



El Resumen de beneficios y cobertura (SBC) le ayudará a escoger un [plan](#) de salud. El SBC muestra cómo usted y el [plan](#) compartirían los costos de los servicios de atención de salud 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, visite [https://www-es.ambetterhealth.com/2025-brochures.html](https://www.es.ambetterhealth.com/2025-brochures.html) o llame al 1-833-543-3145 (TTY 711). Para ver las definiciones de términos frecuentes, como [cantidad permitida](#), [facturación de saldo](#), [coseguro](#), [copago](#), [deducible](#), [proveedor](#) u otros términos subrayados, consulte el glosario. Puede consultar el glosario en <https://www.healthcare.gov/sbc-glossary> o llamar al 1-833-543-3145 (TTY 711) para pedir una copia.

| Preguntas importantes                                                                       | Respuestas                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | Por qué es importante:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
|---------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ¿Cuánto es el <a href="#">deducible</a> total?                                              | \$3,000 por miembro/\$6,000 por familia.                                                                                                                                                                                                                                                                          | En general, debe pagar todos los costos de los proveedores hasta la cantidad <a href="#">deducible</a> antes de que este <a href="#">plan</a> comience a pagar. Si tiene otros familiares en el <a href="#">plan</a> , cada familiar debe satisfacer su propio <a href="#">deducible</a> individual hasta que la cantidad total de gasto <a href="#">deducibles</a> pagados por todos los familiares satisfagan el <a href="#">deducible</a> familiar total.                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| ¿Hay servicios cubiertos antes de alcanzar su <a href="#">deducible</a> ?                   | Sí. Los servicios de <a href="#">atención preventiva</a> , de atención primaria, los médicos especialistas y las consultas de <a href="#">atención de urgencia</a> y ciertos medicamentos recetados están cubiertos antes de que alcance su <a href="#">deducible</a> (ver información adicional a continuación). | 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 atención de <a href="#">proveedores de la red</a> : \$9,200 por miembro/\$18,400 por familia. No se aplica a <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 otros miembros de su familia pertenecen a este <a href="#">plan</a> , estos tienen que alcanzar sus propios <a href="#">límites de gastos de bolsillo</a> hasta que se alcance el <a href="#">límite de gastos de bolsillo</a> general de la familia.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| ¿Qué es lo que no está incluido en el <a href="#">límite de gastos de bolsillo</a> ?        | <a href="#">Primas</a> , cargos de <a href="#">facturación de saldo</a> , multas por no obtener <a href="#">autorización previa</a> para los servicios y atención de salud que este <a href="#">plan</a> no cubre.                                                                                                | Aunque pague estos gastos, no cuentan para el <a href="#">límite de gastos de bolsillo</a> .                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| ¿Pagará menos si acude a un <a href="#">proveedor de la red</a> ?                           | Sí. Visite <a href="https://ambetterhealth.com/findadoc">https://ambetterhealth.com/findadoc</a> o llame al 1-833-543-3145 (TTY 711) para obtener 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 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. |

| Preguntas importantes                                                                                  | Respuestas | Por qué es importante:                                                                         |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ¿Necesita una <a href="#">remisión</a> del médico para atenderse con un <a href="#">especialista</a> ? | No.        | Puede ver al <a href="#">especialista</a> que usted elija sin una <a href="#">derivación</a> . |



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

| Circunstancia médica común                                      | Servicios que podría necesitar                                                | Lo que usted pagará                                                                                                                                                                                                                                         |                                                    | Limitaciones, excepciones y otra información importante                                                                                                                                                                                                                                                               |
|-----------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                                 |                                                                               | Proveedor de la red (usted pagará el mínimo)                                                                                                                                                                                                                | Proveedor fuera de la red (usted pagará el máximo) |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| Si acude al consultorio o clínica del <a href="#">proveedor</a> | Consulta con su médico de atención primaria para tratar una afección o lesión | \$30 <a href="#">Copago</a> / visita; <a href="#">deducible</a> no se aplica                                                                                                                                                                                | Sin cobertura                                      | 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 y no se aplica <a href="#">deducible</a> . |
|                                                                 | Consulta con un <a href="#">especialista</a>                                  | \$60 <a href="#">Copago</a> / visita; <a href="#">deducible</a> no se aplica                                                                                                                                                                                | Sin cobertura                                      | Ninguno                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
|                                                                 | <a href="#">Atención preventiva/exámenes</a> /vacunas                         | Sin cargo; <a href="#">deducible</a> no se aplica                                                                                                                                                                                                           | Sin cobertura                                      | Es posible que tenga que pagar por los servicios que no son preventivos. Consulte a su <a href="#">proveedor</a> si los servicios que necesita son preventivos y luego verifique qué es lo que pagará el <a href="#">plan</a> .                                                                                       |
| Si se realiza un examen                                         | <a href="#">Exámenes de diagnóstico</a> (radiografías, análisis de sangre)    | \$30 <a href="#">Copago</a> / visita; <a href="#">deducible</a> no se aplica para servicios profesionales y de laboratorio<br><br>\$60 <a href="#">Copago</a> / visita; <a href="#">deducible</a> no se aplica para diagnóstico por imágenes y radiografías | Sin cobertura                                      | Se podría requerir una autorización previa. Cubierto sin límite. Otros lugares de servicio pueden ser un hospital, una sala de emergencias o un centro para pacientes ambulatorios.<br><br>Si no obtiene una autorización previa para los servicios que la requieran, eso dará lugar al rechazo de los beneficios.    |

| Circunstancia médica común                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | Servicios que podría necesitar                                                                                                               | Lo que usted pagará                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                    | Limitaciones, excepciones y otra información importante                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                              | Proveedor de la red (usted pagará el mínimo)                                                                                                                                                                                                                                         | Proveedor fuera de la red (usted pagará el máximo) |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                              | 35% <a href="#">Coseguro</a> para servicios de laboratorio y profesionales, y radiografías y diagnóstico por imágenes en otros lugares de servicio                                                                                                                                   |                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | Diagnóstico por imágenes (tomografía computarizada (CT)/tomografía por emisión de positrones (PET), imágenes por resonancia magnética (MRI)) | \$60 <a href="#">Copago</a> / visita                                                                                                                                                                                                                                                 | Sin cobertura                                      | Se podría requerir una autorización previa. Cubierto sin límite.                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| <b>Si necesita un medicamento para tratar su enfermedad o condición médica</b><br><br>Hay más información disponible sobre la <a href="https://ambetterhealth.com/2025formulary">cobertura de medicamentos recetados</a> en <a href="https://ambetterhealth.com/2025formulary">https://ambetterhealth.com/2025formulary</a> . | Medicamentos genéricos                                                                                                                       | Nivel 1a: Venta minorista de medicamentos genéricos preferidos: \$3 <a href="#">Copago</a> / receta; <a href="#">deducible</a> no se aplica<br><br>Nivel 1b: Venta minorista de medicamentos genéricos: \$15 <a href="#">Copago</a> / receta; <a href="#">deducible</a> no se aplica | Sin cobertura                                      | Se podría requerir una autorización previa. Los medicamentos recetados se entregan en suministros de hasta 30 días a través de venta minorista y de hasta 90 días a través de los servicios de compra por correo. Las compras por correo están sujetas a un monto de <a href="#">costo compartido</a> 2.5 veces mayor que el de venta minorista. |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | Medicamentos de marca preferidos                                                                                                             | Nivel 2: Venta minorista: \$70 <a href="#">Copago</a> / receta                                                                                                                                                                                                                       | Sin cobertura                                      | Se podría requerir una autorización previa. Los medicamentos recetados se entregan en suministros de hasta 30 días a través de venta minorista y de hasta 90 días a través de los servicios de compra por correo. Las compras por correo están sujetas a un monto de <a href="#">costo compartido</a> 2.5 veces mayor que el de venta minorista. |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | Medicamentos de marca no preferidos y genéricos no preferidos                                                                                | Nivel 3: Venta minorista: \$250 <a href="#">Copago</a> / receta                                                                                                                                                                                                                      | Sin cobertura                                      | Se podría requerir una autorización previa. Los medicamentos recetados se entregan en suministros de hasta 30 días a través de venta minorista y de hasta 90 días a través de los servicios de compra por correo. Las compras por correo están sujetas a un monto de <a href="#">costo compartido</a> 2.5 veces mayor que el de venta minorista. |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | <a href="#">Medicamentos de especialidad</a>                                                                                                 | Nivel 4: Venta minorista: 35% <a href="#">Coseguro</a>                                                                                                                                                                                                                               | Sin cobertura                                      | Se podría requerir una autorización previa. Los medicamentos recetados se entregan en suministros de hasta 30 días a través de                                                                                                                                                                                                                   |

