



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/in/2026-brochures.html> o llame al 1-877-687-1182 (TTY 1-800-743-3333). 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 1-877-687-1182 (TTY 1-800-743-3333) para pedir una copia.

| Preguntas importantes   | Respuestas  | Por qué es importante:   |
|---|---|--|
| ¿Cuánto es el <a href="#">deducible</a> total?  | \$6,000 por miembro / \$12,000 por familia.   | En general, debe pagar todos los costos de los proveedores hasta la cantidad <a href="#">deducible</a> antes de que este <a href="#">plan</a> comience a pagar. Si tiene otros familiares en el <a href="#">plan</a> , cada familiar debe satisfacer su propio <a href="#">deducible</a> individual hasta que la cantidad total de gasto <a href="#">deducibles</a> pagados por todos los familiares satisfagan el <a href="#">deducible</a> familiar total.   |
| ¿Hay servicios cubiertos antes de alcanzar su <a href="#">deducible</a> ?                   | Sí. Los servicios de <a href="#">atención preventiva</a> , de atención primaria, los médicos especialistas y las consultas de <a href="#">atención de urgencia</a> y ciertos medicamentos recetados están cubiertos antes de que alcance su <a href="#">deducible</a> (ver información adicional a continuación). | Este <a href="#">plan</a> cubre algunos productos y servicios aunque aún no haya alcanzado la cantidad del <a href="#">deducible</a> . Sin embargo, se podría aplicar un <a href="#">copago</a> o un <a href="#">coseguro</a> . Por ejemplo, este <a href="#">plan</a> cubre ciertos <a href="#">servicios preventivos</a> sin <a href="#">costos compartidos</a> antes de que alcance su <a href="#">deducible</a> . Consulte una lista de <a href="#">servicios preventivos</a> cubiertos en <a href="https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/">https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/</a> |
| ¿Hay otros <a href="#">deducibles</a> para servicios específicos?                           | No.   | No debe pagar <a href="#">deducibles</a> por servicios específicos.  |
| ¿Cuánto es el <a href="#">límite de gastos de bolsillo</a> para este <a href="#">plan</a> ? | Para atención de <a href="#">proveedores de la red</a> : \$8,900 por miembro/\$17,800 por familia. No se aplica a <a href="#">proveedores fuera de la red</a> .   | El <a href="#">límite de gastos de bolsillo</a> es lo máximo que puede pagar en un año por servicios cubiertos. Si otros miembros de su familia pertenecen a este <a href="#">plan</a> , estos tienen que alcanzar sus propios <a href="#">límites de gastos de bolsillo</a> hasta que se alcance el <a href="#">límite de gastos de bolsillo</a> general de la familia.   |
| ¿Qué es lo que no está incluido en el <a href="#">límite de gastos de bolsillo</a> ?        | <a href="#">Primas</a> , cargos de <a href="#">facturación de saldo</a> , multas por no obtener <a href="#">autorización previa</a> para los servicios y atención de salud que este <a href="#">plan</a> no cubre.  | Aunque pague estos gastos, no cuentan para el <a href="#">límite de gastos de bolsillo</a> .   |

| Preguntas importantes   | Respuestas  | Por qué es importante:  |
|---|---|---|
| ¿Pagará menos si acude a un <a href="#">proveedor dentro de la red</a> ?                      | Sí. Visite <a href="https://ambetterhealth.com/en/in/findado">https://ambetterhealth.com/en/in/findado</a> o llame al 1-877-687-1182 (TTY 1-800-743-3333) para obtener una lista de <a href="#">proveedores de la red</a> . | Este <a href="#">plan</a> utiliza una <a href="#">red</a> de <a href="#">proveedores</a> . Pagará menos si usa un <a href="#">proveedor</a> que esté incluido en la <a href="#">red</a> del <a href="#">plan</a> . Pagará más si acude a un <a href="#">proveedor fuera de la red</a> , y es posible que reciba una factura de un <a href="#">proveedor</a> por la diferencia entre el cargo del <a href="#">proveedor</a> y lo que su <a href="#">plan</a> paga ( <a href="#">facturación de saldo</a> ). Tenga en cuenta que su <a href="#">proveedor de la red</a> puede usar un <a href="#">proveedor fuera de la red</a> para algunos servicios (como análisis de laboratorio). Consulte con su <a href="#">proveedor</a> antes de recibir los <a href="#">servicios</a> . |
| ¿Necesita una <a href="#">derivación</a> para atenderse con un <a href="#">especialista</a> ? | No.   | Puede ver al <a href="#">especialista</a> que usted elija sin una <a href="#">derivación</a> .  |

