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 deducible total?	$0 con Proveedores de Atención de la Salud Indígena (Indian Health Care Providers; IHCP) o con una remisión de un IHCP a uno que no es IHCP; $750 por individuo y $1,500 por familia.	En general, debe pagar todos los costos de los proveedores hasta la cantidad deducible antes de que este plan comience a pagar. Si tiene otros familiares en el plan, cada familiar debe satisfacer su propio deducible individual hasta que la cantidad total de gastos deducibles pagados por todos los familiares satisfagan el deducible familiar total.
¿Hay servicios cubiertos antes de alcanzar su deducible?	Sí. Visitas al consultorio para servicios de atención preventiva, atención primaria, especialista y de atención de urgencia, exámenes de la vista y anteojos para niños, análisis de laboratorio, medicamentos genéricos y de marca preferida están cubiertos antes de que llegue a su deducible.	Este plan cubre algunos productos y servicios aunque aún no haya alcanzado la cantidad del deducible. Sin embargo, se podría aplicar un copago o un coseguro. Por ejemplo, este plan cubre ciertos servicios preventivos sin costos compartidos antes de que alcance su deducible. Consulte una lista de servicios preventivos cubiertos en https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/
¿Hay otros deducibles para servicios específicos?	No.	No debe pagar deducibles por servicios específicos.
¿Cuánto es el límite de gastos de bolsillo para este plan?	Para proveedores de la red, $7,500 por individuo y $15,000 por familia. No es aplicable a los proveedores fuera de la red.	El límite de gastos de bolsillo es lo máximo que puede pagar en un año por servicios cubiertos. Si tiene otros familiares en este plan, ellos tienen que satisfacer sus propios límite de gastos de bolsillo hasta que se haya satisfecho el límite de gastos de bolsillo familiar total.
¿Qué es lo que no está incluido en el límite de gastos de bolsillo?	Primas, facturación de saldo, y atención médica que este plan no cubre.	Aunque pague estos gastos, no cuentan para el límite de gastos del bolsillo.

¿Pagará menos si acude a un proveedor dentro de la red?	Sí. https://ambettermeridian.com/findadoc o llame al 1-833-993-2426 (TTY Relay 711) para una lista de proveedores de la red.	Este plan utiliza una red de proveedores. Pagará menos sí usa un proveedor que esté incluido en la red del plan. Pagará más sí acude a un proveedor fuera de la red, y es posible que reciba una factura de un proveedor por la diferencia entre el cargo del proveedor y lo que su plan paga (facturación de saldo). Tenga en cuenta que su proveedor dentro de la red puede usar un proveedor fuera de la red para algunos servicios (como análisis de laboratorio). Consulte con su proveedor antes de recibir los servicios.
¿Necesita una derivación para atenderse con un especialista?	No.	Puede ver al especialista que usted elija sin una derivación.

Todos los **copagos** y el **coseguro** que se muestran en este cuadro se aplican después de alcanzar su **deducible**, sí 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 proveedor	Consulta con su médico de atención primaria para tratar una afección o lesión	Sin Cargo	$35 Copago / visita; deducible no se aplica	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 proveedor de telesalud designado de Ambetter están cubiertas Sin Cargo, los proveedores cuentan con cobertura completa y no se aplica deducible. Sí un Proveedor de Atención de la Salud Indígena (IHCP) le remite a un proveedor que no es IHCP, se renuncia a los costos compartidos.
	Consulta con un especialista	Sin Cargo	$55 Copago / visita; deducible no se aplica	No cubierto	Cubierto sin límite. Sí un Proveedor de Atención de la Salud Indígena (IHCP) le remite a un proveedor que no es IHCP, se renuncia a los costos compartidos.
	Atención preventiva/ evaluación/vacunas	Sin Cargo	Sin cargo; deducible no se aplica	No cubierto	Puede que tenga que pagar por servicios que no son preventivos. Pregunte a su proveedor si los servicios necesarios son preventivos. Luego verifique por lo que su

