



El Resumen de beneficios y cobertura (SBC) lo ayudará a escoger un [plan](#) de salud. El SBC muestra cómo usted y el [plan](#) compartirían los costos de los servicios de atención médica cubiertos. **NOTA:** La información sobre el costo de este [plan](#) (denominado [prima](#)) se proporcionará por separado. Este es solo un resumen. Para obtener más información sobre su cobertura u obtener una copia de los términos completos de la cobertura, visite <https://www-es.ambetterhealth.com/en/ne/2026-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 deducible 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 \$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. 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 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? | No. | No debe pagar deducibles por servicios específicos. |
| ¿Cuánto es el límite de gastos de bolsillo para este plan ? | Para atención de proveedores de la red : \$6,500 por miembro/\$13,000 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 . |

| Preguntas importantes | Respuestas | Por qué es importante: |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ¿Pagará menos si acude a un proveedor dentro de la red ? | Sí. Visite https://ambetterhealth.com/en/ne/findadoc o llame al 1-833-890-0329 (TTY 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 derivación para atenderse con un especialista ? | No. | Puede ver al especialista que usted elija sin una derivación . |

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

| Circunstancia médica común | Servicios que podría necesitar | Lo que usted pagará | | | Limitaciones, excepciones y otra información importante |
|-----------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| | | Proveedor dentro de la red (Usted pagará el mínimo) | Proveedor de la red que no brinda atención de salud indígena (Usted pagará más) | 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 | Sin cargo. | \$5 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 telesalud designado de Ambetter están cubiertas Sin Cargo, los proveedores cuentan con cobertura completa. 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 | Sin cobertura | Ninguno Sin costo compartido para consultar a un proveedor que no sea IHCP con remisión de un IHCP. |
| | Atención preventiva/ evaluación /vacunas | Sin cargo. | 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 . |

| Circunstancia médica común | Servicios que podría necesitar | Proveedor dentro de la red (Usted pagará el mínimo) | Lo que usted pagará | | Limitaciones, excepciones y otra información importante |
|--------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| | | | Proveedor de la red que no brinda atención de salud indígena (Usted pagará más) | Proveedor fuera de la red (Usted pagará el máximo) | |
| Si se realiza un examen | Exámenes de diagnóstico (radiografías, análisis de sangre) | Sin cargo. | \$40 Copago / visita para servicios profesionales y de laboratorio \$75 Copago / visita para diagnóstico por imágenes y radiografías \$200 Copago / visita para servicios de laboratorio y profesionales, y radiografías y diagnóstico por imágenes en otros lugares de servicio | Sin cobertura | <p>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.</p> <p>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.</p> |
| | Diagnóstico por imágenes (tomografía computarizada/ tomografía por emisión de positrones, imágenes por resonancia magnética) | Sin cargo. | \$75 Copago / visita | Sin cobertura | <p>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.</p> |

| Circunstancia médica común | Servicios que podría necesitar | Proveedor dentro de la red (Usted pagará el mínimo) | Lo que usted pagará | | Limitaciones, excepciones y otra información importante |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| | | | Proveedor de la red que no brinda atención de salud indígena (Usted pagará más) | Proveedor fuera de la red (Usted pagará el máximo) | |
| Si necesita un medicamento para tratar su enfermedad o condición médica. Hay más información disponible sobre la cobertura de medicamentos con receta médica en https://ambetterhealth.com/en/ne/2026formulary | Medicamentos genéricos | Sin cargo. | Nivel 1a: Venta minorista de medicamentos genéricos preferidos: \$3 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 un proveedor que no sea IHCP con remisión de un IHCP. |
| | Medicamentos de marca preferidos | Sin cargo. | Nivel 1b: Venta minorista de medicamentos genéricos: \$15 Copago / receta | Sin cobertura | |
| | Medicamentos de marca no preferidos y genéricos no 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 un proveedor que no sea IHCP con remisión de un IHCP. |
| | Medicamentos de especialidad | Sin cargo. | Nivel 3: Venta minorista: 45% 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. | \$200 Copago / visita | 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. | \$200 Copago / visita | Sin cobertura | Se podría requerir una autorización previa. Cubierto sin límite. Sin costo compartido para consultar a un |

| Circunstancia médica común | Servicios que podría necesitar | Lo que usted pagará | | | Limitaciones, excepciones y otra información importante |
|----------------------------------------------|-----------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| | | Proveedor dentro de la red (Usted pagará el mínimo) | Proveedor de la red que no brinda atención de salud indígena (Usted pagará más) | Proveedor fuera de la red (Usted pagará el máximo) | |
| | | | | | 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 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. | \$35 Copago / visita | 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. |

