

Standard Expanded Bronze: Limited Cost Sharing Plan Variation



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.ambettermeridian.com/2025-brochures.html> o llame al 1-833-993-2426 (TTY Relay 711). Para ver las definiciones de términos frecuentes, como [cantidad permitida](#), [facturación de saldo](#), [coseguro](#), [copago](#), [deductible](#), [proveedor](#) u otros términos [subrayados](#), consulte el glosario. Puede consultar el glosario en <https://www.healthcare.gov/sbc-glossary> o llamar al 1-833-993-2426 (TTY Relay 711) para pedir una copia.

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué es importante:
¿Cuánto es el deductible total?	\$0 con un proveedor de atención de salud indígena (IHCP) o con una remisión de un IHCP para consultar a un proveedor que no sea IHCP; o \$7,500 por miembro/\$15,000 por familia	En general, debe pagar todos los costos de los proveedores hasta la cantidad deductible antes de que este plan comience a pagar. Si tiene otros familiares en el plan , cada familiar debe satisfacer su propio deductible individual hasta que la cantidad total de gasto deductibles pagados por todos los familiares satisfagan el deductible familiar total.
¿Hay servicios cubiertos antes de alcanzar su deductible ?	Sí. Los servicios de atención preventiva , de atención primaria, los médicos especialistas y las consultas de atención de urgencia y ciertos medicamentos recetados están cubiertos antes de que alcance su deductible (ver información adicional a continuación).	Este plan cubre algunos productos y servicios aunque aún no haya alcanzado la cantidad del deductible . Sin embargo, se podría aplicar un copago o un coseguro . Por ejemplo, este plan cubre ciertos servicios preventivos sin costos compartidos antes de que alcance su deductible . Consulte una lista de servicios preventivos cubiertos en https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/ .
¿Hay otros deductibles para servicios específicos?	No.	No debe pagar deductibles por servicios específicos.
¿Cuánto es el límite de gastos de bolsillo para este plan ?	Para atención de proveedores de la red : \$9,200 por miembro/\$18,400 por familia. No se aplica a proveedores fuera de la red .	El límite de gastos de bolsillo es lo máximo que puede pagar en un año por servicios cubiertos. Si otros miembros de su familia pertenecen a este plan , estos tienen que alcanzar sus propios límites de gastos de bolsillo hasta que se alcance el límite de gastos de bolsillo general de la familia.
¿Qué es lo que no está incluido en el límite de gastos de bolsillo ?	Primas, cargos de facturación de saldo , multas por no obtener autorización previa para los servicios y atención de salud que este plan no cubre.	Aunque pague estos gastos, no cuentan para el límite de gastos de bolsillo .
¿Pagará menos si acude a un proveedor de la red ?	Sí. Visite https://ambettermeridian.com/findadoc o llame al 1-833-993-2426 (TTY Relay 711) para obtener una lista de proveedores de la red .	Este plan utiliza una red de proveedores . Pagará menos si usa un proveedor que esté incluido en la red del plan . Pagará más si acude a un proveedor fuera de la red , y es posible que reciba una factura de un proveedor por la diferencia entre el cargo del proveedor y lo que su plan paga (facturación de saldo). Tenga en cuenta que su proveedor de la red puede usar un proveedor fuera de la red para algunos servicios (como análisis de laboratorio). Consulte con su proveedor antes de recibir los servicios.