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)	
					plan pagará. Sí un Proveedor de Atención de la Salud Indígena (IHCP) le remite a un proveedor que no es IHCP, se renuncia a los costos compartidos.
Si se realiza un examen	Exámenes de diagnóstico (radiografías, análisis de sangre)	Sin Cargo	$35 Copago / visita; deducible no se aplica para laboratorio y servicios profesionales 35% Coseguro para rayos X e imágenes de diagnóstico 35% Coseguro 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. 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. Sí un Proveedor de Atención de la Salud Indígena (IHCP) le remite a un proveedor que no es IHCP, se renuncia a los costos compartidos.
	Diagnóstico por imágenes (tomografía computarizada/ tomografía por emisión de positrones, imágenes por resonancia magnética)	Sin Cargo	35% Coseguro	No cubierto	Puede que sea necesaria una autorización previa. Cubierto sin límite. Sí un Proveedor de Atención de la Salud Indígena (IHCP) le remite a un proveedor que no es IHCP, se renuncia a los costos compartidos.

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 necesita un medicamento para tratar su enfermedad o condición médica. Hay más información disponible sobre la **cobertura de medicamentos con receta médica** en **https://ambettermeridian.com/2024formulary**.	Medicamentos genéricos (Nivel 1)	Sin Cargo	Vendedor genérico preferido: $3 Copago / receta; deducible no se aplica Vendedor genérico: $15 Copago / receta; deducible no se aplica	No cubierto	Es posible que se requiera la autorización previa. Los medicamentos recetados se suministran hasta por 30 días en los establecimientos de venta al por menor y hasta por 90 días a través de pedidos por correo. Los pedidos por correo están sujetos a un costo compartido de 2.5 veces la cantidad de venta al por menor. Sí un Proveedor de Atención de la Salud Indígena (IHCP) le remite a un proveedor que no es IHCP, se renuncia a los costos compartidos.
	Medicamentos de marca preferidos (Nivel 2)	Sin Cargo	Al por menor: $60 Copago / receta; deducible no se aplica	No cubierto	Puede que sea necesaria una autorización previa. Los medicamentos con receta se proporcionan hasta por 30 días al por menor y hasta por 90 días por pedidos por correo. Los pedidos por correo están sujetos a una cantidad de costo compartido de 2.5x del precio de venta al por menor. Sí un Proveedor de Atención de la Salud Indígena (IHCP) le remite a un proveedor que no es IHCP, se renuncia a los costos compartidos.
	Medicamentos de marca no preferidos (Nivel 3)	Sin Cargo	Al por menor: 50% Coseguro	No cubierto	
	Medicamentos de especialidad (Nivel 4)	Sin Cargo	Al por menor: 50% Coseguro	No cubierto	Puede que sea necesaria una autorización previa. Los medicamentos con receta se proporcionan hasta 30 días al por menor y hasta 30 días por pedidos por correo. Sí un Proveedor de Atención de la Salud Indígena (IHCP) le remite a un proveedor que no es IHCP, se renuncia a los costos compartidos.

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 le hacen una cirugía ambulatoria	Tarifa del centro (p. ej., centro de cirugía ambulatoria)	Sin Cargo	35% Coseguro	No cubierto	Puede que sea necesaria una autorización previa. Cubierto sin límite. Sí un Proveedor de Atención de la Salud Indígena (IHCP) le remite a un proveedor que no es IHCP, se renuncia a los costos compartidos.
	Tarifas del médico/cirujano	Sin Cargo	35% Coseguro	No cubierto	Puede que sea necesaria una autorización previa. Cubierto sin límite. Sí un Proveedor de Atención de la Salud Indígena (IHCP) le remite a un proveedor que no es IHCP, se renuncia a los costos compartidos.
Si necesita atención médica inmediata	Atención en la Sala de Emergencias	Sin Cargo	35% Coseguro	35% Coseguro	Cubierto sin límite. Sí un Proveedor de Atención de la Salud Indígena (IHCP) le remite a un proveedor que no es IHCP, se renuncia a los costos compartidos.
	Transporte médico de emergencia	Sin Cargo	35% Coseguro	35% Coseguro	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 proveedor de transportes en ambulancia por tierra o agua que está fuera de la red, puede ser que se le cobre un saldo. Sí un Proveedor de Atención de la Salud Indígena (IHCP) le remite a un proveedor que no es IHCP, se renuncia a los costos compartidos.
	Atención de urgencia	Sin Cargo	$35 Copago / visita; deducible no se aplica	No cubierto	Cubierto sin límite. Sí un Proveedor de Atención de la Salud Indígena (IHCP) le

