía ambulatoria   | Tarifa del centro (p. ej., centro de cirugía ambulatoria) | Sin Cargo                                                                        | Sin cargo                                | No cubierto                                                                     | Puede que sea necesaria una autorización previa. Cubierto sin límite. Si un <a href="#">Proveedor</a> de Atención de la Salud Indígena (IHCP) le <a href="#">remite</a> a un <a href="#">proveedor</a> que no es IHCP, se renuncia a los <a href="#">costos compartidos</a> .                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|                                       | Tarifas del médico/cirujano                               | Sin Cargo                                                                        | Sin cargo                                | No cubierto                                                                     | Puede que sea necesaria una autorización previa. Cubierto sin límite. Si un <a href="#">Proveedor</a> de Atención de la Salud Indígena (IHCP) le <a href="#">remite</a> a un <a href="#">proveedor</a> que no es IHCP, se renuncia a los <a href="#">costos compartidos</a> .                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| Si necesita atención médica inmediata | <a href="#">Atención en la Sala de Emergencias</a>        | Sin Cargo                                                                        | Sin cargo                                | Sin cargo                                                                       | Cubierto sin límite. Si un <a href="#">Proveedor</a> de Atención de la Salud Indígena (IHCP) le <a href="#">remite</a> a un <a href="#">proveedor</a> que no es IHCP, se renuncia a los <a href="#">costos compartidos</a> .                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|                                       | <a href="#">Transporte médico de emergencia</a>           | Sin Cargo                                                                        | Sin cargo                                | Sin cargo                                                                       | Con cobertura ilimitada. Nota: El transporte de emergencia no requiere autorización previa; sin embargo, todo el transporte que no es de emergencia requiere autorización previa. Si recibe el servicio de un <a href="#">proveedor</a> de transportes en ambulancia por tierra o agua que está fuera de la <a href="#">red</a> , puede ser que se le cobre un saldo. Si un <a href="#">Proveedor</a> de Atención de la Salud Indígena (IHCP) le <a href="#">remite</a> a un <a href="#">proveedor</a> que no es IHCP, se renuncia a los <a href="#">costos compartidos</a> . |

| 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 paga la menor cantidad) | Proveedor en la red No-IHCP (Pagará más) | Proveedor fuera de la red No-IHCP (Pagará más que con cualquier otro proveedor) |                                                                                                                                                                                                                                                                               |
|                             | <a href="#">Atención de urgencia</a>                | Sin Cargo                                                                        | Sin cargo                                | No cubierto                                                                     | Cubierto sin límite. Si un <a href="#">Proveedor</a> de Atención de la Salud Indígena (IHCP) le <a href="#">remite</a> a un <a href="#">proveedor</a> que no es IHCP, se renuncia a los <a href="#">costos compartidos</a> .                                                  |
| Si necesita hospitalización | Tarifa del centro (p. ej., habitación del hospital) | Sin Cargo                                                                        | Sin cargo                                | No cubierto                                                                     | Puede que sea necesaria una autorización previa. Cubierto sin límite. Si un <a href="#">Proveedor</a> de Atención de la Salud Indígena (IHCP) le <a href="#">remite</a> a un <a href="#">proveedor</a> que no es IHCP, se renuncia a los <a href="#">costos compartidos</a> . |
|                             | Tarifas del médico/cirujano                         | Sin Cargo                                                                        | Sin cargo                                | No cubierto                                                                     | Puede que sea necesaria una autorización previa. Cubierto sin límite. Si un <a href="#">Proveedor</a> de Atención de la Salud Indígena (IHCP) le <a href="#">remite</a> a un <a href="#">proveedor</a> que no es IHCP, se renuncia a los <a href="#">costos compartidos</a> . |

