



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://ambetter-es.nebraskatotalcare.com/2025-brochures.html> o llame al 1-833-890-0329 (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 1-833-890-0329 (TTY 711) para pedir una copia.

| Preguntas importantes | Respuestas | Por qué es importante: |
|---|--|--|
| ¿Cuánto es el <u>deducible</u> total? | \$0 con un <u>proveedor</u> de atención de salud indígena (IHCP) o con una <u>remisión</u> de un IHCP para consultar a un proveedor que no sea IHCP; o \$900 por miembro/\$1,800 por familia | En general, debe pagar todos los costos de los proveedores hasta la cantidad <u>deducible</u> antes de que este <u>plan</u> comience a pagar. Si tiene otros familiares en el <u>plan</u> , cada familiar debe satisfacer su propio <u>deducible</u> individual hasta que la cantidad total de gasto <u>deducibles</u> pagados por todos los familiares satisfagan el <u>deducible</u> familiar total. |
| ¿Hay servicios cubiertos antes de alcanzar su <u>deducible</u> ? | Sí. Los servicios de <u>atención preventiva</u> , de atención primaria, los médicos especialistas y las consultas de <u>atención de urgencia</u> y ciertos medicamentos recetados están cubiertos antes de que alcance su <u>deducible</u> (ver información adicional a continuación). | Este <u>plan</u> cubre algunos productos y servicios aunque aún no haya alcanzado la cantidad del <u>deducible</u> . Sin embargo, se podría aplicar un <u>copago</u> o un <u>coseguro</u> . Por ejemplo, este <u>plan</u> cubre ciertos <u>servicios preventivos</u> sin <u>costos compartidos</u> antes de que alcance su <u>deducible</u> . Consulte una lista de <u>servicios preventivos</u> cubiertos en https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/ . |
| ¿Hay otros <u>deducibles</u> para servicios específicos? | No. | No debe pagar <u>deducibles</u> por servicios específicos. |
| ¿Cuánto es el <u>límite de gastos de bolsillo</u> para este <u>plan</u> ? | Para atención de <u>proveedores de la red</u> : \$8,400 por miembro/\$16,800 por familia. No se aplica a <u>proveedores fuera de la red</u> . | El <u>límite de gastos de bolsillo</u> es lo máximo que puede pagar en un año por servicios cubiertos. Si otros miembros de su familia pertenecen a este <u>plan</u> , estos tienen que alcanzar sus propios <u>límites de gastos de bolsillo</u> hasta que se alcance el <u>límite de gastos de bolsillo</u> general de la familia. |
| ¿Qué es lo que no está incluido en el <u>límite de gastos de bolsillo</u> ? | <u>Primas</u> , cargos de <u>facturación de saldo</u> , multas por no obtener <u>autorización previa</u> para los servicios y atención de salud que este <u>plan</u> no cubre. | Aunque pague estos gastos, no cuentan para el <u>límite de gastos de bolsillo</u> . |
| ¿Pagará menos si acude a un <u>proveedor de la red</u> ? | Sí. Visite https://ambetter.nebraskatotalcare.com/findadoc o llame al 1-833-890-0329 (TTY 711) para obtener una lista de <u>proveedores de la red</u> . | Este <u>plan</u> utiliza una <u>red</u> de <u>proveedores</u> . Pagará menos si usa un <u>proveedor</u> que esté incluido en la <u>red</u> del <u>plan</u> . Pagará más si acude a un <u>proveedor fuera de la red</u> , y es posible que reciba una factura de un <u>proveedor</u> por la diferencia entre el cargo del <u>proveedor</u> y lo que su <u>plan</u> paga (<u>facturación de saldo</u>). Tenga en cuenta que su <u>proveedor de la red</u> puede usar un <u>proveedor fuera de la red</u> para algunos servicios (como análisis de laboratorio). Consulte con su <u>proveedor</u> antes de recibir los servicios. |