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)	
					remite a un proveedor que no es IHCP, se renuncia a los costos compartidos.
Si necesita hospitalización	Tarifa del centro (p. ej., habitación del hospital)	Sin Cargo	35% Coseguro	No cubierto	Puede que sea necesaria una autorización previa. Cubierto sin límite. Sí un Proveedor de Atención de la Salud Indígena (IHCP) le remite a un proveedor que no es IHCP, se renuncia a los costos compartidos.
	Tarifas del médico/cirujano	Sin Cargo	35% Coseguro	No cubierto	Puede que sea necesaria una autorización previa. Cubierto sin límite. Sí un Proveedor de Atención de la Salud Indígena (IHCP) le remite a un proveedor que no es IHCP, se renuncia a los costos compartidos.

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 necesita servicios de salud mental, salud conductual o de abuso de sustancias	Servicios para pacientes ambulatorios	Sin Cargo	Visita al consultorio: $35 Copago / visita; deducible no se aplica; Para otros servicios ambulatorios: 35% Coseguro	No cubierto	Puede requerirse autorización previa. Sin Límite de Cobertura. (Las consultas con el Proveedor 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). Sí un Proveedor de Atención de la Salud Indígena (IHCP) le remite a un proveedor que no es IHCP, se renuncia a los costos compartidos.
	Servicios para pacientes hospitalizados	Sin Cargo	35% Coseguro	No cubierto	Puede que sea necesaria una autorización previa. Cubierto sin límite. Sí un Proveedor de Atención de la Salud Indígena (IHCP) le remite a un proveedor que no es IHCP, se renuncia a los costos compartidos.
Si está embarazada	Visitas al consultorio	Sin Cargo	$35 Copago / visita; deducible no se aplica	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 costo compartido no aplica a servicios preventivos, tales como evaluaciones de rutina prenatales y posnatales. Dependiendo del tipo de servicios, puede que aplique un coseguro, deducible o copago. La atención por maternidad puede incluir las pruebas y servicios descritos en otro sitio en el SBC (por ej. ecografía). Sí un Proveedor de Atención de la Salud Indígena (IHCP) le remite a un

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)	
					proveedor que no es IHCP, se renuncia a los costos compartidos.
	Servicios profesionales para el nacimiento y el parto	Sin Cargo	35% Coseguro	No cubierto	Puede que sea necesaria una autorización previa. Los costos compartidos no aplican para servicios preventivos. Dependiendo del tipo de servicios, puede que aplique un copago, coseguro o deducible. La atención por maternidad puede incluir las pruebas y servicios descritos en otro sitio en el SBC (por ej. ecografía). Sí un Proveedor de Atención de la Salud Indígena (IHCP) le remite a un proveedor que no es IHCP, se renuncia a los costos compartidos.
	Servicios hospitalarios para el nacimiento y el parto	Sin Cargo	35% Coseguro	No cubierto	
Si necesita servicios de recuperación o tiene otras necesidades especiales de salud	Atención médica en el hogar	Sin Cargo	35% Coseguro	No cubierto	Puede que sea necesaria una autorización previa. Cubierto sin límite. Sí un Proveedor de Atención de la Salud Indígena (IHCP) le remite a un proveedor que no es IHCP, se renuncia a los costos compartidos.
	Servicios de rehabilitación	Sin Cargo	Paciente ambulatorio(a): 35% Coseguro Paciente hospitalizado(a): 35% Coseguro	No cubierto	Paciente ambulatorio(a): Podría requerirse autorización previa. Los servicios de habilitación 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