| Circunstancia médica común                                                               | Servicios que podría necesitar                            | Lo que usted pagará                                                                                                                                                            |                                                    | Limitaciones, excepciones y otra información importante                                                                                                                                                                                                    |
|------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                                                          |                                                           | Proveedor de la red (usted pagará el mínimo)                                                                                                                                   | Proveedor fuera de la red (usted pagará el máximo) |                                                                                                                                                                                                                                                            |
|                                                                                          |                                                           |                                                                                                                                                                                |                                                    | venta minorista y de hasta 30 días a través de los servicios de compra por correo.                                                                                                                                                                         |
| Si le hacen una cirugía ambulatoria                                                      | Tarifa del centro (p. ej., centro de cirugía ambulatoria) | 35% <a href="#">Coseguro</a>                                                                                                                                                   | Sin cobertura                                      | Se podría requerir una autorización previa. Cubierto sin límite.                                                                                                                                                                                           |
|                                                                                          | Tarifas del médico/cirujano                               | 35% <a href="#">Coseguro</a>                                                                                                                                                   | Sin cobertura                                      | Se podría requerir una autorización previa. Cubierto sin límite.                                                                                                                                                                                           |
| Si necesita atención médica inmediata                                                    | <a href="#">Atención en la sala de emergencias</a>        | 35% <a href="#">Coseguro</a>                                                                                                                                                   | 35% <a href="#">Coseguro</a>                       | Ninguno                                                                                                                                                                                                                                                    |
|                                                                                          | <a href="#">Transporte médico de emergencia</a>           | 35% <a href="#">Coseguro</a>                                                                                                                                                   | 35% <a href="#">Coseguro</a>                       | Cubierto sin límite. Nota: No se requiere autorización previa para el transporte de emergencia. Sin embargo, todo transporte que no sea de emergencia requiere autorización previa.                                                                        |
|                                                                                          | <a href="#">Atención de urgencia</a>                      | \$60 <a href="#">Copago</a> / visita; <a href="#">deducible</a> no se aplica                                                                                                   | Sin cobertura                                      | Ninguno                                                                                                                                                                                                                                                    |
| Si necesita hospitalización                                                              | Tarifa del centro (p. ej., habitación del hospital)       | 35% <a href="#">Coseguro</a>                                                                                                                                                   | Sin cobertura                                      | Se podría requerir una autorización previa. Cubierto sin límite.                                                                                                                                                                                           |
|                                                                                          | Tarifas del médico/cirujano                               | 35% <a href="#">Coseguro</a>                                                                                                                                                   | Sin cobertura                                      | Se podría requerir una autorización previa. Cubierto sin límite.                                                                                                                                                                                           |
| Si necesita servicios de salud mental, salud del comportamiento o de abuso de sustancias | Servicios para pacientes ambulatorios                     | Visita al consultorio: \$30 <a href="#">Copago</a> / visita; <a href="#">deducible</a> no se aplica; Otros servicios para pacientes ambulatorios: 35% <a href="#">Coseguro</a> | Sin cobertura                                      | Se podría requerir una autorización previa. Cubierto sin límite. (No se necesita autorización previa para las visitas al consultorio del <a href="#">proveedor de atención primaria</a> (PCP) o de otro médico).                                           |
|                                                                                          | Servicios para pacientes hospitalizados                   | 35% <a href="#">Coseguro</a>                                                                                                                                                   | Sin cobertura                                      | Se podría requerir una autorización previa. Cubierto sin límite.                                                                                                                                                                                           |
| Si está embarazada                                                                       | Visitas al consultorio                                    | \$30 <a href="#">Copago</a> / visita; <a href="#">deducible</a> no se aplica                                                                                                   | Sin cobertura                                      | No se requiere autorización previa para los partos dentro del plazo estándar según las leyes federales, pero puede ser necesaria para otros servicios. El <a href="#">costo compartido</a> no se aplica a los <a href="#">servicios preventivos</a> , como |

| Circunstancia médica común                                                                 | Servicios que podría necesitar                        | Lo que usted pagará                                                                                               |                                                    | Limitaciones, excepciones y otra información importante                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|--------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                                                            |                                                       | Proveedor de la red (usted pagará el mínimo)                                                                      | Proveedor fuera de la red (usted pagará el máximo) |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|                                                                                            |                                                       |                                                                                                                   |                                                    | los exámenes prenatales y postnatales de rutina. Según el tipo de servicios, podría aplicarse un <a href="#">coseguro</a> , un <a href="#">deducible</a> o un <a href="#">copago</a> . La atención por maternidad puede incluir pruebas y servicios descritos en otros apartados del Resumen de beneficios y cobertura (SBC) (p. ej., ecografía).                                                                                                                |
|                                                                                            | Servicios profesionales para el nacimiento y el parto | 35% <a href="#">Coseguro</a>                                                                                      | Sin cobertura                                      | Se podría requerir una autorización previa. No se aplica <a href="#">costo compartido</a> a los <a href="#">servicios preventivos</a> . Según el tipo de servicios, podría aplicarse un <a href="#">coseguro</a> , un <a href="#">deducible</a> o un <a href="#">copago</a> . La atención por maternidad puede incluir pruebas y servicios descritos en otros apartados del Resumen de beneficios y cobertura (SBC) (p. ej., ecografía).                         |
|                                                                                            | Servicios hospitalarios para el nacimiento y el parto | 35% <a href="#">Coseguro</a>                                                                                      | Sin cobertura                                      | Se podría requerir una autorización previa. Se limita a 100 visitas por año.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| <b>Si necesita servicios de recuperación o tiene otras necesidades especiales de salud</b> | <a href="#">Atención de salud en el hogar</a>         | 35% <a href="#">Coseguro</a>                                                                                      | Sin cobertura                                      | Pacientes ambulatorios: Se podría requerir una autorización previa. Terapia de rehabilitación: terapia del habla, terapia ocupacional y fisioterapia se limitan a 20 visitas cada una, terapia cardíaca limitada a 36 visitas y terapia pulmonar limitada a 20 visitas al año. Los servicios pueden utilizarse para rehabilitación intensiva diurna. Nota: Los límites no se aplican para diagnósticos de trastorno por consumo de sustancias o de salud mental. |
|                                                                                            | <a href="#">Servicios de rehabilitación</a>           | Atención ambulatoria:<br>35% <a href="#">Coseguro</a><br>Servicios hospitalarios:<br>35% <a href="#">Coseguro</a> | Sin cobertura                                      | Pacientes hospitalizados: Se podría requerir una autorización previa. Se limita a 60 días por año. Nota: Los límites no se aplican para diagnósticos de trastorno por consumo de sustancias o de salud mental.                                                                                                                                                                                                                                                   |