| 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 paga la menor cantidad) | Proveedor en la red No-IHCP (Pagará más)                                | Proveedor fuera de la red No-IHCP (Pagará más que con cualquier otro proveedor) |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| <b>Si necesita servicios de salud mental, salud conductual o de abuso de sustancias</b> | Servicios para pacientes ambulatorios   | Sin Cargo                                                                        | Sin cargo; Sin cargo para 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). Si un <a href="#">Proveedor</a> de Atención de la Salud Indígena (IHCP) le <a href="#">remite</a> a un <a href="#">proveedor</a> que no es IHCP, se renuncia a los <a href="#">costos compartidos</a> .                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|                                                                                         | Servicios para pacientes hospitalizados | Sin Cargo                                                                        | Sin cargo                                                               | No cubierto                                                                     | Puede que sea necesaria una autorización previa. Cubierto sin límite. Si un <a href="#">Proveedor</a> de Atención de la Salud Indígena (IHCP) le <a href="#">remite</a> a un <a href="#">proveedor</a> que no es IHCP, se renuncia a los <a href="#">costos compartidos</a> .                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <b>Si está embarazada</b>                                                               | Visitas al consultorio                  | Sin Cargo                                                                        | 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 <a href="#">costo compartido</a> no aplica a <a href="#">servicios preventivos</a> , tales como evaluaciones de rutina prenatales y posnatales. Dependiendo del tipo de servicios, puede que aplique un <a href="#">coseguro</a> , <a href="#">deducible</a> o <a href="#">copago</a> . La atención por maternidad puede incluir las pruebas y servicios descritos en otro sitio en el SBC (por ej. ecografía). Si un <a href="#">Proveedor</a> de Atención de la Salud Indígena (IHCP) le <a href="#">remite</a> a un <a href="#">proveedor</a> que no es IHCP, se renuncia a los <a href="#">costos compartidos</a> . |

| 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 paga la menor cantidad) | Proveedor en la red No-IHCP (Pagará más)                                   | Proveedor fuera de la red No-IHCP (Pagará más que con cualquier otro proveedor) |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
|                                                                                     | Servicios profesionales para el nacimiento y el parto | Sin Cargo                                                                        | Sin cargo                                                                  | No cubierto                                                                     | Puede que sea necesaria una autorización previa. Los <a href="#">costos compartidos</a> no aplican para <a href="#">servicios preventivos</a> . Dependiendo del tipo de servicios, puede que aplique un <a href="#">copago</a> , <a href="#">coseguro</a> o <a href="#">deducible</a> . La atención por maternidad puede incluir las pruebas y servicios descritos en otro sitio en el SBC (por ej. ecografía). Si un <a href="#">Proveedor</a> de Atención de la Salud Indígena (IHCP) le <a href="#">remite</a> a un <a href="#">proveedor</a> que no es IHCP, se renuncia a los <a href="#">costos compartidos</a> . |
|                                                                                     | Servicios hospitalarios para el nacimiento y el parto | Sin Cargo                                                                        | Sin cargo                                                                  | No cubierto                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| Si necesita servicios de recuperación o tiene otras necesidades especiales de salud | <a href="#">Atención médica en el hogar</a>           | Sin Cargo                                                                        | Sin cargo                                                                  | No cubierto                                                                     | Puede que sea necesaria una autorización previa. Limitado a 100 visitas al año. Si un <a href="#">Proveedor</a> de Atención de la Salud Indígena (IHCP) le <a href="#">remite</a> a un <a href="#">proveedor</a> que no es IHCP, se renuncia a los <a href="#">costos compartidos</a> .                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|                                                                                     | <a href="#">Servicios de rehabilitación</a>           | Sin Cargo                                                                        | Paciente ambulatorio(a): Sin cargo<br>Paciente hospitalizado(a): Sin cargo | [[benefits_package.OutpatientRehabOT PTOON]]                                    | Paciente ambulatorio(a): Es posible que se requiera la autorización previa. Limitado a 60 visitas por año combinadas (20 visitas cada una para fisioterapia, terapia del habla y terapia ocupacional para pacientes ambulatorios); limitado a 20 visitas por año para rehabilitación pulmonar. Nota: Los límites no aplican cuando se proporciona para un diagnóstico de salud mental/trastorno por uso de sustancias.<br>Paciente hospitalizado(a):                                                                                                                                                                    |