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



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

| Circunstancia médica común | Servicios que podría necesitar | Lo que usted pagará | | | Limitaciones, excepciones y otra información importante |
|---|---|---|--|--|---|
| | | Proveedor de atención de salud indígena (IHCP) (usted pagará el mínimo) | Proveedor de la red que no brinda atención de salud indígena (Non-IHCP) (usted pagará más) | Proveedor fuera de la red que no brinda atención de salud indígena (Non-IHCP) (usted pagará el máximo) | |
| Si acude al consultorio o clínica del proveedor | Consulta con su médico de atención primaria para tratar una afección o lesión | Sin cargo. | \$25 Copago / visita; deducible 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 proveedor de telesalud designado de Ambetter están cubiertas Sin Cargo, los proveedores cuentan con cobertura completa y no se aplica deducible . Sin costo compartido para consultar a un proveedor que no sea IHCP con remisión de un IHCP. |
| | Consulta con un especialista | Sin cargo. | \$60 Copago / visita; deducible no se aplica | Sin cobertura | Ninguno Sin costo compartido para consultar a un proveedor que no sea IHCP con remisión de un IHCP. |
| | Atención preventiva/exámenes /vacunas | Sin cargo. | Sin cargo; deducible no se aplica | Sin cobertura | Es posible que tenga que pagar por los servicios que no son preventivos. Consulte a su proveedor si los servicios que necesita son preventivos y luego verifique qué es lo que pagará el plan . |
| Si se realiza un examen | Exámenes de diagnóstico (radiografías, análisis de sangre) | Sin cargo. | 30% Coseguro para servicios profesionales y de laboratorio 30% Coseguro para diagnóstico por imágenes y radiografías 30% Coseguro para servicios de laboratorio y profesionales, y | 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. Si no obtiene una autorización previa para los servicios que la requieran, eso dará lugar al rechazo de los beneficios. Sin costo compartido para consultar a un proveedor que no sea IHCP con remisión de un IHCP. |

| Circunstancia médica común | Servicios que podría necesitar | Lo que usted pagará | | | Limitaciones, excepciones y otra información importante |
|--|--|---|--|--|--|
| | | Proveedor de atención de salud indígena (IHCP) (usted pagará el mínimo) | Proveedor de la red que no brinda atención de salud indígena (Non-IHCP) (usted pagará más) | Proveedor fuera de la red que no brinda atención de salud indígena (Non-IHCP) (usted pagará el máximo) | |
| | | | radiografías y diagnóstico por imágenes en otros lugares de servicio | | |
| Si se realiza un examen | Diagnóstico por imágenes (tomografía computarizada (CT)/tomografía por emisión de positrones (PET), imágenes por resonancia magnética (MRI)) | Sin cargo. | 30% Coseguro | Sin cobertura | Se podría requerir una autorización previa. Cubierto sin límite. Sin costo compartido para consultar a un proveedor que no sea IHCP con remisión de un IHCP. |
| Si necesita un medicamento para tratar su enfermedad o condición médica Hay más información disponible sobre la cobertura de medicamentos recetados en https://ambetter.nebraskatotalcare.com/2025/formulary . | Medicamentos genéricos | Sin cargo. | Nivel 1a: Venta minorista de medicamentos genéricos preferidos: \$3 Copago / receta; deducible no se aplica Nivel 1b: Venta minorista de medicamentos genéricos: \$15 Copago / receta; deducible 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 costo compartido 2.5 veces mayor que el de venta minorista. Sin costo compartido para consultar a un proveedor que no sea IHCP con remisión de un IHCP. |
| | Medicamentos de marca preferidos | Sin cargo. | Nivel 2: Venta minorista: \$40 Copago / receta; deducible 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 |

| Circunstancia médica común | Servicios que podría necesitar | Lo que usted pagará | | | Limitaciones, excepciones y otra información importante |
|--|---|---|--|--|---|
| | | Proveedor de atención de salud indígena (IHCP) (usted pagará el mínimo) | Proveedor de la red que no brinda atención de salud indígena (Non-IHCP) (usted pagará más) | Proveedor fuera de la red que no brinda atención de salud indígena (Non-IHCP) (usted pagará el máximo) | |
| | Medicamentos de marca no preferidos y genéricos no preferidos | Sin cargo. | Nivel 3: Venta minorista: 45% Coseguro | Sin cobertura | servicios de compra por correo. Las compras por correo están sujetas a un monto de costo compartido 2.5 veces mayor que el de venta minorista. Sin costo compartido para consultar a un proveedor que no sea IHCP con remisión de un IHCP. |
| Si necesita un medicamento para tratar su enfermedad o condición médica Hay más información disponible sobre la cobertura de medicamentos recetados en https://ambetter.nebraskatotalcare.com/2025/formulary . | Medicamentos de especialidad | Sin cargo. | Nivel 4: Venta minorista: 50% Coseguro | 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 30 días a través de los servicios de compra por correo. Sin costo compartido para consultar a un proveedor que no sea IHCP con remisión de un IHCP. |
| Si le hacen una cirugía ambulatoria | Tarifa del centro (p. ej., centro de cirugía ambulatoria) | Sin cargo. | 30% Coseguro | Sin cobertura | Se podría requerir una autorización previa. Cubierto sin límite. Sin costo compartido para consultar a un proveedor que no sea IHCP con remisión de un IHCP. |
| | Tarifas del médico/cirujano | Sin cargo. | 30% Coseguro | Sin cobertura | Se podría requerir una autorización previa. Cubierto sin límite. Sin costo compartido para consultar a un proveedor que no sea IHCP con remisión de un IHCP. |
| Si necesita atención médica inmediata | Atención en la sala de emergencias | Sin cargo. | 30% Coseguro | 30% Coseguro | Ninguno Sin costo compartido para consultar a un proveedor que no sea IHCP conremisión de un IHCP. |
| | Transporte médico de emergencia | Sin cargo. | 30% Coseguro | 30% Coseguro | Cubierto sin límite. Nota: No se requiere autorización previa para el transporte de |

