



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.ambettermeridian.com/2024-brochures.html> o [llamar](#) al 1-833-993-2426 (TTY Relay 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 1-833-993-2426 (TTY Relay 711) para pedir una copia.

| Preguntas importantes                                                                         | Respuestas                                                                                                                                                                                           | Por qué es importante:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ¿Cuánto es el <a href="#">deducible</a> total?                                                | \$0 por individuo y \$0 por familia.                                                                                                                                                                 | Consulte la tabla de Circunstancias médicas comunes abajo para conocer los costos de los servicios que cubre este <a href="#">plan</a> .                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| ¿Hay servicios cubiertos antes de alcanzar su <a href="#">deducible</a> ?                     | No hay <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> , \$5,500 por individuo y \$11,000 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.<br><a href="https://ambettermeridian.com/findadoc">https://ambettermeridian.com/findadoc</a> o llame al 1-833-993-2426 (TTY Relay 711) 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 dentro de la red (Usted pagará el mínimo)                                                                                                                                                                                                                                                                    | Proveedor fuera de la red (Usted pagará el máximo) |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| <b>Si acude al consultorio o clínica del <a href="#">proveedor</a></b> | Consulta con su médico de atención primaria para tratar una afección o lesión                                                | \$5 <a href="#">Copago</a> / visita                                                                                                                                                                                                                                                                                    | No cubierto                                        | Las Consultas de Atención Virtuales Ilimitadas, disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana, que reciba por parte del <a href="#">proveedor</a> de telesalud designado de Ambetter están cubiertas Sin Cargo, los proveedores cuentan con cobertura completa.                                                                   |
|                                                                        | Consulta con un <a href="#">especialista</a>                                                                                 | \$60 <a href="#">Copago</a> / visita                                                                                                                                                                                                                                                                                   | No cubierto                                        | Cubierto sin límite.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|                                                                        | <a href="#">Atención preventiva/ evaluación</a> /vacunas                                                                     | Sin cargo                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | 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.                                                                                                                               |
| <b>Si se realiza un examen</b>                                         | <a href="#">Exámenes de diagnóstico</a> (radiografías, análisis de sangre)                                                   | \$40 <a href="#">Copago</a> / visita para laboratorio y servicios profesionales<br>\$75 <a href="#">Copago</a> / visita para rayos X e imágenes de diagnóstico<br>\$200 <a href="#">Copago</a> / visita para servicios de laboratorio y profesionales e imágenes de diagnóstico y rayos X en otros lugares de servicio | No cubierto                                        | Puede que sea necesaria una autorización previa. Cubierto sin límite. Otros lugares pueden incluir Hospital, Sala de emergencias o Centro ambulatorio.<br><br>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. |
|                                                                        | Diagnóstico por imágenes (tomografía computarizada/ tomografía por emisión de positrones, imágenes por resonancia magnética) | \$75 <a href="#">Copago</a> / visita                                                                                                                                                                                                                                                                                   | No cubierto                                        | 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)                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| <b>Si necesita un medicamento para tratar su enfermedad o condición médica.</b><br>Hay más información disponible sobre la <a href="https://ambettermeridian.com/2024formulary">cobertura de medicamentos con receta médica</a> en <a href="https://ambettermeridian.com/2024formulary">https://ambettermeridian.com/2024formulary</a> . | Medicamentos genéricos (Nivel 1)                          | Vendedor genérico preferido: \$3 <a href="#">Copago</a> / receta<br><br>Vendedor genérico: \$15 <a href="#">Copago</a> / receta | 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.                           |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | Medicamentos de marca preferidos (Nivel 2)                | Al por menor: \$50 <a href="#">Copago</a> / receta                                                                              | 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.                                             |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | Medicamentos de marca no preferidos (Nivel 3)             | Al por menor: 50% <a href="#">Coseguro</a>                                                                                      | 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.                                                                                                                                                                                       |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | <a href="#">Medicamentos de especialidad</a> (Nivel 4)    | Al por menor: 50% <a href="#">Coseguro</a>                                                                                      | No cubierto                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| <b>Si le hacen una cirugía ambulatoria</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                               | Tarifa del centro (p. ej., centro de cirugía ambulatoria) | \$200 <a href="#">Copago</a> / visita                                                                                           | No cubierto                                                           | Puede que sea necesaria una autorización previa. Cubierto sin límite.                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | Tarifas del médico/cirujano                               | \$200 <a href="#">Copago</a> / visita                                                                                           | No cubierto                                                           | Puede que sea necesaria una autorización previa. Cubierto sin límite.                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| <b>Si necesita atención médica inmediata</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                             | <a href="#">Atención en la Sala de Emergencias</a>        | 30% <a href="#">Coseguro</a>                                                                                                    | 30% <a href="#">Coseguro</a>                                          | Cubierto sin límite.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | <a href="#">Transporte médico de emergencia</a>           | 30% <a href="#">Coseguro</a>                                                                                                    | 30% <a href="#">Coseguro</a> ; <a href="#">deducible</a> no se aplica | 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. |