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)	
					trastorno de salud mental/consumo de sustancias. Paciente hospitalizado(a): Puede que sea necesaria una autorización previa. Cubierto sin límite. Sí un Proveedor de Atención de la Salud Indígena (IHCP) le remite a un proveedor que no es IHCP, se renuncia a los costos compartidos.
	Servicios de habilitación	Sin Cargo	Paciente ambulatorio(a): 35% Coseguro Paciente hospitalizado(a): 35% Coseguro	No cubierto	Paciente ambulatorio(a): Podría requerirse autorización previa. Los servicios de habilitación 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. Paciente hospitalizado(a): Puede que sea necesaria una autorización previa. Cubierto sin límite. Sí un Proveedor de Atención de la Salud Indígena (IHCP) le remite a un proveedor que no es IHCP, se renuncia a los costos compartidos.
	Atención de enfermería especializada	Sin Cargo	35% Coseguro	No cubierto	Puede que sea necesaria una autorización previa. Limitado a 45 días al año. Sí un Proveedor de Atención de la Salud

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)	
					Indígena (IHCP) le remite a un proveedor que no es IHCP, se renuncia a los costos compartidos.
	Equipo médico duradero	Sin Cargo	35% Coseguro	No cubierto	Puede que sea necesaria una autorización previa. Cubierto sin límite. Sí un Proveedor de Atención de la Salud Indígena (IHCP) le remite a un proveedor que no es IHCP, se renuncia a los costos compartidos.
	Servicios en un programa de cuidados paliativos	Sin Cargo	35% Coseguro	No cubierto	Puede que sea necesaria una autorización previa. Cubierto sin límite. Sí un Proveedor de Atención de la Salud Indígena (IHCP) le remite a un proveedor que no es IHCP, se renuncia a los costos compartidos.
Si su hijo necesita servicios dentales o de la vista	Examen de la vista para niños	Sin Cargo	Sin costo; deducible no se aplica	No están cubiertos	Limitado a 1 visita al año. Sí un Proveedor de Atención de la Salud Indígena (IHCP) le remite a un proveedor que no es IHCP, se renuncia a los costos compartidos.
	Anteojos para niños	Sin Cargo	Sin costo; deducible no se aplica	No están cubiertos	Limitado a 1 artículo al año. Sí un Proveedor de Atención de la Salud Indígena (IHCP) le remite a un proveedor que no es IHCP, se renuncia a los costos compartidos.
	Control dental para niños	Sin Cargo	No están cubiertos	No están cubiertos	-----Ninguno-----

Servicios excluidos y otros servicios cubiertos:

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

- Aborto (Excepto en casos cuando la vida de la madre está en peligro)
- Acupuntura
- Atención a largo plazo
- Atención dental (Niños)
- Audífonos
- Cirugía estética
- Cuidado que no es de emergencia al viajar fuera de Estado Unidos
- Servicio de enfermería privada

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

- Atención de la vista de rutina (Adulto-una visita y un artículo al año. La prestación de dólares se aplica a los artículos.)
- Atención dental (Adulto-se aplican límites anuales de visitas y artículos. Límite anual de $1000 por persona.)
- 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 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, kwiijigo 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 deducible general del plan	$750
Especialista copago	$55
Hospital (establecimiento) coseguro	35%
Otro coseguro	35%

Este EJEMPLO de evento incluye servicios como:
Visitas al consultorio del especialista *(atención prenata*
Servicios profesionales para el nacimiento y el parto
Servicios hospitalarios para el nacimiento y el parto
Exámenes de diagnóstico *(ecografías y análisis de sangre)*
Consulta con un especialista *(anestesia)*

Costo total del ejemplo	**$12,700**

En este ejemplo, Peg pagaría:

Costo compartidos	
Deducibles	$0
Copagos	$0
Coseguro	$0
Lo que no está cubierto	
Límites o exclusiones	$0
El total que Peg pagaría es	$0

Control de la diabetes Tipo 2 de Joe
(un año de atención de rutina dentro de la red de una condición bien controlada)

El deducible general del plan	$750
Especialista copago	$55
Hospital (establecimiento) coseguro	35%
Otro coseguro	35%

Este EJEMPLO de evento incluye servicios como
Visitas en el consultorio del médico de atención primaria *(incluye la educación sobre enfermedades)*
Exámenes de diagnóstico *(análisis de sangre)*
Medicamentos con receta médica
Equipo médico duradero *(glucómetro)*