| Circunstancia médica común | Servicios que podría necesitar | Proveedor dentro de la red (Usted pagará el mínimo) | Lo que usted pagará | | Limitaciones, excepciones y otra información importante |
|-----------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| | | | Proveedor de la red que no brinda atención de salud indígena (Usted pagará más) | Proveedor fuera de la red (Usted pagará el máximo) | |
| Si necesita servicios de salud mental, salud conductual o de abuso de sustancias | Servicios para pacientes ambulatorios | Sin cargo. | Visita al consultorio: \$5 Copago / visita; Otros servicios para pacientes ambulatorios: \$200 Copago / visita | 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. | \$5 Copago / visita | 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 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 | |

| Circunstancia médica común | Servicios que podría necesitar | Lo que usted pagará | | | Limitaciones, excepciones y otra información importante |
|--------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| | | Proveedor dentro de la red (Usted pagará el mínimo) | Proveedor de la red que no brinda atención de salud indígena (Usted pagará más) | Proveedor fuera de la red (Usted pagará el máximo) | |
| Si necesita servicios de recuperación o tiene otras necesidades especiales de salud | Atención médica 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: \$50 Copago / visita 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 quiroprácticos/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. |
| | Servicios de habilitación | Sin cargo. | Pacientes ambulatorios: \$50 Copago / visita 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 quiropráctico y fisioterapia osteopática (excluidos los ajustes manipulativos quiroprácticos/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. |

| Circunstancia médica común | Servicios que podría necesitar | Lo que usted pagará | | | Limitaciones, excepciones y otra información importante |
|-------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| | | Proveedor dentro de la red (Usted pagará el mínimo) | Proveedor de la red que no brinda atención de salud indígena (Usted pagará más) | Proveedor fuera de la red (Usted pagará el máximo) | |
| | Equipo médico duradero | 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 en un programa de cuidados paliativos | 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 su hijo necesita servicios dentales o de la vista | Examen de la vista 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](#)).

- | | | |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> • Aborto (excepto en los casos en que la vida de la miembro está en peligro) • Acupuntura • Atención a largo plazo. • Atención dental (niños) | <ul style="list-style-type: none"> • Atención que no es de emergencia cuando viaja fuera de los EE. UU. • Cirugía bariátrica. • Cirugía cosmética. | <ul style="list-style-type: none"> • 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](#)).

- | | | |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> • Atención de quiropráctico (Ajustes manipulativos quiroprácticos (u osteopáticos) limitados a 20 visitas al año) | <ul style="list-style-type: none"> • Atención oftalmológica de rutina (adultos: una consulta, un marco y un par de lentes. la cobertura asignada en dólares se aplica a artículos físicos). | <ul style="list-style-type: none"> • Cuidado de los pies de rutina. |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------|

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

- | | |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none">• Atención odontológica (Se aplican los límites anuales de visitas y artículos para adultos. Límite anual de \$1000 al año por persona). | <ul style="list-style-type: none">• Audífonos (limitado a \$3,000 cada 48 meses). |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------|

Su derecho a continuar con la cobertura: Hay organismos que pueden ayudarle si quiere mantener la cobertura después de que esta finalice. La información de contacto de esas agencias es: Ambetter Health, 1-833-890-0329 (TTY 711); The Nebraska Department of Insurance, P.O. Box 95087, Lincoln, Nebraska, 68501-5087; Phone: 1-800-833-7352; 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 ayudarlo si tiene una queja contra su [plan](#) por la denegación de una [reclamación](#). Esta queja se denomina [queja](#) formal o [apelación](#). Para obtener más información sobre sus derechos, consulte la explicación de beneficios que recibirá por dicha [reclamación](#) médica. Los documentos de su [plan](#) también dan toda la información para presentar una [reclamación](#), una [apelación](#) o una [queja formal](#) por cualquier motivo a su [plan](#). Para obtener más información sobre sus derechos, sobre este aviso o si necesita ayuda, comuníquese con: The Nebraska Department of Insurance, P.O. Box 95087, Lincoln, Nebraska, 68501-5087; Phone: 1-800-833-7352.

¿Este plan proporciona cobertura esencial mínima? Sí

La [cobertura esencial mínima](#) generalmente incluye [planes](#), [seguros médicos](#) disponibles a través del [Mercado](#) u otras pólizas de mercado individuales, Medicare, Medicaid, CHIP, TRICARE y otras coberturas específicas. Si usted es elegible para determinados tipos de [cobertura esencial mínima](#), tal vez no sea elegible para el [crédito fiscal para primas del plan](#).

