



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](#), [deducible](#), [proveedor](#) u otros términos subrayados, consulte el glosario. Puede consultar el glosario en <https://www.healthcare.gov/sbc-glossary> o llamar al 1-833-993-2426 (TTY Relay 711) para pedir una copia.

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué es importante:
¿Cuánto es el deducible total?	\$0 por miembro/\$0 por familia.	Consulte la tabla de Circunstancias médicas comunes abajo para conocer los costos de los servicios que cubre este plan .
¿Hay servicios cubiertos antes de alcanzar su deducible ?	Sí. Las consultas médicas y ciertos medicamentos recetados están cubiertos antes de que alcance su deducible (ver información adicional a continuación).	Este plan cubre algunos productos y servicios aunque aún no haya alcanzado la cantidad del deducible . Sin embargo, se podría aplicar un copago o un coseguro . Por ejemplo, este plan cubre ciertos servicios preventivos sin costos compartidos antes de que alcance su deducible . Consulte una lista de servicios preventivos cubiertos en https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/ .
¿Hay otros deducibles para servicios específicos?	\$3,800 persona / \$7,600 familia para cobertura de medicamentos de venta con receta. No hay ningún otro deducible específico.	Antes de que este plan empiece a pagar por estos servicios, usted debe pagar todos los costos de estos servicios hasta la cantidad del deducible específico.
¿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.
¿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 la red (usted pagará el mínimo)	Proveedor fuera de la red (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	\$50 Copago / visita	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 telemedicina designado de Ambetter están cubiertas Sin Cargo, los proveedores cuentan con cobertura completa.
	Consulta con un especialista	\$115 Copago / visita	Sin cobertura	Ninguno
	Atención preventiva/exámenes /vacunas	Sin cargo	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)	\$60 Copago / visita para servicios profesionales y de laboratorio 50% Coseguro para diagnóstico por imágenes y radiografías 50% Coseguro 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.
	Diagnóstico por imágenes (tomografía computarizada (CT)/tomografía por emisión de	50% Coseguro	Sin cobertura	Se podría requerir una autorización previa. Cubierto sin límite.

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)	
	positrones (PET), imágenes por resonancia magnética (MRI))			
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	Nivel 1a: Venta minorista de medicamentos genéricos preferidos: \$3 Copago / receta Nivel 1b: Venta minorista de medicamentos genéricos: \$35 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.
	Medicamentos de marca preferidos	Nivel 2: Venta minorista: \$195 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. \$3,800 por miembro/\$7,600 por familia de deducible para medicamentos recetados para medicamentos de marca preferidos y no preferidos de especialidad .
	Medicamentos de marca no preferidos y genéricos no preferidos	Nivel 3: Venta minorista: \$250 Copago / receta; sujeto al deducible de medicamentos Rx	Sin cobertura	
	Medicamentos de especialidad	Nivel 4: Venta minorista: 50% Coseguro ; sujeto al deducible de medicamentos Rx	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. \$3,800 por miembro/\$7,600 por familia de deducible para medicamentos recetados de marca preferidos, de marca no preferidos y de especialidad .

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 le hacen una cirugía ambulatoria	Tarifa del centro (p. ej., centro de cirugía ambulatoria)	50% Coseguro	Sin cobertura	Se podría requerir una autorización previa. Cubierto sin límite.
	Tarifas del médico/cirujano	50% Coseguro	Sin cobertura	Se podría requerir una autorización previa. Cubierto sin límite.
Si necesita atención médica inmediata	Atención en la sala de emergencias	\$2500 Copago / visita (\$1250 Copago / visita por centro; \$1250 Copago / visita por honorarios del médico)	\$2500 Copago / visita (\$1250 Copago / visita por centro; \$1250 Copago / visita por honorarios del médico)	Ninguno
	Transporte médico de emergencia	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 saldo .
	Atención de urgencia	\$60 Copago / visita	Sin cobertura	Ninguno
Si necesita hospitalización	Tarifa del centro (p. ej., habitación del hospital)	\$3000 Copago / día	Sin cobertura	Se podría requerir una autorización previa. Cubierto sin límite.
	Tarifas del médico/cirujano	Sin cargo	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: \$50 Copago / visita; Otros servicios para pacientes ambulatorios: 50% 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).
	Servicios para pacientes hospitalizados	\$3000 Copago / día	Sin cobertura	Se podría requerir una autorización previa. Cubierto sin límite.
Si está embarazada	Visitas al consultorio	\$50 Copago / visita	Sin cobertura	No se requiere autorización previa para los partos dentro del plazo estándar según las leyes federales, pero puede ser necesaria