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



Todos los copagos y el coseguro que se muestran en este cuadro se aplican después de alcanzar su deductible, 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 <u>proveedor</u>	Consulta con su médico de atención primaria para tratar una afección o lesión	Sin cargo.	\$50 <u>Copago</u> / visita; <u>deductible</u> no se aplica	Sin cobertura	Cubierto sin límite. Sin <u>costo compartido</u> para consultar a un proveedor que no sea IHCP con <u>remisión</u> de un IHCP.
	Consulta con un <u>especialista</u>	Sin cargo.	\$100 <u>Copago</u> / visita; <u>deductible</u> no se aplica	Sin cobertura	Ninguno Sin <u>costo compartido</u> para consultar a un proveedor que no sea IHCP con <u>remisión</u> de un IHCP.
	<u>Atención preventiva/exámenes</u> /vacunas	Sin cargo.	Sin cargo; <u>deductible</u> no se aplica	Sin cobertura	Es posible que tenga que pagar por los servicios que no son preventivos. Consulte a su <u>proveedor</u> si los servicios que necesita son preventivos y luego verifique qué es lo que pagará el <u>plan</u> .
Si se realiza un examen	<u>Exámenes de diagnóstico</u> (radiografías, análisis de sangre)	Sin cargo.	50% <u>Coseguro</u> para servicios profesionales y de laboratorio 50% <u>Coseguro</u> para diagnóstico por imágenes y radiografías 50% <u>Coseguro</u> para servicios de laboratorio y profesionales, y radiografías y diagnóstico por imágenes en otros lugares de servicio	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 <u>costo compartido</u> para consultar a un proveedor que no sea IHCP con <u>remisión</u> 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)	
Si se realiza un examen	Diagnóstico por imágenes (tomografía computarizada (CT)/tomografía por emisión de positrones (PET), imágenes por resonancia magnética (MRI))	Sin cargo.	50% 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://ambettermeridian.com/2025formulary .	Medicamentos genéricos	Sin cargo.	Nivel 1a: Venta minorista de medicamentos genéricos preferidos: \$25 Copago / receta; deductible no se aplica Nivel 1b: Venta minorista de medicamentos genéricos: \$25 Copago / receta; deductible 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: \$50 Copago / 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 costo compartido 2.5 veces mayor que el de venta minorista. Sin costo compartido para consultar a
	Medicamentos de marca no preferidos y genéricos no preferidos	Sin cargo.	Nivel 3: Venta minorista: \$100 Copago / receta	Sin cobertura	

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)	
					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://ambettermeridian.com/2025formulary .	Medicamentos de especialidad	Sin cargo.	Nivel 4: Venta minorista: \$500 Copago / 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 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.	50% 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.	50% 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.	50% Coseguro	50% Coseguro	Ninguno Sin costo compartido para consultar a un proveedor que no sea IHCP conremisión de un IHCP.
	Transporte médico de emergencia	Sin cargo.	50% Coseguro	50% Coseguro	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. Si recibe servicios de un proveedor de ambulancia terrestre o acuática fuera de la red , es posible que deba pagar una facturación 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)	
<u>Atención de urgencia</u>					<u>saldo</u> . Sin <u>costo compartido</u> para consultar a un proveedor que no sea IHCP con <u>remisión</u> de un IHCP.
	<u>Atención de urgencia</u>	Sin cargo.	\$75 <u>Copago</u> / visita; <u>deductible</u> no se aplica	Sin cobertura	Ninguno Sin <u>costo compartido</u> para consultar a un proveedor que no sea IHCP con <u>remisión</u> de un IHCP.
Si necesita hospitalización	Tarifa del centro (p. ej., habitación del hospital)	Sin cargo.	50% <u>Coseguro</u>	Sin cobertura	Se podría requerir una autorización previa. Cubierto sin límite. Sin <u>costo compartido</u> para consultar a un proveedor que no sea IHCP con <u>remisión</u> de un IHCP.
	Tarifas del médico/cirujano	Sin cargo.	50% <u>Coseguro</u>	Sin cobertura	Se podría requerir una autorización previa. Cubierto sin límite. Sin <u>costo compartido</u> para consultar a un proveedor que no sea IHCP con <u>remisión</u> 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: \$50 <u>Copago</u> / visita; <u>deductible</u> no se aplica; Otros servicios para pacientes ambulatorios: 50% <u>Coseguro</u>	Sin cobertura	Se podría requerir una autorización previa. Cubierto sin límite. (No se necesita autorización previa para las visitas al consultorio del <u>proveedor de atención primaria</u> (PCP) o de otro médico). Sin <u>costo compartido</u> para consultar a un proveedor que no sea IHCP con <u>remisión</u> de un IHCP.
	Servicios para pacientes hospitalizados	Sin cargo.	50% <u>Coseguro</u>	Sin cobertura	Se podría requerir una autorización previa. Cubierto sin límite. Sin <u>costo compartido</u> para consultar a un proveedor que no sea IHCP con <u>remisión</u> de un IHCP.
Si está embarazada	Visitas al consultorio	Sin cargo.	\$50 <u>Copago</u> / visita; <u>deductible</u> 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 <u>costo compartido</u> no se aplica a los <u>servicios preventivos</u> , como los exámenes prenatales y postnatales de rutina. Según el tipo de servicios, podría aplicarse un <u>coseguro</u> , un