| Circunstancia médica común | Servicios que podría necesitar | Lo que usted pagará | | | Limitaciones, excepciones y otra información importante |
|---|---|---|--|--|---|
| | | Proveedor de atención de salud indígena (IHCP) (usted pagará el mínimo) | Proveedor de la red que no brinda atención de salud indígena (Non-IHCP) (usted pagará más) | Proveedor fuera de la red que no brinda atención de salud indígena (Non-IHCP) (usted pagará el máximo) | |
| | | | | | emergencia. Sin embargo, todo transporte que no sea de emergencia requiere autorización previa. Si recibe servicios de un proveedor de ambulancia terrestre o acuática fuera de la red , es posible que deba pagar una facturación de saldo . Sin costo compartido para consultar a un proveedor que no sea IHCP con remisión de un IHCP. |
| | Atención de urgencia | Sin cargo. | \$60 Copago / visita; deducible no se aplica | Sin cobertura | Ninguno Sin costo compartido para consultar a un proveedor que no sea IHCP con remisión de un IHCP. |
| Si necesita hospitalización | Tarifa del centro (p. ej., habitación del hospital) | Sin cargo. | 30% Coseguro | Sin cobertura | Se podría requerir una autorización previa. Cubierto sin límite. Sin costo compartido para consultar a un proveedor que no sea IHCP con remisión de un IHCP. |
| | Tarifas del médico/cirujano | Sin cargo. | 30% Coseguro | Sin cobertura | Se podría requerir una autorización previa. Cubierto sin límite. Sin costo compartido para consultar a un proveedor que no sea IHCP con remisión de un IHCP. |
| Si necesita servicios de salud mental, salud del comportamiento o de abuso de sustancias | Servicios para pacientes ambulatorios | Sin cargo. | Visita al consultorio: \$25 Copago / visita; deducible no se aplica; Otros servicios para pacientes ambulatorios: 30% Coseguro | Sin cobertura | Se podría requerir una autorización previa. Cubierto sin límite. (No se necesita autorización previa para las visitas al consultorio del proveedor de atención primaria (PCP) o de otro médico). Sin costo compartido para consultar a un proveedor que no sea IHCP con remisión de un IHCP. |
| | Servicios para pacientes hospitalizados | Sin cargo. | 30% Coseguro | Sin cobertura | Se podría requerir una autorización previa. Cubierto sin límite. Sin costo compartido para consultar a un proveedor que no sea IHCP con remisión de un IHCP. |
| Si está embarazada | Visitas al consultorio | Sin cargo. | \$25 Copago / visita; deducible no se aplica | Sin cobertura | No se requiere autorización previa para los partos dentro del plazo estándar según las leyes |

| Circunstancia médica común | Servicios que podría necesitar | Lo que usted pagará | | | Limitaciones, excepciones y otra información importante |
|---|---|---|--|--|---|
| | | Proveedor de atención de salud indígena (IHCP) (usted pagará el mínimo) | Proveedor de la red que no brinda atención de salud indígena (Non-IHCP) (usted pagará más) | Proveedor fuera de la red que no brinda atención de salud indígena (Non-IHCP) (usted pagará el máximo) | |
| | | | | | federales, pero puede ser necesaria para otros servicios. El costo compartido no se aplica a los servicios preventivos , como los exámenes prenatales y postnatales de rutina. Según el tipo de servicios, podría aplicarse un coseguro , un deducible o un copago . La atención por maternidad puede incluir pruebas y servicios descritos en otros apartados del Resumen de beneficios y cobertura (SBC) (p. ej., ecografía). Sin costo compartido para consultar a un proveedor que no sea IHCP con remisión de un IHCP. |
| | Servicios profesionales para el nacimiento y el parto | Sin cargo. | 30% Coseguro | Sin cobertura | Se podría requerir una autorización previa. No se aplica costo compartido a los servicios preventivos . Según el tipo de servicios, podría aplicarse un coseguro , un deducible o un copago . La atención por maternidad puede incluir pruebas y servicios descritos en otros apartados del Resumen de beneficios y cobertura (SBC) (p. ej., ecografía). Sin costo compartido para consultar a un proveedor que no sea IHCP con remisión de un IHCP. |
| | Servicios hospitalarios para el nacimiento y el parto | Sin cargo. | 30% Coseguro | Sin cobertura | La atención por maternidad puede incluir pruebas y servicios descritos en otros apartados del Resumen de beneficios y cobertura (SBC) (p. ej., ecografía). Sin costo compartido para consultar a un proveedor que no sea IHCP con remisión de un IHCP. |
| Si necesita servicios de recuperación o tiene otras necesidades especiales de salud | Atención de salud en el hogar | Sin cargo. | 30% Coseguro | Sin cobertura | Se podría requerir una autorización previa. Se limita a 60 visitas por año. Sin costo compartido para consultar a un proveedor que no sea IHCP con remisión de un IHCP. |
| | Servicios de rehabilitación | Sin cargo. | Atención ambulatoria: \$35 Copago / visita; deducible no se aplica Servicios hospitalarios 30% Coseguro | Sin cobertura | Pacientes ambulatorios: Se podría requerir una autorización previa. Se limita a 45 visitas combinadas al año para: fisioterapia, terapia ocupacional, terapia del habla, fisioterapia de quiropráctico y fisioterapia osteopática (excluidos los ajustes manipulativos) |