| 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 paga la menor cantidad) | Proveedor en la red No-IHCP (Pagará más)                                   | Proveedor fuera de la red No-IHCP (Pagará más que con cualquier otro proveedor) |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
|                            |                                             |                                                                                  |                                                                            |                                                                                 | Puede ser necesaria una autorización previa. Límite de 60 días al año (incluye días de los servicios de terapia de rehabilitación proporcionados como paciente ambulatorio). Nota: los límites no aplican cuando se proporcionan para un diagnóstico de trastornos de salud mental/de uso de sustancias.<br>Sí un <a href="#">Proveedor</a> de Atención de la Salud Indígena (IHCP) le <a href="#">remite</a> a un <a href="#">proveedor</a> que no es IHCP, se renuncia a los <a href="#">costos compartidos</a> .                                                                                                                                                                                                                  |
|                            | <a href="#">Servicios de rehabilitación</a> | Sin Cargo                                                                        | Paciente ambulatorio(a): Sin cargo<br>Paciente hospitalizado(a): Sin cargo | No cubierto                                                                     | Paciente ambulatorio(a): Es posible que se requiera la autorización previa. Limitado a 60 visitas por año combinadas (20 visitas cada una para fisioterapia, terapia del habla y terapia ocupacional para pacientes ambulatorios); limitado a 20 visitas por año para rehabilitación pulmonar. Nota: Los límites no aplican cuando se proporciona para un diagnóstico de salud mental/trastorno por uso de sustancias.<br>Paciente hospitalizado(a): Podría requerirse autorización previa. Con límite de 60 días al año (se incluyen los servicios de terapia de rehabilitación proporcionados a pacientes ambulatorios). Nota: Sin límite al suministrarse para un diagnóstico de trastorno de salud mental/consumo de sustancias. |

| 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 paga la menor cantidad) | Proveedor en la red No-IHCP (Pagará más)          | Proveedor fuera de la red No-IHCP (Pagará más que con cualquier otro proveedor) |                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|                                                             |                                                                 |                                                                                  |                                                   |                                                                                 | Sí un <a href="#">Proveedor</a> de Atención de la Salud Indígena (IHCP) le <a href="#">remite</a> a un <a href="#">proveedor</a> que no es IHCP, se renuncia a los <a href="#">costos compartidos</a> .                                                                             |
|                                                             | <a href="#">Atención de enfermería especializada</a>            | Sin Cargo                                                                        | Sin cargo                                         | No cubierto                                                                     | Puede que sea necesaria una autorización previa. Limitado a 90 días al año. Sí un <a href="#">Proveedor</a> de Atención de la Salud Indígena (IHCP) le <a href="#">remite</a> a un <a href="#">proveedor</a> que no es IHCP, se renuncia a los <a href="#">costos compartidos</a> . |
|                                                             | <a href="#">Equipo médico duradero</a>                          | Sin Cargo                                                                        | Sin cargo                                         | No cubierto                                                                     | Puede que sea necesaria una autorización previa. Cubierto sin límite. Sí un <a href="#">Proveedor</a> de Atención de la Salud Indígena (IHCP) le <a href="#">remite</a> a un <a href="#">proveedor</a> que no es IHCP, se renuncia a los <a href="#">costos compartidos</a> .       |
|                                                             | <a href="#">Servicios en un programa de cuidados paliativos</a> | Sin Cargo                                                                        | Sin cargo                                         | No cubierto                                                                     | Puede que sea necesaria una autorización previa. Cubierto sin límite. Sí un <a href="#">Proveedor</a> de Atención de la Salud Indígena (IHCP) le <a href="#">remite</a> a un <a href="#">proveedor</a> que no es IHCP, se renuncia a los <a href="#">costos compartidos</a> .       |
| <b>Si su hijo necesita servicios dentales o de la vista</b> | Examen de la vista para niños                                   | Sin Cargo                                                                        | Sin costo; <a href="#">deducible</a> no se aplica | No están cubiertos                                                              | Limitado a 1 visita al año. Sí un <a href="#">Proveedor</a> de Atención de la Salud Indígena (IHCP) le <a href="#">remite</a> a un <a href="#">proveedor</a> que no es IHCP, se renuncia a los <a href="#">costos compartidos</a> .                                                 |
|                                                             | Anteojos para niños                                             | Sin Cargo                                                                        | Sin costo; <a href="#">deducible</a> no se aplica | No están cubiertos                                                              | Limitado a 1 artículo al año. Sí un <a href="#">Proveedor</a> de Atención de la Salud Indígena (IHCP) le <a href="#">remite</a> a un <a href="#">proveedor</a>                                                                                                                      |