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 necesita servicios de recuperación o tiene otras necesidades especiales de salud					<u>deducible</u> o un <u>copago</u> . La atención por maternidad puede incluir pruebas y servicios descritos en otros apartados del Resumen de beneficios y cobertura (SBC) (p. ej., ecografía). Sin <u>costo compartido</u> para consultar a un proveedor que no sea IHCP con <u>remisión</u> de un IHCP.
	Servicios profesionales para el nacimiento y el parto	Sin cargo.	50% <u>Coseguro</u>	Sin cobertura	Se podría requerir una autorización previa. No se aplica <u>costo compartido</u> a los <u>servicios preventivos</u> . Según el tipo de servicios, podría aplicarse un <u>coseguro</u> , un <u>deducible</u> o un <u>copago</u> . La atención por maternidad puede incluir pruebas y servicios descritos en otros apartados del Resumen de beneficios y cobertura (SBC) (p. ej., ecografía). Sin <u>costo compartido</u> para consultar a un proveedor que no sea IHCP con <u>remisión</u> de un IHCP.
	Servicios hospitalarios para el nacimiento y el parto	Sin cargo.	50% <u>Coseguro</u>	Sin cobertura	
	<u>Atención de salud en el hogar</u>	Sin cargo.	50% <u>Coseguro</u>	Sin cobertura	Se podría requerir una autorización previa. Cubierto sin límite. Sin <u>costo compartido</u> para consultar a un proveedor que no sea IHCP con <u>remisión</u> de un IHCP.
	<u>Servicios de rehabilitación</u>	Sin cargo.	Atención ambulatoria: \$50 <u>Copago</u> / visita; <u>deducible</u> no se aplica Servicios hospitalarios 50% <u>Coseguro</u>	Sin cobertura	Pacientes ambulatorios: Se podría requerir una autorización previa. La rehabilitación para pacientes ambulatorios se limita a lo siguiente: 30 visitas anuales combinadas de fisioterapia y terapia ocupacional (combinadas con atención de quiropráctico), 30 visitas anuales de terapia del habla y 30 visitas anuales de terapia pulmonar. 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 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)	
					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 habilitación	Sin cargo.	Pacientes ambulatorios: \$50 Copago / visita; deductible no se aplica Pacientes hospitalizados: 50% Coseguro	Sin cobertura	Pacientes ambulatorios: Se podría requerir una autorización previa. Los servicios ambulatorios de habilitación se limitan a lo siguiente: 30 visitas anuales combinadas de fisioterapia y terapia ocupacional (combinadas con atención de quiropráctico), 30 visitas anuales de terapia del habla y 30 visitas anuales de terapia pulmonar. 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.	50% Coseguro	Sin cobertura	Se podría requerir una autorización previa. Se limita a 45 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.	50% 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.	50% 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.

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 su hijo necesita servicios dentales o de la vista	Examen ocular para niños	Sin cargo.	Sin cargo; No se aplica <u>deductible</u>	Sin cobertura	Limitado a 1 consulta por año. Sin <u>costo compartido</u> para consultar a un proveedor que no sea IHCP con <u>remisión</u> de un IHCP.
	Anteojos para niños	Sin cargo.	Sin cargo; No se aplica <u>deductible</u>	Sin cobertura	Se limita a 1 artículo por año. Sin <u>costo compartido</u> para consultar a un proveedor que no sea IHCP con <u>remisión</u> 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.
- Audífonos
- Cirugía cosmética.
- Enfermería privada.