| 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) |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|                                                                                         | <a href="#">Atención de urgencia</a>                  | \$35 <a href="#">Copago</a> / visita                                                                                                 | No cubierto                                        | Cubierto sin límite.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| <b>Si necesita hospitalización</b>                                                      | Tarifa del centro (p. ej., habitación del hospital)   | 30% <a href="#">Coseguro</a>                                                                                                         | No cubierto                                        | Puede que sea necesaria una autorización previa. Cubierto sin límite.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
|                                                                                         | Tarifas del médico/cirujano                           | 30% <a href="#">Coseguro</a>                                                                                                         | No cubierto                                        | Puede que sea necesaria una autorización previa. Cubierto sin límite.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <b>Si necesita servicios de salud mental, salud conductual o de abuso de sustancias</b> | Servicios para pacientes ambulatorios                 | Visita al consultorio: \$5 <a href="#">Copago</a> / visita; Para otros servicios ambulatorios: \$200 <a href="#">Copago</a> / visita | No cubierto                                        | Puede requerirse autorización previa. Sin Límite de Cobertura. (Las consultas con el <a href="#">Proveedor</a> de Cuidado Primario (PCP) y otras visitas al consultorio del médico no requieren autorización previa). (PCP y otras visitas de médico no requieren autorización previa).                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|                                                                                         | Servicios para pacientes hospitalizados               | 30% <a href="#">Coseguro</a>                                                                                                         | No cubierto                                        | Puede que sea necesaria una autorización previa. Cubierto sin límite.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <b>Si está embarazada</b>                                                               | Visitas al consultorio                                | \$5 <a href="#">Copago</a> / visita                                                                                                  | 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). |
|                                                                                         | Servicios profesionales para el nacimiento y el parto | 30% <a href="#">Coseguro</a>                                                                                                         | 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).                                                                                                                                                                  |
|                                                                                         | Servicios hospitalarios para el nacimiento y el parto | 30% <a href="#">Coseguro</a>                                                                                                         | No cubierto                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |