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)	
				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).
	Servicios profesionales para el nacimiento y el parto	Sin cargo	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).
	Servicios hospitalarios para el nacimiento y el parto	\$3000 Copago / día	Sin cobertura	
Si necesita servicios de recuperación o tiene otras necesidades especiales de salud	Atención de salud en el hogar	50% Coseguro	Sin cobertura	Se podría requerir una autorización previa. Cubierto sin límite.
	Servicios de rehabilitación	Atención ambulatoria: 50% Coseguro Servicios hospitalarios: \$3000 Copago / día	Sin cobertura	Atención ambulatoria: 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. Servicios hospitalarios Se podría requerir una autorización previa. Cubierto sin límite.

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)	
	Servicios de rehabilitación	Pacientes ambulatorios: 50% Coseguro Pacientes hospitalizados: \$3000 Copago / día	Sin cobertura	Pacientes ambulatorios: Se podría requerir una autorización previa. Los servicios ambulatorios de rehabilitación 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.
	Atención de enfermería especializada	\$3000 Copago / día	Sin cobertura	Se podría requerir una autorización previa. Se limita a 45 días por año.
	Equipos médicos duraderos	50% Coseguro	Sin cobertura	Se podría requerir una autorización previa. Cubierto sin límite.
	Servicios para enfermos terminales	50% Coseguro	Sin cobertura	Se podría requerir una autorización previa. Cubierto sin límite.
Si su hijo necesita servicios dentales o de la vista	Examen ocular para niños	Sin cargo	Sin cobertura	Limitado a 1 consulta por año.
	Anteojos para niños	Sin cargo	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)
- Acupuntura
- Atención a largo plazo.
- 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 odontológica (Se aplican los límites anuales de visitas y artículos para adultos. Límite anual de \$1000 al año por persona).
- Atención de quiropráctico (se limita a 30 visitas combinadas al año (combinadas para terapia ocupacional, fisioterapia y atención de quiropráctico)).
- Atención médica de la vista de rutina (adultos: una consulta y un artículo por año; la cobertura asignada en dólares se aplica a artículos físicos).
- 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, kwijijigo 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	\$0
■ Médico especialista copago	\$115
■ Hospital (centro) copago	\$3,000
■ 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	\$3,600
Coseguro	\$200
Lo que no está cubierto	
Límites o exclusiones	\$60
El total que Peg pagaría es	\$3,860

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	\$0
■ Médico especialista copago	\$115
■ Hospital (centro) copago	\$3,000
■ 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)

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

En este ejemplo, Joe pagaría:

Costos compartidos	
Deducibles*	\$0
Copagos	\$3,400
Coseguro	\$400
Lo que no está cubierto	
Límites o exclusiones	\$20
El total que Joe pagaría es	\$3,820

Fractura simple de Mia

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

■ El deducible general del plan	\$0
■ Médico especialista copago	\$115
■ Hospital (centro) copago	\$3,000
■ 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	\$2,800
-------------------------	---------

En este ejemplo, Mia pagaría:

Costos compartidos	
Deducibles*	\$0
Copagos	\$1,100
Coseguro	\$800
Lo que no está cubierto	
Límites o exclusiones	\$0
El total que Mia pagaría es	\$1,900

*Nota: Este [plan](#) tiene otros [deducibles](#) para servicios específicos incluidos en este ejemplo de cobertura. Consulte la fila "¿Hay otros [deducibles](#) para servicios

El [plan](#) sería responsable de los demás costos de los servicios cubiertos de este EJEMPLO.

[illegible]

Korean:	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. 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 연락해주시요.
Bengali:	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 posługujecie się biegle 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.