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

- Atención de quiropráctico (se limita a 30 visitas combinadas al año (combinadas para terapia ocupacional, fisioterapia y atención de quiropráctico)).
- Cirugía bariátrica (se limita a 1 cirugía de por vida)
- Cuidado de los pies de rutina.
- Programas para bajar de peso (programas para bajar de peso con supervisión médica y asesoramiento sobre la obesidad)
- Tratamiento de infertilidad (se limita a servicios relacionados con [pruebas de diagnóstico](#) destinadas a descubrir la causa de la infertilidad)

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 Meridian, 1-833-993-2426 (TTY Relay 711); Department of Insurance and Financial Services, 530 W. Allegan Street, 7th Floor, Lansing, MI 48933, Phone No. 1-877-999-6442.; 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 Department of Insurance and Financial Services, 530 W. Allegan Street, 7th Floor, Lansing, MI 48933, Phone No. 1-877-999-6442.

¿Este plan proporciona cobertura esencial mínima? Sí.

La [cobertura esencial mínima](#) generalmente incluye [planes](#), [seguros 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 1-833-993-2426 (TTY Relay 711).

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

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

Navajo (Dine): Dinek'ehgo shika at'ohwol ninisingo, kwijjigo holne' 1-833-993-2426 (TTY Relay 711).

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

Acerca de estos ejemplos de cobertura:



Esta no es una herramienta de cálculo de costos. Los tratamientos que se muestran son solo ejemplos de cómo puede este [plan](#) cubrir la atención médica. Sus costos reales pueden variar según el tratamiento real que reciba, los precios que sus [proveedores](#) cobren y muchos otros factores. Fíjese en las cantidades de [costo compartido \(deducibles, copagos y coseguro\)](#) y en los [servicios excluidos](#) por el [plan](#). Use esta información para comparar la parte de los costos que podría pagar con los distintos [planes](#) 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	\$7,500
■ Médico especialista copago	\$100
■ Hospital (centro) coseguro	50%
■ Otro coseguro	50%

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	\$7,500
■ Médico especialista copago	\$100
■ Hospital (centro) coseguro	50%
■ Otro coseguro	50%

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)

Este EJEMPLO de evento incluye servicios como:
[Atención en la sala de emergencias](#) (*incluye suministros médicos*)

Fractura simple de Mia

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

■ El deducible general del plan	\$7,500
■ Médico especialista copago	\$100
■ Hospital (centro) coseguro	50%
■ Otro coseguro	50%

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 **\$12,700**

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

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

En este ejemplo, Peg pagaría:

En este ejemplo, Joe pagaría:

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 Peg pagaría es	\$0

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

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 Meridian, and are not proficient in English, you have the right to get help and information in your language at no cost and in a timely manner. If you, or someone you are helping, have an auditory and/or visual condition that impedes communication, you have the right to receive auxiliary aids and services at no cost and in a timely manner. To receive translation or auxiliary services, please contact Member Services at 1-833-993-2426 (TTY Relay 711).

Spanish: Si usted, o alguien a quien está ayudando, tiene preguntas acerca de Ambetter from Meridian y no domina el inglés, tiene derecho a obtener ayuda e información en su idioma sin costo alguno y de manera oportuna. Si usted, o alguien a quien está ayudando, tiene un impedimento auditivo o visual que le dificulta la comunicación, tiene derecho a recibir ayuda y servicios auxiliares sin costo alguno y de manera oportuna. Para recibir servicios auxiliares o de traducción, comuníquese con Servicios para Miembros al 1-833-993-2426 (TTY Relay 711).