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

Si su [plan](#) no cumple con el [valor mínimo estándar](#), es posible que cumpla con los requisitos para recibir un [crédito fiscal para primas del plan](#) que lo ayudará a pagar un [plan](#) en el [Mercado](#).

Servicio de acceso a idiomas:

Spanish (Español): Para obtener asistencia en español, llame al 1-833-890-0329 (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 at'ohwol ninisingo, kwijijgo 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](#) médicos. Tenga presente que estos ejemplos de cobertura se basan solo en una cobertura individual.

Peg va a tener un bebé

(9 meses de atención prenatal dentro de la red y parto en el hospital)

- El [deducible](#) general del [plan](#) \$0
- [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](#) \$0
- [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](#) \$0
- [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 Health, 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 Health 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 Health 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). |
| Arabic: | إذا كان لديك أو لدى شخص تساعد أسئلة حول Ambetter Health، ولم تكن بارعًا باللغة الإنكليزية، فلديك الحق في الحصول على المساعدة والمعلومات بلغتك من دون أي تكلفة وفي الوقت المناسب. إذا كنت أنت أو أي شخص تساعد تعاني من حالة سمعية وأو 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). |
| Chinese: | 如果您或您正在協助的對象對 Ambetter Health 所提供的任何服務有問題，且不精通英語，您有權利免費並及時以您的母語獲得幫助和資訊。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)。 |
| French: | Si vous même ou une personne que vous aidez avez des questions à propos d'Ambetter Health 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 Health 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. |
| Nepali: | यदि तपाईं स्वयं वा तपाईंले मदद गरिरहनुभएको कोही व्यक्तिसँग Ambetter Health सँग सम्बन्धित प्रश्नहरू छन् र तपाईं दुवै अंग्रेजीमा निपुण हुनुहुन्न भने तपाईंसँग निःशुल्क रूपमा र समयमै आफ्नो भाषामा मदद र जानकारी प्राप्त गर्ने अधिकार छ। यदि तपाईं वा तपाईंले मदद 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। |
| Swahili: | Ikiwa wewe, au mtu unayemsaidia, ana maswali kuhusu Ambetter Health, na huelewi Kiingereza vizuri, una haki ya kupata usaidizi na maelezo kwa lugha yako bila kulipa ada yoyote na kwa wakati ufaao. Ikiwa wewe, au mtu unayemsaidia, ana tatizo la kusikia na/au la kuona ambalo linazuia mawasiliano, una haki ya kupata usaidizi na huduma za ziada bila kulipa ada yoyote na kwa wakati unaofaa. Ili kupata huduma za tafsiri au za ziada, tafadhali wasiliana na Huduma kwa Wanachama 1-833-890-0329 (TTY 711). |