| 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 | <a href="#">Atención médica en el hogar</a>          | 30% <a href="#">Coseguro</a>                                                                                                   | No cubierto                                        | Puede que sea necesaria una autorización previa. Cubierto sin límite.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
|                                                                                     | <a href="#">Servicios de rehabilitación</a>          | Paciente ambulatorio(a):<br>\$50 <a href="#">Copago</a> / visita<br>Paciente hospitalizado(a):<br>30% <a href="#">Coseguro</a> | No cubierto                                        | Paciente ambulatorio(a):<br>Podría requerirse autorización previa. Los <a href="#">servicios de rehabilitación</a> en consulta externa se limitan a lo siguiente: 30 visitas combinadas al año de fisioterapia y terapia ocupacional (combinadas con atención quiropráctica), 30 visitas al año de terapia del habla y 30 visitas al año de terapia pulmonar. Nota: Los límites no se aplican al suministrarse para un diagnóstico de trastorno de salud mental/consumo de sustancias.<br>Paciente hospitalizado(a):<br>Puede que sea necesaria una autorización previa. Cubierto sin límite. |
|                                                                                     | <a href="#">Servicios de rehabilitación</a>          | Paciente ambulatorio(a):<br>\$50 <a href="#">Copago</a> / visita<br>Paciente hospitalizado(a):<br>30% <a href="#">Coseguro</a> | No cubierto                                        | Paciente ambulatorio(a):<br>Podría requerirse autorización previa. Los <a href="#">servicios de rehabilitación</a> en consulta externa se limitan a lo siguiente: 30 visitas combinadas al año de fisioterapia y terapia ocupacional (combinadas con atención quiropráctica), 30 visitas al año de terapia del habla y 30 visitas al año de terapia pulmonar. Nota: Los límites no se aplican al suministrarse para un diagnóstico de trastorno de salud mental/consumo de sustancias.<br>Paciente hospitalizado(a):<br>Puede que sea necesaria una autorización previa. Cubierto sin límite. |
|                                                                                     | <a href="#">Atención de enfermería especializada</a> | 30% <a href="#">Coseguro</a>                                                                                                   | No cubierto                                        | Puede que sea necesaria una autorización previa. Limitado a 45 días al año.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |

| 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) |                                                                       |
|                                                             | <a href="#">Equipo médico duradero</a>                          | 30% <a href="#">Coseguro</a>                        | No cubierto                                        | Puede que sea necesaria una autorización previa. Cubierto sin límite. |
|                                                             | <a href="#">Servicios en un programa de cuidados paliativos</a> | 30% <a href="#">Coseguro</a>                        | No cubierto                                        | Puede que sea necesaria una autorización previa. Cubierto sin límite. |
| <b>Si su hijo necesita servicios dentales o de la vista</b> | Examen de la vista para niños                                   | Sin costo; <a href="#">deducible</a> no se aplica   | No están cubiertos                                 | Limitado a 1 visita al año.                                           |
|                                                             | Anteos para niños                                               | Sin costo; <a href="#">deducible</a> no se aplica   | No están cubiertos                                 | Limitado a 1 artículo al año.                                         |
|                                                             | Control dental para niños                                       | 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</li> <li>• Atención de la vista de rutina (Adulto)</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Atención dental (Adulto)</li> <li>• Atención dental (Children)</li> <li>• Audífonos</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>• Servicio de enfermería privada</li> </ul> |

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

- Cirugía bariátrica (Limitado a 1 operación quirúrgica de por vida.)
- Cuidado quiropráctico (Limitado a 30 consultas combinadas por año - combinadas para terapia ocupacional, terapia física y atención quiropráctica.)
- Cuidado rutinario de los pies
- Programas para bajar de peso (programas para bajar de peso con supervisión médica y asesoramiento sobre la obesidad)
- Tratamiento de infertilidad (se limita a servicios relacionados con [pruebas de diagnóstico](#) destinadas a descubrir la causa de la infertilidad)

**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 Meridian a 1-833-993-2426 (TTY Relay 711); Department of Insurance and Financial Services, 530 W. Allegan Street, 7th Floor, Lansing, MI 48933, Phone No. 1-877-999-6442; Department of Labor's Employee Benefits Security Administration at 1-866-444-EBSA (3272); Michigan Health Options at 1-877-527-9431; 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: Department of Insurance and Financial Services, 530 W. Allegan Street, 7th Floor, Lansing, MI 48933, Phone No. 1-877-999-6442

**¿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 1-833-993-2426 (TTY Relay 711).

Tagalog (Tagalog): Kung kailangan ninyo ang tulong sa Tagalog tumawag sa 1-833-993-2426 (TTY Relay 711).