Arabic: إذا كان لديك أو لدى شخص تساعدك أسئلة حول Ambetter from Meridian، ولم تكن بارعاً باللغة الإنكليزية، فلديك الحق في الحصول على المساعدة والمعلومات بلغتك من دون أي تكلفة وفي الوقت المناسب. إذا كنت أنت أو أي شخص تساعدك تعاني من حالة سمعية وأو بصرية تعيق التواصل، فلديك الحق في تلقي مساعدات وخدمات إضافية من دون أي تكلفة وفي الوقت المناسب. للتلقي خدمات الترجمة أو خدمات إضافية، يرجى الاتصال بخدمات الأعضاء على (711) (TTY Relay) 1-833-993-2426.

Chinese: 如果您，或是您正在協助的對象，有關於 Ambetter from Meridian 方面的問題，且不精通英語，您有權利免費並及時以您的母語獲幫助和訊息。如果您，或您正在協助的對象有聽力和/或視力上的問題，阻礙了溝通，您有權利免費並及時獲得輔助支援與服務。若要取得翻譯或輔助服務，請聯絡會員服務部，電話是 1-833-993-2426 (TTY Relay 711)。

Vietnamese: Nếu quý vị hoặc người mà quý vị đang giúp đỡ có câu hỏi về Ambetter from Meridian 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 1-833-993-2426 (TTY Relay 711).

Albanian: Nëse ju, ose dikush që po ndihmoni, keni pyetje rreth Ambetter from Meridian dhe nuk e zotëroni gjuhën angleze, ju gëzoni të drejtën të merrni ndihmë dhe informacione në gjuhën tuaj, falas dhe menjëherë. Nëse ju, ose dikush që po ndihmoni, keni një problem me dëgjimin dhe/ose shikimin, që ju pengon komunikimin, ju gëzoni të drejtën të merrni mjete dhe shërbime ndihmëse, falas dhe menjëherë. Për të marrë shërbime përkthimi ose ndihmëse, kontaktoni Shërbimet e anëtarëve në numrin 1-833-993-2426 (TTY Relay 711).

귀하 또는 귀하의 도움을 받는 분이 Ambetter from Meridian에 대한 질문이 있는 경우 영어에
능숙하지 않으시면 해당 언어로 시의적절하게 무료 지원과 정보를 받을 권리가 있습니다.

Korean: 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 1-833-993-2426 (TTY Relay 711)번으로 가입자 서비스부에 연락해 주십시오.

আপনি অথবা অন্য কেউ যাকে আপনি সাহায্য করছেন তার Ambetter from Meridian নিয়ে প্রশ্ন
থেকে থাকলে ও ইংরাজিতে সড়গড় না হলে নিখরচায় ও সময় মতো আপনার নিজের ভাষাতে
সাহায্য ও তথ্য পাওয়ার অধিকার রয়েছে। আপনি বা অন্য কেউ যাকে আপনি সাহায্য করছেন
তার শ্রবণ এবং/অথবা দৃশ্যগত রোগাবস্থা থেকে থাকে যা কমিউনিকেশনকে বিলম্বিত করে সে
ক্ষেত্রে আপনার নিখরচায় ও সময় মতো সহায়ক ও পরিষেবা পাওয়ার অধিকার রয়েছে। অনুবাদ
ও সহায়ক পরিষেবা পেতে অনুগ্রহ করে 1-833-993-2426 (TTY Relay 711)-এ সদস্য
পরিষেবাসমূহ-এর সাথে যোগাযোগ করুন।

Polish: Jeśli Ty lub osoba, której pomagasz, macie pytania dotyczące Ambetter from Meridian, ale nie
posługiujecie się biegły językiem angielskim, macie prawo do uzyskania pomocy i informacji w swoim
języku bez dodatkowych kosztów i w odpowiednim czasie. Jeśli Ty lub osoba, której pomagasz, macie
problemy ze słuchem i/lub wzrokiem, które utrudniają komunikację, macie prawo do otrzymania
pomocy i usług pomocniczych bez dodatkowych kosztów i w odpowiednim czasie. Aby uzyskać
tłumaczenie lub usługi pomocnicze, należy skontaktować się z Usługi członkowskie pod numerem
1-833-993-2426 (TTY Relay 711).