| Circunstancia médica común | Servicios que podría necesitar | Lo que usted pagará | | | Limitaciones, excepciones y otra información importante |
|--|--|---|--|--|---|
| | | Proveedor de atención de salud indígena (IHCP) (usted pagará el mínimo) | Proveedor de la red que no brinda atención de salud indígena (Non-IHCP) (usted pagará más) | Proveedor fuera de la red que no brinda atención de salud indígena (Non-IHCP) (usted pagará el máximo) | |
| | | | | | quiropáticos/osteopáticos). Nota: Los límites no se aplican para diagnósticos de trastorno por consumo de sustancias o de salud mental. Pacientes hospitalizados: Se podría requerir una autorización previa. Cubierto sin límite. Sin costo compartido para consultar a un proveedor que no sea IHCP con remisión de un IHCP. |
| Si necesita servicios de recuperación o tiene otras necesidades especiales de salud | Servicios de rehabilitación | Sin cargo. | Pacientes ambulatorios: \$35 Copago / visita; deducible no se aplica Pacientes hospitalizados: 30% Coseguro | Sin cobertura | Pacientes ambulatorios: Se podría requerir una autorización previa. Se limita a 45 visitas combinadas al año para: fisioterapia, terapia ocupacional, terapia del habla, fisioterapia de quiropático y fisioterapia osteopática (excluidos los ajustes manipulativos quiropáticos/osteopáticos). Nota: Los límites no se aplican para diagnósticos de trastorno por consumo de sustancias o de salud mental. Pacientes hospitalizados: Se podría requerir una autorización previa. Cubierto sin límite. Sin costo compartido para consultar a un proveedor que no sea IHCP con remisión de un IHCP. |
| | Atención de enfermería especializada | Sin cargo. | 30% Coseguro | Sin cobertura | Se podría requerir una autorización previa. Se limita a 60 días por año. Sin costo compartido para consultar a un proveedor que no sea IHCP con remisión de un IHCP. |
| | Equipos médicos duraderos | Sin cargo. | 30% Coseguro | Sin cobertura | Se podría requerir una autorización previa. Cubierto sin límite. Sin costo compartido para consultar a un proveedor que no sea IHCP con remisión de un IHCP. |
| | Servicios para enfermos terminales | Sin cargo. | 30% Coseguro | Sin cobertura | Se podría requerir una autorización previa. Cubierto sin límite. Sin costo compartido para |

| Circunstancia médica común | Servicios que podría necesitar | Lo que usted pagará | | | Limitaciones, excepciones y otra información importante |
|---|--------------------------------|---|--|--|---|
| | | Proveedor de atención de salud indígena (IHCP) (usted pagará el mínimo) | Proveedor de la red que no brinda atención de salud indígena (Non-IHCP) (usted pagará más) | Proveedor fuera de la red que no brinda atención de salud indígena (Non-IHCP) (usted pagará el máximo) | |
| | | | | | consultar a un proveedor que no sea IHCP con remisión de un IHCP. |
| Si su hijo necesita servicios dentales o de la vista | Examen ocular para niños | Sin cargo. | Sin cargo; No se aplica deducible | Sin cobertura | Limitado a 1 consulta por año. Sin costo compartido para consultar a un proveedor que no sea IHCP con remisión de un IHCP. |
| | Anteojos para niños | Sin cargo. | Sin cargo; No se aplica deducible | Sin cobertura | Se limita a 1 artículo por año. Sin costo compartido para consultar a un proveedor que no sea IHCP con remisión de un IHCP. |
| | Control dental para niños | Sin cobertura. | 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)
- Acupuntura
- Atención a largo plazo.
- Atención de la vista de rutina (adultos).
- Atención dental (adultos)
- Atención dental (niños)
- Atención que no es de emergencia cuando viaja fuera de los EE. UU.
- Cirugía bariátrica.
- Cirugía cosmética.
- Enfermería privada.
- Programas para bajar de peso.
- Tratamiento de la infertilidad.