Chinese (中文): 如果需要中文的帮助, 请拨打这个号码 1-833-993-2426 (TTY Relay 711).

Navajo (Dine): Dinek'ehgo shika at'ohwol ninisingo, kwijigo holne' 1-833-993-2426 (TTY Relay 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 <a href="#">deducible</a> general del <a href="#">plan</a> | \$0  |
| ■ <a href="#">Especialista copago</a>                           | \$60 |
| ■ Hospital (establecimiento) <a href="#">coseguro</a>           | 30%  |
| ■ Otro <a href="#">coseguro</a>                                 | 30%  |

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>            | \$600          |
| <a href="#">Coseguro</a>           | \$2,500        |
| Lo que no está cubierto            |                |
| Límites o exclusiones              | \$60           |
| <b>El total que Peg pagaría es</b> | <b>\$3,160</b> |

### Control de la diabetes Tipo 2 de Joe

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

|                                                                 |      |
|-----------------------------------------------------------------|------|
| ■ El <a href="#">deducible</a> general del <a href="#">plan</a> | \$0  |
| ■ <a href="#">Especialista copago</a>                           | \$60 |
| ■ Hospital (establecimiento) <a href="#">coseguro</a>           | 30%  |
| ■ Otro <a href="#">coseguro</a>                                 | 30%  |

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>            | \$1,100        |
| <a href="#">Coseguro</a>           | \$200          |
| Lo que no está cubierto            |                |
| Límites o exclusiones              | \$20           |
| <b>El total que Joe pagaría es</b> | <b>\$1,320</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> | \$0  |
| ■ <a href="#">Especialista copago</a>                           | \$60 |
| ■ Hospital (establecimiento) <a href="#">coseguro</a>           | 30%  |
| ■ Otro <a href="#">coseguro</a>                                 | 30%  |

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>            | \$500          |
| <a href="#">Coseguro</a>           | \$600          |
| Lo que no está cubierto            |                |
| Límites o exclusiones              | \$0            |
| <b>El total que Mia pagaría es</b> | <b>\$1,100</b> |



|                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
|------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Italian:</b>        | Se Lei o una persona a cui sta fornendo assistenza ha domande su Ambetter from Meridian e non ha una perfetta padronanza della lingua inglese, ha il diritto di ricevere aiuto e informazioni nella Sua lingua gratuitamente e tempestivamente. Se Lei o una persona a cui sta fornendo assistenza presenta una condizione uditiva e/o visiva che impedisce la comunicazione, ha il diritto di ricevere servizi ausiliari gratuitamente e tempestivamente. Per ricevere una traduzione o un servizio ausiliario, contatti i Servizi per i membri al numero 1-833-993-2426 (TTY Relay 711).                                                                            |
| <b>Japanese:</b>       | ご自身やあなたが介護している他の人が、Ambetter from Meridianについてご質問をお持ちの場合、英語に自信がなくても無料かつタイムリーにご希望の言語でヘルプや情報を得ることができます。ご自身や、あなたが介護している他の人の聴覚や視覚の状態のためやり取りが難しい場合でも、無料かつタイムリーに補助サービスを受けることができます。翻訳や補助サービスを受けるには、1-833-993-2426 (TTY Relay 711)のメンバーサービスにご連絡ください。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| <b>Russian:</b>        | Если у вас или у лица, которому вы помогаете, возникли какие-либо вопросы о программе страхования Ambetter from Meridian, при этом вы недостаточно хорошо владеете английским языком, вы имеете право на бесплатную и своевременную помощь и информацию на своем родном языке. Если у вас или у лица, которому вы помогаете, наблюдается какое-либо нарушение слуха и/или зрения, которое препятствует коммуникации, вы имеете право на бесплатные и своевременные вспомогательные услуги и помощь. Для получения услуг перевода или вспомогательных услуг обратитесь в отдел обслуживания участников программы страхования по номеру 1-833-993-2426 (TTY Relay 711). |
| <b>Serbo-Croatian:</b> | Ako Vi, ili neko kome pomažete, imate pitanja u vezi sa Ambetter from Meridian, a ne govorite engleski jezik, imate pravo na besplatnu i blagovremenu pomoć i informacije na sopstvenom jeziku. Ako Vi, ili neko kome pomažete, imate neki poremećaj sluha i/ili vida zbog kojeg je onemogućena komunikacija, imate pravo da besplatno i blagovremeno dobijete pomagala i pomoćne usluge. Obratite se odeljenju za pružanje usluga članovima pozivom na broj 1-833-993-2426 (TTY Relay 711) da biste dobili usluge prevoda ili pomoćne usluge.                                                                                                                        |
| <b>Tagalog:</b>        | Kung ikaw, o ang iyong tinutulungan, ay may mga katanungan tungkol sa Ambetter from Meridian, at hindi ka mahusay sa Ingles, may karapatan ka na makakuha ng tulong at impormasyon sa iyong wika nang walang gastos at sa maagap na paraan. Kung ikaw, o ang iyong tinutulungan, ay may kondisyon sa pandinig at/o paningin na nakakaapekto sa komunikasyon, may karapatan kang makatanggap ng mga karagdagang tulong at serbisyo nang walang gastos at sa maagap na paraan. Para makatanggap ng mga serbisyo sa pagsasalin o mga karagdagang serbisyo, mangyaring makipag-ugnayan sa Mga Serbisyo para sa Miyembro sa 1-833-993-2426 (TTY Relay 711).                |