| Circunstancia médica común                                  | Servicios que podría necesitar                       | Lo que usted pagará                                                                                        |                                                    | Limitaciones, excepciones y otra información importante                                                                                                                                                                                                                                                 |
|-------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                             |                                                      | Proveedor de la red (usted pagará el mínimo)                                                               | Proveedor fuera de la red (usted pagará el máximo) |                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
|                                                             | <a href="#">Servicios de habilitación</a>            | Atención ambulatoria: 35% <a href="#">Coseguro</a><br>Servicios hospitalarios 35% <a href="#">Coseguro</a> | Sin cobertura                                      | Pacientes ambulatorios: Se podría requerir una autorización previa. Cubierto sin límite. Pacientes hospitalizados: Se podría requerir una autorización previa. Se limita a 60 días por año. Nota: Los límites no se aplican para diagnósticos de trastorno por consumo de sustancias o de salud mental. |
|                                                             | <a href="#">Atención de enfermería especializada</a> | 35% <a href="#">Coseguro</a>                                                                               | Sin cobertura                                      | Se podría requerir una autorización previa. Se limita a 90 días por año.                                                                                                                                                                                                                                |
|                                                             | <a href="#">Equipos médicos duraderos</a>            | 35% <a href="#">Coseguro</a>                                                                               | Sin cobertura                                      | Se podría requerir una autorización previa. Cubierto sin límite.                                                                                                                                                                                                                                        |
|                                                             | <a href="#">Servicios para enfermos terminales</a>   | 35% <a href="#">Coseguro</a>                                                                               | Sin cobertura                                      | Se podría requerir una autorización previa. Cubierto sin límite.                                                                                                                                                                                                                                        |
| <b>Si su hijo necesita servicios dentales o de la vista</b> | Examen ocular para niños                             | Sin cargo; No se aplica <a href="#">deducible</a>                                                          | Sin cobertura                                      | Limitado a 1 consulta por año.                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|                                                             | Anteojos para niños                                  | Sin cargo; No se aplica <a href="#">deducible</a>                                                          | Sin cobertura                                      | Se limita a 1 artículo por año.                                                                                                                                                                                                                                                                         |
|                                                             | Control dental para niños                            | No están cubiertos                                                                                         | No están cubiertos                                 | Ninguno.                                                                                                                                                                                                                                                                                                |

### Servicios excluidos y otros servicios cubiertos:

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

- |                                                                              |                                                                      |                                 |
|------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------|---------------------------------|
| • Aborto (excepto en los casos en que la vida de la miembro está en peligro) | • Atención dental (niños)                                            | • Cirugía bariátrica.           |
| • Atención a largo plazo.                                                    | • Atención que no es de emergencia cuando viaja fuera de los EE. UU. | • Cirugía cosmética.            |
| • Atención de la vista de rutina (adultos).                                  | • Audífonos                                                          | • Programas para bajar de peso. |
| • Atención dental (adultos)                                                  |                                                                      |                                 |

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

- |                                                             |                                                                  |                                                                                                                                                                  |
|-------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| • Acupuntura (limitada a 12 visitas por año)                | • Cuidado de los pies de rutina.                                 | • Tratamiento de infertilidad (se limita a servicios relacionados con <a href="#">pruebas de diagnóstico</a> destinadas a descubrir la causa de la infertilidad) |
| • Atención de quiropráctico (limitada a 12 visitas por año) | • Servicio privado de enfermería (limitado a 90 visitas por año) |                                                                                                                                                                  |

**Sus derechos de mantener la cobertura:** Hay organismos que pueden ayudarle si quiere mantener la cobertura después de que esta finalice. La información de contacto de esas agencias es: Ambetter Health, 1-833-543-3145 (TTY 711); Ohio Department of Insurance, 50 W. Town Street, Third Floor - Suite 300 Columbus, Ohio 43215, Phone No. 1-800-686-1526.; Administración de Seguridad de Beneficios para Empleados del Departamento de Trabajo, 1-866-444-EBSA (3272); u Programa de Plan Multiestatal de la Oficina de Gestión de Personal, <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 de Salud. 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 ayudarle si tiene un reclamo contra su [plan](#) por la denegación de una [reclamación](#). Este reclamo se denomina [queja](#) 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](#) por cualquier motivo a su [plan](#). Para

obtener más información sobre sus derechos o sobre este aviso, o si necesita ayuda, comuníquese con Ohio Department of Insurance, 50 W. Town Street, Third Floor - Suite 300 Columbus, Ohio 43215, Phone No. 1-800-686-1526.

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

La [cobertura esencial mínima](#) generalmente incluye [planes](#), [seguros de salud](#) 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 tributario para primas](#).

**¿Cumple este plan el valor mínimo estándar? No se aplica.**

Si su [plan](#) no cumple con el [valor mínimo estándar](#), es posible que sea elegible para recibir un [crédito tributario para primas](#) que le ayudará a pagar un [plan](#) en el [Mercado](#).

**Servicio de acceso a idiomas:**

Spanish (Español): Para obtener asistencia en Español, llame al 1-833-543-3145 (TTY 711).

Tagalog (Tagalog): Kung kailangan ninyo ang tulong sa Tagalog tumawag sa 1-833-543-3145 (TTY 711).

Chinese (中文): 如果需要中文的帮助, 请拨打这个号码 1-833-543-3145 (TTY 711).

Navajo (Dine): Dinek'ehgo shika at'ohwol ninisingo, kwijijigo holne' 1-833-543-3145 (TTY 711).