| 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 paga la menor cantidad) | Proveedor en la red No-IHCP (Pagará más) | Proveedor fuera de la red No-IHCP (Pagará más que con cualquier otro proveedor) |                                                                        |
|                            |                                |                                                                                  |                                          |                                                                                 | que no es IHCP, se renuncia a los <a href="#">costos compartidos</a> . |
|                            | Control dental para niños      | Sin Cargo                                                                        | No están cubiertos                       | No están cubiertos                                                              | -----Ninguno-----                                                      |

#### Servicios excluidos y otros servicios cubiertos:

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Servicios que su <a href="#">Plan</a>, por lo general, NO cubre (consulte la póliza o documento del <a href="#">plan</a> para obtener más información y una lista de otros <a href="#">servicios excluidos</a>).</b>                                                                                                                |                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Aborto (Excepto en casos cuando la vida de la madre está en peligro)</li> <li>• Acupuntura</li> <li>• 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.)</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Atención de la vista de rutina (Adulto)</li> <li>• Atención dental (Adulto)</li> <li>• Audífonos</li> <li>• Cirugía bariátrica</li> </ul>         | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cirugía estética</li> <li>• Cuidado que no es de emergencia al viajar fuera de Estado Unidos</li> <li>• Programas de pérdida de peso</li> </ul>                                                                                                                                                                                                          |
| <b>Otros servicios cubiertos (es posible que se apliquen limitaciones a estos servicios. Esta no es una lista completa. Consulte el documento del <a href="#">plan</a>).</b>                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cuidado quiropráctico (Limitado a 12 visitas al año.)</li> <li>• Cuidado rutinario de los pies</li> </ul>                                                                                                                                                                                     | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Servicio de enfermería privada (Se debe proporcionar como parte de la atención de la salud en el hogar; limitado a 82 visitas al año.)</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tratamiento de la infertilidad (Limitado a los servicios para <a href="#">pruebas de diagnóstico</a> 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).)</li> </ul> |

**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.. Department of Labor's Employee Benefits Security Administration at 1-866-444-EBSA (3272); Office of Personnel Management Multi State Plan Program at <https://www.opm.gov/healthcare-insurance/multi-state-plan-program/external->

[review/](#). 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? 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 1-877-687-1182 (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, kwijijigo 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> | \$5,400 |
| ■ <a href="#">Especialista coseguro</a>                         | 0%      |
| ■ Hospital (establecimiento) <a href="#">coseguro</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        |
| Lo que no está cubierto            |            |
| Límites o exclusiones              | \$0        |
| <b>El total que Peg pagaría es</b> | <b>\$0</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> | \$5,400 |
| ■ <a href="#">Especialista coseguro</a>                         | 0%      |
| ■ Hospital (establecimiento) <a href="#">coseguro</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*)

|                         |         |
|-------------------------|---------|
| 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        |
| Lo que no está cubierto            |            |
| Límites o exclusiones              | \$0        |
| <b>El total que Joe pagaría es</b> | <b>\$0</b> |

### 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> | \$5,400 |
| ■ <a href="#">Especialista coseguro</a>                         | 0%      |
| ■ Hospital (establecimiento) <a href="#">coseguro</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 | \$2,800 |
|-------------------------|---------|

En este ejemplo, Mia pagaría:

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

Nota: Estos números asumen que el paciente recibió atención de un [proveedor](#) de atención médica para indígenas (IHCP), o con [referencia](#) de un IHCP para un [proveedor](#) que no es un IHCP. Si usted recibe atención de un [proveedor](#) que no es un IHCP sin una referencia de un IHCP, sus costos pueden ser más altos.