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

- Atención de quiropráctico (Ajustes manipulativos quiroprácticos (u osteopáticos) limitados a 20 visitas al año)
- Audífonos (limitado a \$3,000 cada 48 meses).
- Cuidado de los pies de rutina.

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 from Nebraska Total Care, 1-833-890-0329 (TTY 711); The Nebraska Department of Insurance PO Box 95087 Lincoln, Nebraska 68501-2089; Phone: (402) 471-2201.; 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 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 The Nebraska Department of Insurance PO Box 95087 Lincoln, Nebraska 68501-2089; Phone: (402) 471-2201.

¿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 1-833-890-0329 (TTY 711).

Tagalog (Tagalog): Kung kailangan ninyo ang tulong sa Tagalog tumawag sa 1-833-890-0329 (TTY 711).

Chinese (中文): 如果需要中文的帮助, 请拨打这个号码 1-833-890-0329 (TTY 711).

Navajo (Dine): Dinek'ehgo shika a'ohwol ninisingo, kwijigo holne' 1-833-890-0329 (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 [deducible](#) general del [plan](#) \$900
- [Médico especialista copago](#) \$60
- Hospital (centro) [coseguro](#) 30%
- Otro [coseguro](#) 30%

Este EJEMPLO de evento incluye servicios como:

Visitas al consultorio del [especialista](#) (atención prenatal)
 Servicios profesionales para el nacimiento y el parto
 Servicios hospitalarios para el nacimiento y el parto
[Exámenes de diagnóstico](#) (ecografías y análisis de sangre)
 Consulta con un [especialista](#) (anestesia)

Costo total del ejemplo \$12,700

En este ejemplo, Peg pagaría:

| Costos compartidos | |
|------------------------------------|------------|
| Deducibles | \$0 |
| Copagos | \$0 |
| Coseguro | \$0 |
| Lo que no está cubierto | |
| Límites o exclusiones | \$0 |
| El total que Peg pagaría es | \$0 |

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

- El [deducible](#) general del [plan](#) \$900
- [Médico especialista copago](#) \$60
- Hospital (centro) [coseguro](#) 30%
- Otro [coseguro](#) 30%

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 | |
|------------------------------------|------------|
| Deducibles | \$0 |
| Copagos | \$0 |
| Coseguro | \$0 |
| Lo que no está cubierto | |
| Límites o exclusiones | \$0 |
| El total que Joe pagaría es | \$0 |

Fractura simple de Mia
(visita a la sala de emergencias dentro de la red y atención de seguimiento)

- El [deducible](#) general del [plan](#) \$900
- [Médico especialista copago](#) \$60
- Hospital (centro) [coseguro](#) 30%
- Otro [coseguro](#) 30%

Este EJEMPLO de evento incluye servicios como:

[Atención en la sala de emergencias](#) (incluye suministros médicos)
[Exámenes de diagnóstico](#) (radiografías)
[Equipo médico duradero](#) (muletas)
[Servicios de rehabilitación](#) (fisioterapia)

Costo total del ejemplo \$2,800

En este ejemplo, Mia pagaría:

| Costos compartidos | |
|------------------------------------|------------|
| Deducibles | \$0 |
| Copagos | \$0 |
| Coseguro | \$0 |
| Lo que no está cubierto | |
| Límites o exclusiones | \$0 |
| El total que Mia pagaría es | \$0 |

Nota: Estas cifras suponen que el paciente recibió atención de un [proveedor](#) IHCP o tenía una [remisión](#) de un IHCP para consultar a un proveedor que no sea IHCP. Si recibe atención de un [proveedor](#) que no sea IHCP sin la [remisión](#) de un IHCP, sus costos pueden ser más altos.

English: If you, or someone you are helping, have questions about Ambetter from Nebraska Total Care, and are not proficient in English, you have the right to get help and information in your language at no cost and in a timely manner. If you, or someone you are helping, have an auditory and/or visual condition that impedes communication, you have the right to receive auxiliary aids and services at no cost and in a timely manner. To receive translation or auxiliary services, please contact Member Services at 1-833-890-0329 (TTY 711).