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

## Acerca de estos ejemplos de cobertura:



**Esta no es una herramienta de cálculo de costos.** Los tratamientos que se muestran son solo ejemplos de cómo puede este [plan](#) cubrir la atención médica. Sus costos reales pueden variar según el tratamiento real que reciba, los precios que sus [proveedores](#) cobren y muchos otros factores. Fíjese en las cantidades de [costo compartido](#) ([deducibles](#), [copagos](#) y [coseguro](#)) y en los [servicios excluidos](#) por el [plan](#). Use esta información para comparar la parte de los costos que podría pagar con los distintos [planes](#) de salud. 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> | \$3,000 |
| ■ <a href="#">Médico especialista</a> <a href="#">copago</a>    | \$60    |
| ■ Hospital (centro) <a href="#">coseguro</a>                    | 35%     |
| ■ Otro <a href="#">coseguro</a>                                 | 35%     |

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:

| Costos compartidos                 |                |
|------------------------------------|----------------|
| <a href="#">Deducibles</a>         | \$3,000        |
| <a href="#">Copagos</a>            | \$600          |
| <a href="#">Coseguro</a>           | \$1,900        |
| Lo que no está cubierto            |                |
| Límites o exclusiones              | \$60           |
| <b>El total que Peg pagaría es</b> | <b>\$5,560</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> | \$3,000 |
| ■ <a href="#">Médico especialista</a> <a href="#">copago</a>    | \$60    |
| ■ Hospital (centro) <a href="#">coseguro</a>                    | 35%     |
| ■ Otro <a href="#">coseguro</a>                                 | 35%     |

Este EJEMPLO de evento incluye servicios como:

Visitas al consultorio del [médico de atención](#)

[primaria](#) (incluye la educación sobre enfermedades)

[Exámenes de diagnóstico](#) (análisis de sangre)

[Medicamentos recetados](#)

[Equipo médico duradero](#) (glucómetro)

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

En este ejemplo, Joe pagaría:

| Costos compartidos                 |                |
|------------------------------------|----------------|
| <a href="#">Deducibles</a>         | \$3,000        |
| <a href="#">Copagos</a>            | \$800          |
| <a href="#">Coseguro</a>           | \$70           |
| Lo que no está cubierto            |                |
| Límites o exclusiones              | \$20           |
| <b>El total que Joe pagaría es</b> | <b>\$3,890</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> | \$3,000 |
| ■ <a href="#">Médico especialista</a> <a href="#">copago</a>    | \$60    |
| ■ Hospital (centro) <a href="#">coseguro</a>                    | 35%     |
| ■ Otro <a href="#">coseguro</a>                                 | 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:

| Costos compartidos                 |                |
|------------------------------------|----------------|
| <a href="#">Deducibles</a>         | \$2,300        |
| <a href="#">Copagos</a>            | \$300          |
| <a href="#">Coseguro</a>           | \$0            |
| Lo que no está cubierto            |                |
| Límites o exclusiones              | \$0            |
| <b>El total que Mia pagaría es</b> | <b>\$2,600</b> |

|            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| English    | <p>If you, or someone you're helping, have questions about any of the Ambetter Health offerings, 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're 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 for your specific Health Plan by electronic mail or by phone by referencing the Health Plan Contact Information page below.</p>                                                                                                            |
| Spanish    | <p>Si usted o alguien a quien ayuda tiene preguntas sobre cualquiera de las ofertas de Ambetter Health y no domina el inglés, tiene derecho a recibir ayuda e información en su idioma sin costo y de manera oportuna. Si usted o alguien a quien ayuda tiene una condición auditiva o visual que impide la comunicación, tiene derecho a recibir ayudas y servicios auxiliares sin costo y de manera oportuna. Para recibir servicios de traducción o auxiliares, comuníquese con Servicios para Miembros de su plan de salud específico por correo electrónico o por teléfono. Consulte la página de información de contacto del plan de salud que figura más adelante.</p>                                                                                       |
| Chinese    | <p>若您或您協助的某人對 Ambetter Health 提供的任何產品有疑問，且不熟悉英文，您有權免費以您的語言及時取得協助和資訊。若您或您協助的某人難以用聽覺和/或視覺溝通，您有權免費及時取得輔助工具和服務。若要取得翻譯或輔助服務，請參考以下的健康計畫聯絡資訊頁面，以電子郵件或電話聯絡特定健康計畫的保戶服務部。</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| Vietnamese | <p>Nếu quý vị hoặc người đang được quý vị giúp đỡ có thắc mắc về bất kỳ gói phúc lợi nào của Ambetter Health và không thông thạo Anh ngữ, quý vị có quyền nhận trợ giúp và thông tin bằng ngôn ngữ của mình một cách kịp thời và hoàn toàn miễn phí. Nếu quý vị hoặc người đang được quý vị giúp đỡ có vấn đề về thính lực và/hoặc thị lực khiến việc giao tiếp khó khăn, quý vị có quyền nhận dịch vụ và thiết bị phụ trợ một cách kịp thời và hoàn toàn miễn phí. Để nhận dịch vụ dịch thuật hoặc dịch vụ phụ trợ, vui lòng liên hệ với bộ phận Dịch Vụ Hội Viên của Chương Trình Bảo Hiểm Y Tế cụ thể của quý vị qua thư điện tử hoặc qua điện thoại bằng cách tham chiếu trang Thông Tin Liên Hệ của Chương Trình Bảo Hiểm Y Tế dưới đây.</p>                   |
| German     | <p>Wenn Sie oder eine Person, der Sie helfen, Fragen zu den Ambetter Health-Angeboten haben, jedoch kein flüssiges Englisch sprechen, sind Sie berechtigt, kostenfrei und zeitnah Hilfe und Informationen in Ihrer Sprache zu erhalten. Wenn Sie oder eine Person, der Sie helfen, an einer Hör- und/oder Sehbehinderung leiden, die die Kommunikation beeinträchtigt, sind Sie berechtigt, kostenfrei und zeitnah Hilfsmittel und Hilfsdienste zu erhalten. Um Übersetzungen oder Hilfsdienste zu erhalten, wenden Sie sich an unsere Services für Mitglieder, um Ihren individuellen Gesundheitsplan telefonisch oder per E-Mail anzufordern. Die entsprechenden Kontaktdaten finden Sie auf der folgenden Webseite mit den Kontaktdaten zum Gesundheitsplan.</p> |
| Korean     | <p>귀하 또는 귀하에게 도움을 받는 사람이 Ambetter Health 서비스에 대해 질문이 있고 영어에 능숙하지 않은 경우, 귀하는 무료로 적시에 귀하가 사용하는 언어로 도움과 정보를 받을 권리가 있습니다. 귀하 또는 귀하에게 도움을 받는 사람의 청각 및/또는 시각 장애로 인해 의사소통이 원활하지 않은 경우, 귀하는 무료로 적시에 보조 지원 및 서비스를 받을 권리가 있습니다. 번역 또는 보조 서비스를 받으려면 아래의 건강 플랜 연락처 정보 페이지를 참조하여 전자 메일 또는 전화로 특정 건강 플랜의 가입자 서비스부에 문의해 주십시오.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |