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

| Circunstancia médica común                                      | Servicios que podría necesitar  | Lo que usted pagará   |  | Limitaciones, excepciones y otra información importante  |
|---|---|---|--|--|
|   |   | Proveedor dentro de la red (Usted pagará el mínimo)   | Proveedor fuera de la red (Usted pagará el máximo) |  |
| Si acude al consultorio o clínica del <a href="#">proveedor</a> | Consulta con su médico de atención primaria para tratar una afección o lesión | \$40 <a href="#">Copago</a> / visita; <a href="#">deducible</a> no se aplica  | Sin cobertura                                      | Cubierto sin límite.   |
|   | Consulta con un <a href="#">especialista</a>                                  | \$80 <a href="#">Copago</a> / visita; <a href="#">deducible</a> no se aplica  | Sin cobertura                                      | Ninguno  |
|   | <a href="#">Atención preventiva/evaluación</a> /vacunas                       | Sin cargo; <a href="#">deducible</a> no se aplica   | Sin cobertura                                      | Es posible que tenga que pagar por los servicios que no son preventivos. Consulte a su <a href="#">proveedor</a> si los servicios que necesita son preventivos y luego verifique qué es lo que pagará el <a href="#">plan</a> .  |
| Si se realiza un examen   | <a href="#">Exámenes de diagnóstico</a> (radiografías, análisis de sangre)    | 40% <a href="#">Coseguro</a> para servicios profesionales y de laboratorio<br>40% <a href="#">Coseguro</a> para diagnóstico por imágenes y radiografías<br>40% <a href="#">Coseguro</a> para servicios de laboratorio y | Sin cobertura                                      | Se podría requerir una autorización previa. Cubierto sin límite. Otros lugares de servicio pueden ser un hospital, una sala de emergencias o un centro para pacientes ambulatorios.<br><br>Si no obtiene una autorización previa para los servicios que la requieran, eso dará lugar al rechazo de los beneficios. |

| Circunstancia médica común  | Servicios que podría necesitar   | Lo que usted pagará   |  | Limitaciones, excepciones y otra información importante  |
|---|--|---|--|--|
|   |  | Proveedor dentro de la red (Usted pagará el mínimo)   | Proveedor fuera de la red (Usted pagará el máximo) |  |
|   |  | profesionales, y radiografías y diagnóstico por imágenes en otros lugares de servicio   |  |  |
|   | Diagnóstico por imágenes (tomografía computarizada/ tomografía por emisión de positrones, imágenes por resonancia magnética) | 40% <a href="#">Coseguro</a>  | Sin cobertura                                      | Se podría requerir una autorización previa. Cubierto sin límite.   |
| <b>Si necesita un medicamento para tratar su enfermedad o condición médica.</b><br>Hay más información disponible sobre la <a href="https://ambetterhealth.com/en/in/2026/formulary">cobertura de medicamentos con receta médica</a> en <a href="https://ambetterhealth.com/en/in/2026/formulary">https://ambetterhealth.com/en/in/2026/formulary</a> | Medicamentos genéricos   | Nivel 1a: Venta minorista de medicamentos genéricos preferidos: \$20 <a href="#">Copago</a> / receta; <a href="#">deducible</a> no se aplica<br><br>Nivel 1b: Venta minorista de medicamentos genéricos: \$20 <a href="#">Copago</a> / receta; <a href="#">deducible</a> no se aplica | Sin cobertura                                      | Se podría requerir una autorización previa. Los medicamentos recetados se entregan en suministros de hasta 30 días a través de venta minorista y de hasta 90 días a través de los servicios de compra por correo. Las compras por correo están sujetas a un monto de <a href="#">costo compartido</a> 2.5 veces mayor que el de venta minorista. |
|   | Medicamentos de marca preferidos   | Nivel 2: Venta minorista: \$40 <a href="#">Copago</a> / receta; <a href="#">deducible</a> no se aplica  | Sin cobertura                                      | Se podría requerir una autorización previa. Los medicamentos recetados se entregan en suministros de hasta 30 días a través de venta minorista y de hasta 90 días a través de los servicios de compra por correo. Las compras por correo están sujetas a un monto de <a href="#">costo compartido</a> 2.5 veces mayor que el de venta minorista. |
|   | Medicamentos de marca no preferidos y genéricos no preferidos  | Nivel 3: Venta minorista: \$80 <a href="#">Copago</a> / receta  | Sin cobertura                                      |  |
|   | <a href="#">Medicamentos de especialidad</a>   | Nivel 4: Venta minorista: \$350 <a href="#">Copago</a> / receta   | Sin cobertura                                      | Se podría requerir una autorización previa. Los medicamentos recetados se entregan en suministros de hasta 30 días a través de venta minorista y de hasta 30 días a través de los servicios de compra por correo.  |
| <b>Si le hacen una cirugía ambulatoria</b>  | Tarifa del centro (p. ej., centro de cirugía ambulatoria)  | 40% <a href="#">Coseguro</a>  | Sin cobertura                                      | Se podría requerir una autorización previa. Cubierto sin límite.   |
|   | Tarifas del médico/cirujano  | 40% <a href="#">Coseguro</a>  | Sin cobertura                                      | Se podría requerir una autorización previa.  |