Spanish: Si usted, o alguien a quien está ayudando, tiene preguntas acerca de Ambetter from Nebraska Total Care y no domina el inglés, tiene derecho a obtener ayuda e información en su idioma sin costo alguno y de manera oportuna. Si usted, o alguien a quien está ayudando, tiene un impedimento auditivo o visual que le dificulta la comunicación, tiene derecho a recibir ayuda y servicios auxiliares sin costo alguno y de manera oportuna. Para recibir servicios auxiliares o de traducción, comuníquese con Servicios para Miembros al 1-833-890-0329 (TTY 711).

Vietnamese: Nếu quý vị hoặc người mà quý vị đang giúp đỡ có câu hỏi về Ambetter from Nebraska Total Care và không thành thạo tiếng Anh, quý vị có quyền được trợ giúp và nhận thông tin bằng ngôn ngữ của mình miễn phí và kịp thời. Nếu quý vị hoặc người mà quý vị đang giúp đỡ mắc bệnh về thính giác và/hoặc thị giác gây cản trở giao tiếp, quý vị có quyền được nhận các hỗ trợ và dịch vụ phụ trợ miễn phí và kịp thời. Để nhận dịch vụ thông dịch hoặc dịch vụ phụ trợ, vui lòng liên hệ bộ phận Dịch Vụ Thành Viên theo số 1-833-890-0329 (TTY 711).

Chinese: 如果您，或是您正在協助的對象，有關於 Ambetter from Nebraska Total Care 方面的問題，且不精通英語，您有權利免費並及時以您的母語獲幫助和訊息。如果您，或您正在協助的對象有聽力和/或視力上的問題，阻礙了溝通，您有權利免費並及時獲得輔助支援與服務。若要取得翻譯或輔助服務，請聯絡會員服務部，電話是 1-833-890-0329 (TTY 711)。

Arabic: إذا كان لديك أو لدى شخص تساعد أسئلة حول Ambetter from Nebraska Total Care، ولم تكن بارعًا باللغة الإنجليزية، فلديك الحق في الحصول على المساعدة والمعلومات بلغتك من دون أي تكلفة وفي الوقت المناسب. إذا كنت أنت أو أي شخص تساعد تعاني من حالة سمعية و/أو بصرية تعيق التواصل، فلديك الحق في تلقي مساعدات وخدمات إضافية من دون أي تكلفة وفي الوقت المناسب. لتلقي خدمات الترجمة أو خدمات إضافية، يرجى الاتصال بخدمات الأعضاء على 1-833-890-0329 (TTY 711).

Karen: ၵၢ၊ ၵတမ့ၢ် ပုၤလၢနမၤစၢၤအီၤတဂၢၤ၊ ၵၢအိၣ်ဒီးတၢ်သံကွၢ် ဘၣ်ဃး Ambetter from Nebraska Total Care, ဒီး ၵတသ့ဘၣ် အဲကလံးကျိၣ်ဂ့ၤဂ့ၤအေယိ, နအိၣ်ဒီး တၢ်ခွဲးတၢ်ယၢ်လၢ ကဟံးန့ၢ် တၢ်မၤစၢၤဒီး တၢ်ဂ့ၢ်တၢ်ကျိၤလၢ နကျိၣ်တၢ်ကတိၤဒၣ်နဲ လၢတလၢကဘၣ် ကျိၣ်စ့ဒီး လၢတၢ်ဆၢကတီၢ် ဖုၣ်ကိၢ်အပူၤန့ၣ်လီၤ. ၵၢ၊ ၵတမ့ၢ် ပုၤလၢနမၤစၢၤအီၤတဂၢၤ၊ အိၣ်ဒီး တၢ်ကီတၢ်ခဲတၢ်အိၣ်သးဘၣ်ဃး တၢ်န့ၣ်ဟူတၢ် ဒီး /မ့တမ့ၢ် တၢ်ထံၣ် လၢအတြီယာ် တၢ်ဆဲးကျၢဆဲးကျိးအေယိ, နအိၣ်ဒီး တၢ်ခွဲးတၢ်ယၢ်လၢ နကဒီးန့ၢ် တၢ်မၤစၢၤဆီၣ်ထွဲဒီး တၢ်တိစၢၤမၤစၢၤတဖၣ် လၢတလၢကဘၣ် ကျိၣ်စ့ဒီး လၢတၢ်ဆၢကတီၢ် ဖုၣ်ကိၢ်အပူၤန့ၣ်လီၤ. ဒ်သိနကဒီးန့ၢ် တၢ်ကတိၤကျိးထံ မ့တမ့ၢ် တၢ်မၤစၢၤဆီၣ်ထွဲ အတၢ်ဖဲးတၢ်မၤတဖၣ်အဂီၢ် ဝံသးစူၤ ဆဲးကျိး ဆူ တၢ်မၤစၢၤ ကရူၢ်ဖိဖဲ 1-833-890-0329 (TTY 711) န့ၣ်တက့ၢ်.