AMB23-MI-C-00057

## Declaración de No Discriminación

Ambetter de Meridian está suscrito por Meridian Health Plan de Michigan, Inc. que es un emisor del Plan de salud calificado en el Mercado de seguros de salud de Michigan. Meridian Health Plan of Michigan, Inc. cumple con las leyes de derechos civiles Federales aplicables y no discrimina por motivos de raza, color de piel, nacionalidad de origen (incluidos un nivel de inglés limitado y la lengua materna), edad, discapacidad o sexo (incluidos el embarazo, la orientación sexual, la identidad de género o las características sexuales). Esta es publicidad de seguro. © 2023 Meridian Health Plan of Michigan, Inc. Todos los derechos reservados.  
AmbetterMeridian.com

Si usted, o alguien a quien está ayudando, tiene preguntas acerca de Ambetter of Meridian y no domina el inglés, tiene derecho a obtener ayuda e información en su idioma sin costo alguno y de manera oportuna. Si usted, o alguien a quien está ayudando, tiene un impedimento auditivo o visual que le dificulta la comunicación, tiene derecho a recibir ayuda y servicios auxiliares sin costo alguno y de manera oportuna. Para recibir servicios auxiliares o de traducción, comuníquese con Servicios para Miembros al 1-833-993-2426 (TTY, Servicio de Retransmisión 711). Si considera que Meridian Health Plan of Michigan, Inc. no le proporcionó estos servicios o lo discriminó de otra manera por motivos de raza, color de piel, nacionalidad de origen (incluidos un nivel de inglés limitado y la lengua materna), edad, discapacidad o sexo (incluidos el embarazo, la orientación sexual, la identidad de género o las características sexuales), comuníquese con Servicios para Miembros al 1-833-993-2426 (TTY, Servicio de Retransmisión 711). También puede presentar una queja por teléfono al 1-833-993-2426 (TTY, Servicio de Retransmisión 711). Para obtener información sobre cómo presentar una queja por discriminación directamente ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU., visite <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/smartscreen/main.jsf>.

AMB23-MI-C-00056

Ambetter de Meridian está suscrito por Meridian Health Plan de Michigan, Inc. que es un emisor del Plan de salud calificado en el Mercado de seguros de salud de Michigan. Esta es publicidad de seguro. © 2023 Meridian Health Plan de Michigan, Inc. Todos los derechos reservados.