German: Falls Sie oder jemand, dem Sie helfen, Fragen zu Ambetter from Meridian 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 1-833-993-2426 (TTY Relay 711).

Italian: Se Lei o una persona a cui sta fornendo assistenza ha domande su Ambetter from Meridian e non ha
una perfetta padronanza della lingua inglese, ha il diritto di ricevere aiuto e informazioni nella Sua
lingua gratuitamente e tempestivamente. Se Lei o una persona a cui sta fornendo assistenza presenta
una condizione uditiva e/o visiva che impedisce la comunicazione, ha il diritto di ricevere servizi
ausiliari gratuitamente e tempestivamente. Per ricevere una traduzione o un servizio ausiliario,
contatti i Servizi per i membri al numero 1-833-993-2426 (TTY Relay 711).

Japanese: ご自身やあなたが介護している他の人が、Ambetter from Meridianについてご質問をお持ちの
場合、英語に自信がなくても無料かつタイムリーにご希望の言語でヘルプや情報を得ることができます。
ご自身や、あなたが介護している他の人の聴覚や視覚の状態のためやり取りが
難しい場合でも、無料かつタイムリーに補助サービスを受けることができます。翻訳や補助
サービスを受けるには、1-833-993-2426 (TTY Relay 711)のメンバーサービスにご連絡ください。

Russian:

Если у вас или у лица, которому вы помогаете, возникли какие-либо вопросы о программе страхования Ambetter from Meridian, при этом вы недостаточно хорошо владеете английским языком, вы имеете право на бесплатную и своевременную помощь и информацию на своем родном языке. Если у вас или у лица, которому вы помогаете, наблюдается какое-либо нарушение слуха и/или зрения, которое препятствует коммуникации, вы имеете право на бесплатные и своевременные вспомогательные услуги и помощь. Для получения услуг перевода или вспомогательных услуг обратитесь в отдел обслуживания участников программы страхования по номеру 1-833-993-2426 (TTY Relay 711).

Serbo-Croatian:

Ako Vi, ili neko kome pomažete, imate pitanja u vezi sa Ambetter from Meridian, a ne govorite engleski jezik, imate pravo na besplatnu i blagovremenu pomoć i informacije na sopstvenom jeziku. Ako Vi, ili neko kome pomažete, imate neki poremećaj sluha i/ili vida zbog kojeg je onemogućena komunikacija, imate pravo da besplatno i blagovremeno dobijete pomagala i pomoćne usluge. Obratite se odeljenju za pružanje usluga članovima pozivom na broj 1-833-993-2426 (TTY Relay 711) da biste dobili usluge prevoda ili pomoćne usluge.

Tagalog:

Kung ikaw, o ang iyong tinutulungan, ay may mga katanungan tungkol sa Ambetter from Meridian, at hindi ka mahusay sa Ingles, may karapatan ka na makakuha ng tulong at impormasyon sa iyong wika nang walang gastos at sa maagap na paraan. Kung ikaw, o ang iyong tinutulungan, ay may kondisyon sa pandinig at/o pannikin na nakakaapekto sa komunikasyon, may karapatan kang makatanggap ng mga karagdagang tulong at serbisyo nang walang gastos at sa maagap na paraan. Para makatanggap ng mga serbisyo sa pagsasalin o mga karagdagang serbisyo, mangyaring makipag-ugnayan sa Mga Serbisyo para sa Miyembro sa 1-833-993-2426 (TTY Relay 711).

AMB24-MI-C-00014

Ambetter from Meridian is underwritten by Meridian Health Plan of Michigan, Inc. which is a Qualified Health Plan issuer in the Michigan Health Insurance Marketplace. This is a solicitation for insurance. ©2024 Meridian Health Plan of Michigan, Inc., AmbetterMeridian.com. If you, or someone you're helping, have questions about Ambetter from Meridian, and are not proficient in English, you have the right to get help and information in your language at no cost and in a timely manner. If you, or someone you'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 1-833-993-2426 (TTY Relay 711). For more information on your right to receive an Ambetter from Meridian 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.