|                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
|-----------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Arabic                | <p>إذا كان لديك أو لدى شخص تساعد أسئلة حول أي من عروض Ambetter Health ولست متقنًا للغة الإنجليزية، فلديك الحق في الحصول على المساعدة والمعلومات بلغتك دون تكلفة عليك وفي الوقت المناسب. إذا كنت أنت أو شخص تساعد تعاني من حالة سمعية و/أو بصرية تحول دون التواصل، فلديك الحق في الحصول على معينات سمع وخدمات مساعدة دون تكلفة عليك وفي الوقت المناسب. للحصول على خدمات الترجمة أو الخدمات المساعدة، يرجى التواصل مع خدمات الأعضاء الخاصة بخططك الصحية عن طريق البريد الإلكتروني أو عبر الهاتف من خلال الرجوع إلى صفحة معلومات الاتصال بالخطوة الصحية أدناه.</p>                                                                                                                                                                                                                               |
| Serbo-Croatian        | <p>Ako vi ili neko kome pomažete imate pitanja o bilo kojoj od ponuda od Ambetter Health, a ne govorite dobro engleski, imate pravo da besplatno i pravovremeno dobijete pomoć i informacije na svom jeziku. Ako vi ili neko kome pomažete imate problema sa sluhom i/ili vidom što ometa komunikaciju, imate pravo da besplatno i pravovremeno dobijete dodatna pomagala i usluge. Da biste dobili prevod ili dodatne usluge, kontaktirajte Službu za članove za vaš određeni zdravstveni plan putem elektronske pošte ili telefonom pozivajući se na stranicu sa kontakt informacijama zdravstvenog plana u nastavku.</p>                                                                                                                                                                   |
| French                | <p>Si vous, ou une personne que vous aidez, avez des questions sur l'une des offres d'Ambetter Health et que vous ne maîtrisez pas l'anglais, vous avez le droit d'obtenir de l'aide et des informations dans votre langue, gratuitement et dans les meilleurs délais. Si vous, ou une personne que vous aidez, souffrez d'un trouble auditif et/ou visuel qui entrave la communication, vous avez le droit de bénéficier d'aides et de services auxiliaires gratuitement et dans les meilleurs délais. Pour bénéficier de services de traduction ou de services auxiliaires, veuillez contacter le service adhérents de votre régime d'assurance maladie par courrier électronique ou par téléphone en vous référant à la page des coordonnées du régime d'assurance maladie ci-dessous.</p> |
| Pennsylvania<br>Dutch | <p>Wann du, odder epper der du helpscht, hen Frooge iwwer die Ambetter Health Offerings, un sin net gut in Englisch, du hoscht die Recht um Hilfe un Information zu griege in die Schprooch mitaus Koscht un in en zeitliche Manner. Wann du, odder epper der du helpscht, hen en Auditory un/odder Sehlich Condition die schtoppt Communication, du hoscht die Recht um Auxiliary Aids un Services zu griege mitaus Koscht un in en zeitliche Manner. Um Iwwersetzung odder Auxiliary Services zu griege, sei so gut un contacte Member Services fer dei abbaddiche Health Plan bei Electronic Mail odder bei Phone bei noochgucke die Health Plan Contact Information Blatt donunner.</p>                                                                                                   |
| Burmese               | <p>သင် သို့မဟုတ် သင်ကူညီပေးနေသည့်တစ်စုံတစ်ဦးတွင် Ambetter Health က စီစဉ်ပေးလျက်ရှိသည့်အရာတစ်ခုခုအကြောင်း မေးမြန်းလိုသည်များရှိပြီး အင်္ဂလိပ်ဘာသာစကားကို မကျွမ်းကျင်ပါက သင်သည် အကူအညီနှင့် အချက်အလက်များကို အခကြေးငွေမကုန်ကျဘဲ သင့်ဘာသာစကားဖြင့် အချိန်မီ ရယူပိုင်ခွင့်ရှိပါသည်။ သင် သို့မဟုတ် သင်ကူညီနေသူတစ်စုံတစ်ဦးတွင် ပြောဆိုဆက်သွယ်မှုကို အဟန့်အတားဖြစ်စေသည့် အကြားအာရုံ နှင့်/သို့မဟုတ် အမြင်အာရုံဆိုင်ရာ အခြေအနေရှိပါက သင်သည် အကူကိရိယာများနှင့် ဝန်ဆောင်မှုများကို အခကြေးငွေမကုန်ကျဘဲ အချိန်မီ ရယူပိုင်ခွင့်ရှိပါသည်။ ဘာသာပြန် သို့မဟုတ် အကူဝန်ဆောင်မှုများကို ရယူရန်၊ အောက်ရှိ ကျန်းမာရေးအစီအစဉ်၏ ဆက်သွယ်ရန်အချက်အလက် စာမျက်နှာကို ကိုးကားခြင်းဖြင့် သင်၏ သီးခြား ကျန်းမာရေးအစီအစဉ်အတွက် အဖွဲ့ဝင်ဝန်ဆောင်မှုများသို့ အီလက်ထရောနစ်မေးလ်ဖြင့်ဖြစ်စေ၊ ဖုန်းဖြင့်ဖြစ်စေ ဆက်သွယ်ပါ။</p>    |

|          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|----------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Gujarati | <p>જો તમે અથવા તમે જેને મદદ કરી રહ્યા છો તે વ્યક્તિને કોઈપણ Ambetter Health ઓફિસિંગ વિશે પ્રશ્નો હોય અને અંગ્રેજીમાં નિપુણતા ન હોય, તો તમને તમારી ભાષામાં વિના મૂલ્યે અને સમયસર મદદ અને માહિતી મેળવવાનો અધિકાર છે. જો તમે અથવા તમે જેને મદદ કરી રહ્યા છો તે વ્યક્તિ, શ્રાવ્ય અને/અથવા દૃશ્ય સ્થિતિ ધરાવતા હોય જે સંદેશાવ્યવહારને અવરોધે છે, તો તમને સહાયક સહાય અને સેવાઓ વિના મૂલ્યે અને સમયસર પ્રાપ્ત કરવાનો અધિકાર છે. અનુવાદ અથવા સહાયક સેવાઓ પ્રાપ્ત કરવા માટે, કૃપા કરીને તમારા વિશિષ્ટ આરોગ્ય પ્લાન માટેની સભ્ય સેવાઓનો ઇલેક્ટ્રોનિક મેઇલ દ્વારા અથવા નીચે આપેલા આરોગ્ય પ્લાન સંપર્ક માહિતી પૃષ્ઠનો સંદર્ભ લઈને ફોન દ્વારા સંપર્ક કરો.</p>                                                                                                                                                                                                                                                |
| Russian  | <p>Если у вас или человека, которому вы помогаете, есть вопросы о каком-либо предложении Ambetter Health и вы не владеете английским языком, у вас есть право получить бесплатную и своевременную помощь и информацию на вашем языке. Если у вас или человека, которому вы помогаете, есть нарушения слуха и/или зрения, мешающие коммуникации, вы имеете право на бесплатное и своевременное получение вспомогательных средств и услуг. Чтобы получить услуги перевода или вспомогательные услуги, обратитесь в отдел обслуживания участников конкретного плана медицинского страхования по электронной почте или по телефону, воспользовавшись информацией на странице с контактными данными плана медицинского страхования ниже.</p>                                                                                                                                                         |
| Choctaw  | <p>Pokolh chi hattak, micha pisa hattak yakni, imahlbokma li kash chi shpisa akocha chi illi Ambetter Health ofings, hokmi micha pisa ayyokma yvt micha biskakcha hattak, li chi hattak chi tok opali, micha tukmvt li chahta ahofa chash hattak, micha isht ikbi chokma mvmchi hokma micha yvt ayyokma chokma li kash chi hóchifo, micha akocha mvmchi chokma chi micha yakni toklo chahta ahofa, micha kash chi yvt. Chishno kiyokmat kanah kiya ish apíla ká, ishit haklo hicha/cho ishit pisa ayína ká, isht ataklama átokósh annopa ik akostiníchoh okmá ná isht apíla yómiká ish íshi áhjna kat chim áyalhpísah, ná ahíka iksho ikmat chikkósi atahlá híliah. Maashatinaa anumpuliha hattak pisa ayyokvsat, micha tukmvt hattak ili hattak chokma falusaat ahofa, hokmi biskakcha hattak micha tukmvt hattak ili tukmvt ahofa, falusaat okchifo pisa, toklo paali tukmvt ahofa yakni.</p> |
| Tagalog  | <p>Kung ikaw o ang isang tao na tinutulungan mo, ay may mga tanong tungkol sa alinman sa mga ino-offer ng Ambetter Health, at hindi mahusay sa Ingles, may karapatan kang makakuha ng libre at nasa oras na tulong at impormasyon nang nasa iyong wika. Kung ikaw o ang isang tao na tinutulungan mo, ay may kondisyon sa pandinig at/o paningin na nakakahadlang sa komunikasyon, may karapatan kang tumanggap ng libre at nasa oras na mga karagdagang tulong at serbisyo. Para makatanggap ng mga serbisyo para sa pagsasalin-wika o karagdagang serbisyo, mangyaring makipag-ugnayan sa Mga Serbisyo sa Miyembro para sa iyong partikular na Planong Pangkalusugan sa pamamagitan ng elektronikong mail o telepono sa pamamagitan ng pagsangguni sa page ng Impormasyon sa Pakikipag-ugnayan ng Planong Pangkalusugan na nasa ibaba.</p>                                                    |
| Amharic  | <p>እርስዎ፣ ወይም እርስዎ እየረዱት ያለ ሰው፣ ስለ ማንኛውም የAmbetter Health አቅርቦቶች ጥያቄዎች ካላችሁ፣ እና በእንግሊዘኛ ማውራት የሚያስችሎችሁ ከሆነ፣ በቋንቋዎ ያለ ምንም ወጪ እና በጊዜው እርዳታ እና መረጃ የማግኘት መብት አላችሁ። እርስዎ፣ ወይም እርስዎ እየረዱት ያለ ሰው፣ ለመግባባት እንቅፋት የሚፈጥር የመስማት እና/ወይም የእይታ ችግር ካላችሁ፣ ኢንፎር ማሳሰቢያዎችን እና አገልግሎቶችን ያለ ምንም ወጪ እና በጊዜው የማግኘት መብት አላችሁ። የትርጉም ወይም ኢንፎር አገልግሎቶችን ለማግኘት፣ እባክዎን ለተለየ የጤና አቅድ የአባላት አገልግሎቶችን በኤሌክትሮኒካዊ መልእክት ወይም በስልክ ከዚህ በታች ያለውን የጤና አቅድ የእውቂያ መረጃን በመጥቀስ ያነጋግሩ።</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |

|               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
|---------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Hindi         | <p>यदि आपको, या आप जिनकी मदद कर रहे हैं, उनको Ambetter Health के किसी भी ऑफर के बारे में कोई सवाल पूछना है, और आप या वे अंग्रेजी को पूरी तरह से समझ नहीं पाते हैं, तो आपको बिना किसी शुल्क के और सही समय पर अपनी भाषा में मदद और जानकारी प्राप्त करने का अधिकार है। यदि आपको, या आप जिनकी मदद कर रहे हैं, उनको सुनने और/या देखने में कोई ऐसी समस्या है, जिससे संचार में बाधा पड़ती है, तो आपको बिना किसी शुल्क के और सही समय पर संबंधित सहायक से मदद और सेवाएँ प्राप्त करने का अधिकार है। अनुवाद या संबंधित सहायक से सेवाएँ प्राप्त करने के लिए, कृपया नीचे दिए गए स्वास्थ्य योजना संपर्क सूचना पेज की sssरेफरेंस देते हुए, इलेक्ट्रॉनिक मेल या फोन द्वारा अपनी विशेष स्वास्थ्य योजना के लिए सदस्य सेवाओं से संपर्क करें।</p> |
| Cushite       | <p>Yoo isin yookiin namni isin gargaaraa jirtan, waa'ee dhiyeessii Ambetter Health gaaffii qabaattan, akkasumas dandeettii afaan Ingiliffaa hin qabdan ta'e, gargaarsaa fi odeeffannoo afaan keessaniin baasii tokko malee argachuuf mirga qabdu. Yoo isin yookiin namni isin gargaaraa jirtan, rakkoo dhageettii fi/yookiin agartuu waliin dubbiif hin mijanne qabaattan, gargaarsaa fi tajaajilawwan gargaaraa baasii tokko malee argachuuf mirga qabdu. Tajaajila hiikkaa afaanii yookiin gargaaraa argachuuf, maaloo Tajaajiloota Miseensaa (Member Services) Karoora Fayyaa addaa keessaniif poostaa elektiroonikii yookiin bilbilaan fuula Odeeffannoo Quunnamtii Karoora Fayyaa armaan gadii qunnamaa.</p>             |
| French Creole | <p>Si oumenm, oswa yon moun w ap ede, gen kesyon sou youn nan òf Ambetter Health yo epi ou pa pale anglè, ou gen dwa pou jwenn èd ak enfòmasyon nan lang ou gratis epi alè. Si oumenm oswa yon moun w ap ede, gen pwoblèm pou tande ak/oswa vizyon ki anpeche kominikasyon, ou gen dwa pou resevwa èd ak sèvis oksilyè gratis epi alè. Pou resevwa sèvis tradiksyon oswa oksilyè, tanpri kontakte Sèvis Manm plan sante w la pa imèl oswa pa telefòn pandan w ap sèvi avèk paj enfòmasyon kontak plan sante ki anba a.</p>                                                                                                                                                                                                    |
| Japanese      | <p>あなたやあなたがサポートしている誰かが、Ambetter Health が提供するサービスについて質問することを希望していて、英語が堪能でない場合、ご自分の言語で無料かつタイムリーにサポートや情報を得る権利があります。あなたやあなたがサポートしている誰かが、コミュニケーションに支障がある聴覚障害や視覚障害をお持ちの場合、無料かつタイムリーに補助的な支援手段及びサービスを受ける権利があります。翻訳または補助的なサービスを受けるには、以下のヘルスプラン連絡先情報ページを参照して、メールまたは電話で特定のヘルスプランのメンバーサービスにお問い合わせください。</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| Italian       | <p>Se lei, o qualcuno che sta aiutando, ha domande su una qualsiasi delle offerte di Ambetter Health, e non parla fluentemente inglese, ha il diritto di ottenere assistenza e informazioni nella sua lingua gratuitamente e in tempi rapidi. Se lei, o qualcuno che sta aiutando, ha una condizione uditiva e/o visiva che impedisce la comunicazione, ha il diritto di ricevere sostegni e servizi ausiliari gratuitamente e in tempi rapidi. Per ricevere i servizi di traduzione o ausiliari, contatti i Servizi per i membri del suo Piano sanitario specifico tramite posta elettronica o telefono, facendo riferimento alla pagina delle Informazioni di contatto del piano sanitario indicata di seguito.</p>         |