El [plan](#) sería responsable de los demás costos de los servicios cubiertos de este EJEMPLO.

|                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|----------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Spanish:</b>            | 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 1-800-743-3333).                                                            |
| <b>Chinese:</b>            | 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 1-800-743-3333)。                                                                                                                                                                                      |
| <b>German:</b>             | 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 1-800-743-3333) an.                                   |
| <b>Pennsylvania Dutch:</b> | Vann du, adda ebbah's du am helfa bisht, ennichi questions hott veyyich Ambetter from MHS, dann hosht du's recht fa hilf greeya adda may aus finna diveyya in dei shprohch un's kosht nix. Fa shvetza mitt ebbah diveyya, kaw! 1-877-687-1182 (TTY 1-800-743-3333).                                      |
| <b>Burmese:</b>            | သင် သို့မဟုတ် သင်မှကူညီနေသူတစ်ဦးကွင် Ambetter from MHS အကြောင်း မေးစရာများရှိပါက အခမဲ့အကူအညီ ရယူပိုင်ခွင့်နှင့် သင်၏ဘာသာစကားဖြင့် အချက်အလက်များကို အခမဲ့ရယူပိုင်ခွင့် ရှိပါသည်။ စကားပြန်တစ်ဦးနှင့် စကားပြောဆိုရန် 1-877-687-1182 (TTY 1-800-743-3333) ကို ဖုန်းဆက်ပါ။                                    |
| <b>Arabic:</b>             | إذا كان لديك أو لدى شخص تساعد أسئلة حول Ambetter from MHS، لديك الحق في الحصول على المساعدة والمعلومات الضرورية بلغتك من دون أية تكلفة. للتحدث مع مترجم اتصل بـ 1-877-687-1182 (TTY 1-800-743-3333).                                                                                                     |
| <b>Korean:</b>             | 만약 귀하 또는 귀하가 돕고 있는 어떤 사람이 Ambetter from MHS 에 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 1-800-743-3333) 로 전화하십시오.                                                                                                                             |
| <b>Vietnamese:</b>         | 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 1-800-743-3333).                                                    |
| <b>French:</b>             | 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 1-800-743-3333).                                      |
| <b>Japanese:</b>           | 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 1-800-743-3333) までお電話ください。                                                                                                                                                                         |
| <b>Dutch:</b>              | 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 1-800 743-3333) om met een tolk te spreken.                                                                                                               |
| <b>Tagalog:</b>            | 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 1-800-743-3333).                                     |
| <b>Russian:</b>            | 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 1-800-743-3333). |
| <b>Punjabi:</b>            | 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 ਮੁਫਤ ਮਦਦ ਲੈਣ ਦਾ ਪੂਰਾ ਹੱਕ ਹੈ। ਦੁਬਾਰੀਏ ਨਾਲ ਗੱਲ ਕਰਨ ਲਈ 1-877-687-1182 (TTY 1-800-743-3333) 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ।                                                                            |
| <b>Hindi:</b>              | 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 1-800-743-3333) पर कॉल करें।                                                      |

### Declaración de no discriminación

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

Ambetter de MHS:

- Ofrece ayudas y servicios gratuitos a personas con discapacidades para que se comuniquen eficazmente con nosotros, como:
  - Intérpretes de lenguaje de señas calificados
  - 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:
  - Intérpretes calificados
  - Información escrita en otros idiomas

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

Si cree que Ambetter de MHS 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 por correo: Ambetter from MHS Grievance & Appeals Department, PO Box 441567, Indianapolis, IN 46244, por teléfono 1-877-687-1182 (TTY 1-800-743-3333), por fax 1-855-685-6513 o en persona 550 N. Meridian St., Suite 101, Indianapolis, IN 46204. Si necesita ayuda para presentar una queja, Ambetter de MHS 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>.