| | |
|-----------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Tagalog: | Kung ikaw, o ang iyong tinutulungan, ay may mga katanungan tungkol sa Ambetter Health, 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 1-833-890-0329 (TTY 711). |
| Russian: | Если у вас или у лица, которому вы помогаете, возникли какие либо вопросы о программе страхования Ambetter Health, 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). |
| Thai: | หากคุณหรือคนที่คุณกำลังให้ความช่วยเหลือมีคำถามเกี่ยวกับ Ambetter Health และไม่ชำนาญในการใช้ภาษาอังกฤษ คุณมีสิทธิ์ที่จะขอรับความช่วยเหลือและข้อมูลในภาษาของคุณโดยไม่เสียค่าใช้จ่ายอย่างทันทีทันใด หากคุณหรือคนที่คุณกำลังให้ความช่วยเหลือมีภาวะด้านการฟังและ/หรือการมองเห็นที่เป็นอุปสรรคต่อการสื่อสาร คุณมีสิทธิ์ที่จะขอรับความช่วยเหลือและบริการเสริมโดยไม่เสียค่าใช้จ่ายอย่างทันทีทันใด หากต้องการบริการด้านการแปลหรือบริการเสริม โปรดติดต่อ บริการสำหรับสมาชิก ที่หมายเลข 1-833-890-0329 (TTY 711) |
| Karen: | နု, မုတမုာ် ပုလုနမုစါအီတဂါ, မုာ်အိဉ်ဒီးတၢ်သံကွၢ် ဘၣ်ဃး Ambetter Health, ဒီး မုာ်တသုဘၣ် အဲကလံးကျိဉ်ဂုဂုအယိ, နအိဉ်ဒီး တၢ်ခွဲးတၢ်ယာ်လၢ ကဟံးန့ၢ် တၢ်မုစါဒီး တၢ်ဂ့ၢ်တၢ်ကျိဉ်လၢ နကျိဉ်တၢ်ကတိၤဒၣ်န့ၢ် လၢတလၢဘၣ် ကျိဉ်စ့ဒီး လၢတၢ်ဆၢကတိၢ် ဖုဉ်ကိာ်အပူၤန့ၢ်လီၤ. နု, မုတမုာ် ပုလုနမုစါအီတဂါ, အိဉ်ဒီး တၢ်ကီတၢ်ခဲတၢ်အိဉ်သးဘၣ်ဃး တၢ်န့ၢ်ဟူတၢ်ဒီး /မုတမုာ် တၢ်ထံဉ် လၢအတြီဃာ် တၢ်ဆဲးကျၢဆဲးကျိးအယိ, နအိဉ်ဒီး တၢ်ခွဲးတၢ်ယာ်လၢ နကဒီးန့ၢ် တၢ်မုစါဆီဉ်ထွဲဒီး တၢ်တိစါမုစါတဖၣ် လၢတလၢဘၣ် ကျိဉ်စ့ဒီး လၢတၢ်ဆၢကတိၢ် ဖုဉ်ကိာ်အပူၤန့ၢ်လီၤ. ဒ်သိနကဒီးန့ၢ် တၢ်ကတိၤကျိးထံ မုတမုာ် တၢ်မုစါဆီဉ်ထွဲ အတၢ်ဖဲးတၢ်မုစါတဖၣ်အဂီၢ် ဝံသးစူၤ ဆဲးကျိး ဆူ တၢ်မုစါ ကရူၢ်ဖိဖဲ 1-833-890-0329 (TTY 711) န့ၢ်တက့ၢ်. |
| Burmese: | အကယ်၍ သင် သို့မဟုတ် သင်ကူညီနေသူတစ်ဦးသည် Ambetter Health အကြောင်းနှင့် ပတ်သက်၍ မေးခွန်းများ မေးလိုပြီး အင်္ဂလိပ်လို ကျွမ်းကျင်စွာ မပြောနိုင်ပါက သင့်တွင် အကူအညီနှင့် အချက်အလက်များကို သင့်ဘာသာစကားဖြင့် အကြောင်းပြောပေးစရာမလိုဘဲ အချိန်နှင့်တစ်ပြေးညီ ရယူပိုင်ခွင့်ရှိသည်။ အကယ်၍ သင် သို့မဟုတ် သင်ကူညီနေသူတစ်ဦးသည် ဆက်သွယ်ရေးကို အဟန့်အတားဖြစ်စေသော အကြားအာရုံ နှင့်/သို့မဟုတ် အမြင်အာရုံနှင့် သက်ဆိုင်သော အခြေအနေတစ်ခုရှိပါက သင့်တွင် အရန်အကူအညီများနှင့် ဝန်ဆောင်မှုများကို အကြောင်းပြောပေးစရာမလိုဘဲ အချိန်နှင့်တစ်ပြေးညီ ရယူပိုင်ခွင့်ရှိသည်။ ဘာသာပြန် သို့မဟုတ် အရန်ဝန်ဆောင်မှုများကို လက်ခံရယူရန် 1-833-890-0329 (TTY 711) ရှိ အဖွဲ့ဝင် ဝန်ဆောင်မှုများကို ဆက်သွယ်ပါ။ |
| Farsi: | اگر شما یا فردی که دارید به او کمک می کنید، سؤالی درباره Ambetter Health 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 دارد 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. |
| Tamil: | நீங்கள் அல்லது நீங்கள் உதவுகிற ஒருவருக்கு, Ambetter Health பற்றி ஏதேனும் கேள்விகள் இருந்தது, மேலும் ஆங்கிலத்தில் நிரூபணத்துவம் இல்லாவிட்டால், உங்கள் மொழியில் உதவியும் தகவல்களும் இலவசமாகவும், தேவையான நேரத்தில் பெறும் உரிமை உங்களுக்கு உள்ளது. நீங்கள் அல்லது நீங்கள் உதவி செய்யும் ஒருவருக்கு, தொடர்புக்கு இடையூறாக இருக்கும் செவிப்புலன் மற்றும்/அல்லது பார்வை கோளாறு இருந்தால், துணை உதவிகள் மற்றும் சேவைகளை இலவசமாகவும் சரியான நேரத்திலும் பெற உங்களுக்கு உரிமை உண்டு. மொழிபெயர்ப்பு அல்லது துணை சேவைகளைப் பெற, தயவுசெய்து உறுப்பினர் சேவைகள் ஐ 1-833-890-0329 (TTY 711) என்ற எண்ணில் தொடர்பு கொள்ளவும். |