|            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
|------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Panjabi    | <p>ਜੇ ਤੁਹਾਡੇ, ਜਾਂ ਤੁਹਾਡੀ ਸਹਾਇਤਾ ਕਰ ਰਹੇ ਕਿਸੇ ਵੀ ਵਿਅਕਤੀ ਦੇ Ambetter Health ਦੀਆਂ ਪੇਸ਼ਕਸ਼ਾਂ ਬਾਰੇ ਕੋਈ ਸਵਾਲ ਹਨ, ਅਤੇ ਤੁਸੀਂ ਅੰਗਰੇਜ਼ੀ ਵਿੱਚ ਨਿਪੁੰਨ ਨਹੀਂ ਹੋ, ਤਾਂ ਤੁਹਾਨੂੰ ਤੁਹਾਡੀ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਬਿਨਾਂ ਕਿਸੇ ਲਾਗਤ ਦੇ ਅਤੇ ਸਮੇਂ ਸਿਰ ਸਹਾਇਤਾ ਅਤੇ ਜਾਣਕਾਰੀ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰਨ ਦਾ ਅਧਿਕਾਰ ਹੈ। ਜੇ ਤੁਹਾਨੂੰ, ਜਾਂ ਤੁਹਾਡੀ ਸਹਾਇਤਾ ਕਰ ਰਹੇ ਕਿਸੇ ਵੀ ਵਿਅਕਤੀ ਨੂੰ ਸੁਣਨ ਅਤੇ/ਜਾਂ ਨਜ਼ਰ ਸੰਬੰਧੀ ਕੋਈ ਸਮੱਸਿਆ ਹੈ ਜਿਸ ਕਾਰਨ ਸੰਚਾਰ ਵਿੱਚ ਰੁਕਾਵਟ ਪੈਂਦੀ ਹੋਵੇ, ਤਾਂ ਤੁਹਾਨੂੰ ਬਿਨਾਂ ਕਿਸੇ ਲਾਗਤ ਅਤੇ ਸਮੇਂ ਸਿਰ ਸਹਾਇਕ ਉਪਕਰਨ ਅਤੇ ਸੇਵਾਵਾਂ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰਨ ਦਾ ਅਧਿਕਾਰ ਹੈ। ਅਨੁਵਾਦ ਜਾਂ ਸਹਾਇਕ ਉਪਕਰਨ ਸੰਬੰਧੀ ਸੇਵਾਵਾਂ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰਨ ਲਈ, ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਹੇਠਾਂ ਦਿੱਤੇ ਸਿਹਤ ਪਲਾਨ ਦੇ ਸੰਪਰਕ ਜਾਣਕਾਰੀ ਵਾਲੇ ਪੰਨੇ 'ਤੇ ਜਾ ਕੇ ਇਲੈਕਟ੍ਰਾਨਿਕ ਮੇਲ ਰਾਹੀਂ ਜਾਂ ਫੋਨ ਰਾਹੀਂ ਤੁਹਾਡੇ ਵਿਸ਼ੇਸ਼ ਸਿਹਤ ਪਲਾਨ ਲਈ ਮੈਂਬਰ ਸੇਵਾਵਾਂ ਨਾਲ ਸੰਪਰਕ ਕਰੋ।</p> |
| Portuguese | <p>Se tiver dúvidas sobre as ofertas da Ambetter Health (ou se alguém que está a ajudar as tiver) e não for proficiente em inglês, tem o direito de obter ajuda e informações no respetivo idioma sem custos e de modo oportuno. Se tiver problemas auditivos e/ou visuais que impeçam a comunicação (ou se alguém que está a ajudar os tiver), tem o direito de receber apoio e serviços auxiliares sem custos e de modo oportuno. Para receber serviços de tradução ou de apoio auxiliar, contacte os Serviços para Membros do seu Plano de Saúde específico por e-mail ou por telefone. Consulte os Dados de Contacto do Plano de Saúde na página abaixo.</p>                                                        |
| Persian    | <p>اگر شما یا کسی که به او کمک می کنید، سوالی درباره هر یک از خدمات Ambetter Health دارید و به انگلیسی تسلط کافی ندارید، این حق را دارید که به صورت رایگان و به موقع، کمک و اطلاعات را به زبان خودتان دریافت کنید. اگر شما یا کسی که به او کمک می کنید، مشکل شنوایی و/یا بینایی دارید که مانع ارتباط می شود، این حق را دارید که به صورت رایگان و به موقع، خدمات و کمک های جانی مربوطه را دریافت کنید. برای دریافت ترجمه یا خدمات جانی، لطفاً بر اساس اطلاعات درج شده در صفحه «اطلاعات تماس طرح سلامت» در زیر، از طریق ایمیل یا تلفن با بخش اعضای طرح سلامت خود تماس بگیرید.</p>                                                                                                                                         |
| Ukrainian  | <p>Якщо у вас або в людини, якій ви допомагаєте, є запитання про якусь із пропозицій Ambetter Health і ви не володієте англійською мовою, ви маєте право отримати безкоштовну і своєчасну допомогу й інформацію вашою мовою. Якщо у вас або в людини, якій ви допомагаєте, є порушення слуху і/або зору, що перешкоджають спілкуванню, ви маєте право на безкоштовне та своєчасне отримання допоміжних засобів і послуг. Щоб отримати переклад або допоміжні послуги, зв'яжіться з відділом обслуговування учасників конкретного плану медичного страхування електронною поштою або телефоном. Контактну інформацію наведено на відповідній сторінці плану медичного страхування нижче.</p>                             |
| Dutch      | <p>Als u, of iemand die u helpt, vragen heeft over een van de Ambetter Health-aanbiedingen maar geen Engels spreekt, heeft u het recht om op tijd en gratis informatie te krijgen in uw eigen taal. Als u, of iemand die u helpt, problemen heeft met horen of zien waardoor er problemen zijn met communiceren, heeft u het recht om gratis en op tijd extra hulp en diensten te ontvangen. Als u een vertaling of extra diensten nodig heeft, kunt u per e-mail of per telefoon contact opnemen met de Klantenservice van uw specifieke ziektekostenverzekering via de onderstaande pagina met contactgegevens van die ziektekostenverzekering.</p>                                                                   |