| | |
|-----------------|--|
| French: | Si vous-même ou une personne que vous aidez avez des questions à propos d'Ambetter from Nebraska Total Care et que vous ne maîtrisez pas l'anglais, vous pouvez bénéficier gratuitement et en temps utile d'aide et d'informations dans votre langue. Si vous-même ou une personne que vous aidez souffrez d'un trouble auditif ou visuel qui entrave la communication, vous pouvez bénéficier gratuitement et en temps utile d'aides et de services auxiliaires. Pour profiter de services de traduction ou de services auxiliaires, veuillez contacter Services aux membres au 1-833-890-0329 (TTY 711). |
| Cushite: | Isin, ykn namni biraa isin gargaartan, Ambetter from Nebraska Total Care gaaffii qabdu yoo ta'ee fiAfaan Ingiliffaa hin beektanu taanan, yeroodhaan afaan barbaaddaniin kaffaltii tokko malee odeeffannoo barbaaddan argachuudhaaf mirga qabdu. Isin, ykn namni isin gargaartan, rakkoo dhageettii fi/ykn agartii kan haasaa keessan irratti dhiibbaa qabu qabdu taanan, gargaarsa dhageettii argachuu fi tajaajiloota kaffaltii malee argachuudhaaf mirga qabdu. Tajaajiloota hiikkaa afaanii fi dhageettii argachuudhaaf, maaloo Tajaajiloota Maamilaa karaa 1-833-890-0329 (TTY 711) qunnamaa. |
| German: | Falls Sie oder jemand, dem Sie helfen, Fragen zu Ambetter from Nebraska Total Care hat und nicht Englisch spricht, haben Sie das Recht, kostenlos und zeitnah Hilfe und Informationen in Ihrer Sprache zu erhalten. Falls Sie oder jemand, dem Sie helfen, eine Hör- und/oder Sehbeeinträchtigung hat, die die Kommunikation beeinflusst, haben Sie das Recht, kostenlos und zeitnah zusätzliche Hilfe und Dienstleistungen zu erhalten. Um eine Übersetzung oder zusätzliche Dienstleistungen zu erhalten, wenden Sie sich an den Kundendienst unter 1-833-890-0329 (TTY 711). |
| Korean: | 귀하 또는 귀하의 도움을 받는 분이 Ambetter from Nebraska Total Care에 대한 질문이 있는 경우 영어에 능숙하지 않으시면 해당 언어로 시의적절하게 무료 지원과 정보를 받을 권리가 있습니다. 귀하 또는 귀하의 도움을 받는 분이 청각 및/또는 시각적으로 의사소통에 장애가 있는 경우 시의적절하게 무료 보조 도구 및 서비스를 받을 권리가 있습니다. 번역 또는 보조 서비스를 받으시려면 1-833-890-0329 (TTY 711)번으로 가입자 서비스부에 연락해주시오. |
| Nepali: | यदि तपाईं स्वयं वा तपाईंले मद्दत गरिरहनुभएको कोही व्यक्तिसँग Ambetter from Nebraska Total Care सँग सम्बन्धित प्रश्नहरू छन् र तपाईं दुवै अंग्रेजीमा निपुण हुनुहुन्न भने तपाईंसँग निःशुल्क रूपमा र समयमै आफ्नो भाषामा मद्दत र जानकारी प्राप्त गर्ने अधिकार छ। यदि तपाईं वा तपाईंले मद्दत गरिरहनुभएको व्यक्तिसँग सञ्चारमा बाधा पुऱ्याउने श्रवण र/वा दृश्यसम्बन्धी समस्या छ भने तपाईंसँग निःशुल्क रूपमा र समयमै सहायक उपकरण र सेवाहरू प्राप्त गर्ने अधिकार छ। अनुवाद वा सहायक सेवाहरू प्राप्त गर्न कृपया 1-833-890-0329 (TTY 711) मा सदस्य सेवाहरू लाई सम्पर्क गर्नुहोस्। |
| Russian: | Если у вас или у лица, которому вы помогаете, возникли какие-либо вопросы о программе страхования Ambetter from Nebraska Total Care, при этом вы недостаточно хорошо владеете английским языком, вы имеете право на бесплатную и своевременную помощь и информацию на своем родном языке. Если у вас или у лица, которому вы помогаете, наблюдается какое-либо нарушение слуха и/или зрения, которое препятствует коммуникации, вы имеете право на бесплатные и своевременные вспомогательные услуги и помощь. Для получения услуг перевода или вспомогательных услуг обратитесь в отдел обслуживания участников программы страхования по номеру 1-833-890-0329 (TTY 711). |