Costo total del ejemplo	**$5,600**

En este ejemplo, Joe pagaría:

Costo compartidos	
Deducibles	$0
Copagos	$0
Coseguro	$0
Lo que no está cubierto	
Límites o exclusiones	$0
El total que Joe pagaría es	$0

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

El deducible general del plan	$750
Especialista copago	$55
Hospital (establecimiento) coseguro	35%
Otro coseguro	35%

Este EJEMPLO de evento incluye servicios como
Atención en la Sala de Emergencias *(incluye suministros médicos)*
Exámenes de diagnóstico *(radiografías)*
Equipo médico duradero *(muletas)*
Servicios de rehabilitación *(fisioterapia)*

Costo total del ejemplo	**$2,800**

En este ejemplo, Mia pagaría:

Costo compartidos	
Deducibles	$0
Copagos	$0
Coseguro	$0
Lo que no está cubierto	
Límites o exclusiones	$0
El total que Mia pagaría es	$0

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.

English:	If you, or someone you are helping, have questions about Ambetter from Meridian, and are not proficient in English, you have the right to get help and information in your language at no cost and in a timely manner. If you, or someone you are helping, have an auditory and/or visual condition that impedes communication, you have the right to receive auxiliary aids and services at no cost and in a timely manner. To receive translation or auxiliary services, please contact Member Services at 1-833-993-2426 (TTY Relay 711).
Spanish:	Si usted, o alguien a quien está ayudando, tiene preguntas acerca de Ambetter de 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 Relay 711).
Arabic:	إذا كان لديك أو لدى شخص تساعده أسئلة حول Ambetter from Meridian، ولم تكن بارعًا باللغة الإنكليزية، فلديك الحق في الحصول على المساعدة والمعلومات بلغتك من دون أي تكلفة وفي الوقت المناسب. إذا كنت أنت أو أي شخص تساعده تعاني من حالة سمعية و/أو بصرية تعيق التواصل، فلديك الحق في تلقي مساعدات وخدمات إضافية من دون أي تكلفة وفي الوقت المناسب. لتلقي خدمات الترجمة أو خدمات إضافية، يرجى الاتصال بـ خدمات الأعضاء على 1-833-993-2426 (TTY Relay 711).
Chinese:	如果您，或是您正在協助的對象，有關於 Ambetter from Meridian 方面的問題，且不精通英語，您有權利免費並及時以您的母語獲幫助和訊息。如果您，或您正在協助的對象有聽力和/或視力上的問題，阻礙了溝通，您有權利免費並及時獲得輔助支援與服務。若要取得翻譯或輔助服務，請聯絡會員服務部，電話是 1-833-993-2426 (TTY Relay 711)。
Syriac:	ܐܢ ܐܢܬ ܐܘ ܡܢ ܕܐܢܬ ܡܫܕܪ ܥܠܝܗ ܐܝܬ ܠܟ ܫܐܠܬܐ ܥܠ Ambetter from Meridian ܘܠܐ ܡܟܝܠ ܒܐܢܓܠܝܐ، ܠܟ ܙܟܘܬܐ ܕܒܥܝܬܐ ܘܕܝܥܬܐ ܒܠܫܢܟ ܒܠܐ ܡܨܪܦܐ ܒܙܒܢܐ ܡܬܐܡ. ܐܢ ܐܢܬ ܐܘ ܡܢ ܕܐܢܬ ܡܫܕܪ ܥܠܝܗ ܐܝܬ ܠܗ ܟܦܝܢ ܫܡܥܐ ܘ/ܐܘ ܒܨܪܐ ܕܡܥܩܒ ܠܗ ܡܢ ܡܠܬ ܐܬܝܢ، ܠܟ ܙܟܘܬܐ ܕܒܥܝܬܐ ܕܡܫܡܫ ܠܟ ܥܠ ܫܘܬܦܐ ܘܫܘܡܫܢܐ ܕܐܝܢ ܕ

Italian:	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).
Japanese:	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。
Russian:	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).
Serbo-Croatian:	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.
Tagalog:	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).

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.