|                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
|-----------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Romanian</b>             | <p>Dacă dvs. sau o persoană pe care o ajutați aveți întrebări cu privire la oricare dintre ofertele Ambetter Health și nu sunteți cunoscător al limbii engleze, puteți obține ajutor și informații în limba dvs., în timp util și fără niciun cost. Dacă dumneavoastră sau o persoană pe care o ajutați suferiți de o afecțiune auditivă și/sau vizuală care vă împiedică să comunicați, aveți dreptul de a primi asistență și alte servicii auxiliare în timp util și fără niciun cost. Pentru a beneficia de servicii de traducere sau de alte servicii de auxiliare, vă rugăm să contactați Serviciile pentru membri, pentru planul dumneavoastră specific de sănătate, prin e-mail sau telefonic, accesând pagina de informații de contact a planului de sănătate de mai jos.</p> |
| <b>Mon-Khmer, Cambodian</b> | <p>ប្រសិនបើអ្នក ឬនរណាម្នាក់ដែលអ្នកកំពុងជួយ មានសំណួរអំពីការផ្តល់ជូនរបស់ Ambetter Health ណាមួយ និងមិនមានជំនាញភាសាអង់គ្លេស អ្នកមានសិទ្ធិទទួលបានជំនួយ និងព័ត៌មានជាភាសារបស់អ្នកដោយឥតគិតថ្លៃ និងទាន់ពេលវេលា។ ប្រសិនបើអ្នក ឬនរណាម្នាក់ដែលអ្នកកំពុងជួយ មានបញ្ហាក្រចៀក និង/ឬភ្នែក ដែលបង្កជាឧបសគ្គដល់ការប្រាស្រ័យទាក់ទង អ្នកមានសិទ្ធិទទួលបានជំនួយ និងសេវាកម្មជំនួយដោយឥតគិតថ្លៃ និងទាន់ពេលវេលា។ ដើម្បីទទួលបានការបកប្រែ ឬសេវាកម្មជំនួយ សូមទាក់ទងផ្នែកសេវាបម្រើសមាជិកសម្រាប់គម្រោងសុខភាពជាក់លាក់របស់អ្នកតាមរយៈសំបុត្រ ឬតាមទូរសព្ទដោយយោងតាមទំព័រព័ត៌មានទំនាក់ទំនងគម្រោងសុខភាពខាងក្រោម។</p>                                                                                                                                                                                                          |

AMB24-AHS-C-00084

Ambetter Health is the brand name used for products and services provided by one or more of the wholly owned subsidiaries of Centene Corporation, who are issuers in the states indicated at [AmbetterHealth.com](https://www.AmbetterHealth.com). Health benefits and health insurance plans contain exclusions and limitations. This is a solicitation for insurance © Copyright 2024 Centene Corporation, [centene.com](https://www.centene.com). All rights reserved. If you, or someone you're helping, have questions about any of the Ambetter Health offerings, 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're 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 the Member Services for your specific Health Plan by electronic mail or by phone by referencing the Health Plan Contact Information located at the state-specific link on [AmbetterHealth.com](https://www.AmbetterHealth.com). For more information on your right to receive an Ambetter Health Plan free of discrimination, or your right to receive language, auditory and/or visual assistance services, please visit [AmbetterHealth.com](https://www.AmbetterHealth.com) and scroll to the bottom of the page.



## We are Just a Phone Call Away

| GEORGIA                                                                                                                                                           | INDIANA                                                                                                                                                           |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Plan Type:</b> EPO                                                                                                                                             | <b>Plan Type:</b> EPO and PPO                                                                                                                                     |
| <b>URL:</b> AmbetterHealth.com                                                                                                                                    | <b>URL:</b> AmbetterHealth.com                                                                                                                                    |
| <b>Member Services Phone #:</b> 1-833-543-3145 (TTY 711)                                                                                                          | <b>Member Services Phone #:</b> 1-833-543-3145 (TTY 711)                                                                                                          |
| <b>Grievance Procedure Email:</b><br><a href="mailto:ambetter_centralized_grievances_appeals@centene.com">ambetter_centralized_grievances_appeals@centene.com</a> | <b>Grievance Procedure Email:</b><br><a href="mailto:ambetter_centralized_grievances_appeals@centene.com">ambetter_centralized_grievances_appeals@centene.com</a> |
| <b>Grievance Procedure Phone #:</b> 1-833-543-3145 (TTY 711)                                                                                                      | <b>Grievance Procedure Phone #:</b> 1-833-543-3145 (TTY 711)                                                                                                      |
| <b>Underwriter:</b> Peach State Health Plan                                                                                                                       | <b>Underwriter:</b> Celtic Insurance Company                                                                                                                      |
| <b>Copyright:</b> Ambetter Health is underwritten by Peach State Health Plan. ©2025 Peach State Health Plan, AmbetterHealth.com.                                  | <b>Copyright:</b> Ambetter Health is underwritten by Celtic Insurance Company. ©2025 Celtic Insurance Company, AmbetterHealth.com.                                |

| MISSISSIPPI                                                                                                                                                       | MISSOURI                                                                                                                                                          |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Plan Type:</b> EPO                                                                                                                                             | <b>Plan Type:</b> EPO and PPO                                                                                                                                     |
| <b>URL:</b> AmbetterHealth.com                                                                                                                                    | <b>URL:</b> AmbetterHealth.com                                                                                                                                    |
| <b>Member Services Phone #:</b> 1-833-543-3145 (TTY 711)                                                                                                          | <b>Member Services Phone #:</b> 1-833-543-3145 (TTY 711)                                                                                                          |
| <b>Grievance Procedure Email:</b><br><a href="mailto:ambetter_centralized_grievances_appeals@centene.com">ambetter_centralized_grievances_appeals@centene.com</a> | <b>Grievance Procedure Email:</b><br><a href="mailto:ambetter_centralized_grievances_appeals@centene.com">ambetter_centralized_grievances_appeals@centene.com</a> |
| <b>Grievance Procedure Phone #:</b> 1-833-543-3145 (TTY 711)                                                                                                      | <b>Grievance Procedure Phone #:</b> 1-833-543-3145 (TTY 711)                                                                                                      |
| <b>Underwriter:</b> Celtic Insurance Company                                                                                                                      | <b>Underwriter:</b> Bankers Reserve Life Insurance Co.                                                                                                            |
| <b>Copyright:</b> Ambetter Health is underwritten by Celtic Insurance Company. ©2025 Celtic Insurance Company, AmbetterHealth.com.                                | <b>Copyright:</b> Ambetter Health is underwritten by Bankers Reserve Life Insurance Co. ©2025 Bankers Reserve Life Insurance Co., AmbetterHealth.com.             |

| OHIO                                                                                                                                                                        | SOUTH CAROLINA                                                                                                                                                    |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Plan Type:</b> HMO                                                                                                                                                       | <b>Plan Type:</b> EPO                                                                                                                                             |
| <b>URL:</b> AmbetterHealth.com                                                                                                                                              | <b>URL:</b> AmbetterHealth.com                                                                                                                                    |
| <b>Member Services Phone #:</b> 1-833-543-3145 (TTY 711)                                                                                                                    | <b>Member Services Phone #:</b> 1-833-543-3145 (TTY 711)                                                                                                          |
| <b>Grievance Procedure Email:</b><br><a href="mailto:ambetter_centralized_grievances_appeals@centene.com">ambetter_centralized_grievances_appeals@centene.com</a>           | <b>Grievance Procedure Email:</b><br><a href="mailto:ambetter_centralized_grievances_appeals@centene.com">ambetter_centralized_grievances_appeals@centene.com</a> |
| <b>Grievance Procedure Phone #:</b> 1-833-543-3145 (TTY 711)                                                                                                                | <b>Grievance Procedure Phone #:</b> 1-833-543-3145 (TTY 711)                                                                                                      |
| <b>Underwriter:</b> Buckeye Health Plan Community Solutions, Inc.                                                                                                           | <b>Underwriter:</b> Celtic Insurance Company                                                                                                                      |
| <b>Copyright:</b> Ambetter Health is underwritten by Buckeye Health Plan Community Solutions, Inc. ©2025 Buckeye Health Plan Community Solutions, Inc., AmbetterHealth.com. | <b>Copyright:</b> Ambetter Health is underwritten by Celtic Insurance Company. ©2025 Celtic Insurance Company, AmbetterHealth.com.                                |