Laotian:

ຖ້າຫາກທ່ານ ຫຼື ຜູ້ໃດຜູ້ໜຶ່ງທີ່ທ່ານກຳລັງໃຫ້ການຊ່ວຍເຫຼືອ, ມີຄຳຖາມກ່ຽວກັບ Ambetter from Nebraska Total Care, ແລະ ບໍ່ຊ່ຽວຊານພາສາອັງກິດ, ທ່ານມີສິດໄດ້ຮັບການຊ່ວຍເຫຼືອ ແລະ ຂໍ້ມູນທີ່ເປັນພາສາຂອງທ່ານໂດຍບໍ່ມີຄ່າໃຊ້ຈ່າຍ ແລະ ທັນເວລາ. ຖ້າຫາກທ່ານ ຫຼື ຜູ້ໃດຜູ້ໜຶ່ງທີ່ທ່ານກຳລັງໃຫ້ການຊ່ວຍເຫຼືອ, ມີສະພາບທາງການໄດ້ຍິນ ແລະ/ຫຼື ການເບິ່ງເຫັນທີ່ຂັດຂວາງການສື່ສານ, ທ່ານມີສິດໄດ້ຮັບການຊ່ວຍເຫຼືອ ແລະ ການບໍລິການເສີມໂດຍບໍ່ມີຄ່າໃຊ້ຈ່າຍ ແລະ ທັນເວລາ. ເພື່ອໃຫ້ໄດ້ຮັບການບໍລິການແປພາສາ ຫຼື ບໍລິການເສີມ, ກະລຸນາຕິດຕໍ່ຫາ Member Services (ການບໍລິການສະມາຊິກ) ໄດ້ທີ່ 1-833-890-0329 (TTY 711).

Kurdish:

Eger pirsên we, yan jî kesekî ku hûn arîkariya wî dikin, li ser Ambetter from Nebraska Total Care hebin, û ser Îngilîsî şareza nebin, heqê we heye ku bi zimanê xwe bi awayê belaş û di wextê guncan de arîkarî û zanyariyan wergirin. Eger rewşa we, yan jî ya kesekî ku hûn alîkariya wî dikin, ya bihîstin an dîtîne ya ku pêwendiyê asteng dike hebe, , heqê we heye ku arîkarî û xizmetên arîkar bi awayê belaş û di wextê guncan de wergirin. Ji bo wergirtina wergerê yan xizmetên arîkar, ji kerema xwe bi Xizmetên Endaman bi hejmara 1-833-890-0329 (TTY 711) pêwendiyê çêbikin.

Persian:

اگر شما یا فردی که دارید به او کمک می کنید، سؤالی درباره Ambetter from Nebraska Total Care دارید، و انگلیسی نمی دانید، حق دارید کمک و اطلاعات را به زبان خودتان به رایگان و به موقع دریافت کنید. اگر شما یا فردی که دارید به او کمک می کنید مشکلات شنوایی یا بینایی دارید که برقراری ارتباط را سخت می کند، حق دارید کمک ها و خدمات امدادی را به زبان خودتان به رایگان و به موقع دریافت کنید. برای دریافت کمک ها و خدمات امدادی لطفاً با خدمات اعضا به شماره 1-833-890-0329 (TTY 711) تماس بگیرید.

Japanese:

ご自身やあなたが介護している他の人が、Ambetter from Nebraska Total Careについてご質問をお持ちの場合、英語に自信がなくても無料かつタイムリーにご希望の言語でヘルプや情報を得ることができます。ご自身や、あなたが介護している他の人の聴覚や視覚の状態のためやり取りが難しい場合でも、無料かつタイムリーに補助サービスを受けることができます。翻訳や補助サービスを受けるには、1-833-890-0329 (TTY 711)のメンバーサービスにご連絡ください。

AMB24-NE-C-00014

Ambetter from Nebraska Total Care is underwritten by Nebraska Total Care, Inc. which is a Qualified Health Plan issuer in the Nebraska Health Insurance Marketplace. This is a solicitation for insurance. ©2024 Nebraska Total Care, Inc., Ambetter.NebraskaTotalCare.com. If you, or someone you're helping, have questions about Ambetter from Nebraska Total Care, 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 at 1-833-890-0329 (TTY 711). For more information on your right to receive an Ambetter from Nebraska Total Care plan free of discrimination, or your right to receive language, auditory and/or visual assistance services, please visit AmbetterHealth.com and scroll to the bottom of the page.