| 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 fuera de la red (Usted pagará el máximo) |   |
|   |   |  |  | Cubierto sin límite.  |
| <b>Si necesita atención médica inmediata</b>  | <a href="#">Atención en la Sala de Emergencias</a>  | 40% <a href="#">Coseguro</a>   | 40% <a href="#">Coseguro</a>                       | Ninguno   |
|   | <a href="#">Transporte médico de emergencia</a>     | 40% <a href="#">Coseguro</a>   | 40% <a href="#">Coseguro</a>                       | Cubierto sin límite. Nota: No se requiere autorización previa para el transporte de emergencia. Sin embargo, todo transporte que no sea de emergencia requiere autorización previa.   |
|   | <a href="#">Atención de urgencia</a>                | \$60 <a href="#">Copago</a> / visita; <a href="#">deducible</a> no se aplica   | Sin cobertura                                      | Ninguno   |
| <b>Si necesita hospitalización</b>  | Tarifa del centro (p. ej., habitación del hospital) | 40% <a href="#">Coseguro</a>   | Sin cobertura                                      | Se podría requerir una autorización previa. Cubierto sin límite.  |
|   | Tarifas del médico/cirujano                         | 40% <a href="#">Coseguro</a>   | Sin cobertura                                      | Se podría requerir una autorización previa. Cubierto sin límite.  |
| <b>Si necesita servicios de salud mental, salud conductual o de abuso de sustancias</b> | Servicios para pacientes ambulatorios               | Visita al consultorio: \$40 <a href="#">Copago</a> / visita; <a href="#">deducible</a> no se aplica; Otros servicios para pacientes ambulatorios: 40% <a href="#">Coseguro</a> | Sin cobertura                                      | Se podría requerir una autorización previa. Cubierto sin límite. (No se necesita autorización previa para las visitas al consultorio del <a href="#">proveedor de atención primaria</a> (PCP) o de otro médico).  |
|   | Servicios para pacientes hospitalizados             | 40% <a href="#">Coseguro</a>   | Sin cobertura                                      | Se podría requerir una autorización previa. Cubierto sin límite.  |
| <b>Si está embarazada</b>   | Visitas al consultorio                              | \$40 <a href="#">Copago</a> / visita; <a href="#">deducible</a> no se aplica   | Sin cobertura                                      | No se requiere autorización previa para los partos dentro del plazo estándar según las leyes federales, pero puede ser necesaria para otros servicios. El <a href="#">costo compartido</a> no se aplica a los <a href="#">servicios preventivos</a> , como los exámenes prenatales y postnatales de rutina. Según el tipo de servicios, podría aplicarse un <a href="#">coseguro</a> , un <a href="#">deducible</a> o un <a href="#">copago</a> . La atención por maternidad puede incluir pruebas y servicios descritos en otros |

| 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 fuera de la red (Usted pagará el máximo) |  |
|                            | Servicios profesionales para el nacimiento y el parto | 40% <a href="#">Coseguro</a>                        | Sin cobertura                                      | Se podría requerir una autorización previa. No se aplica <a href="#">costo compartido</a> a los <a href="#">servicios preventivos</a> . Según el tipo de servicios, podría aplicarse un <a href="#">coseguro</a> , un <a href="#">deducible</a> o un <a href="#">copago</a> . La atención por maternidad puede incluir pruebas y servicios descritos en otros apartados del Resumen de beneficios y cobertura (SBC) (p. ej., ecografía). |
|                            | Servicios hospitalarios para el nacimiento y el parto | 40% <a href="#">Coseguro</a>                        | 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 fuera de la red (Usted pagará el máximo) |   |
| <b>Si necesita servicios de recuperación o tiene otras necesidades especiales de salud</b> | <a href="#">Atención médica en el hogar</a> | 40% <a href="#">Coseguro</a>  | Sin cobertura                                      | Se podría requerir una autorización previa. Se limita a 100 visitas por año.  |
|  | <a href="#">Servicios de rehabilitación</a> | Atención ambulatoria: \$40 <a href="#">Copago</a> / visita; <a href="#">deducible</a> no se aplica<br>Servicios hospitalarios: 40% <a href="#">Coseguro</a> | Sin cobertura                                      | Pacientes ambulatorios: Se podría requerir una autorización previa. Se limita a 60 visitas combinadas al año (20 visitas cada una para fisioterapia para pacientes ambulatorios, terapia del habla y terapia ocupacional); se limita a 20 visitas al año para rehabilitación pulmonar. Nota: Los límites no se aplican para diagnósticos de trastorno por consumo de sustancias o de salud mental.<br>Pacientes hospitalizados: Se podría requerir una autorización previa. Se limita a 60 días al año (incluye los servicios de terapia de rehabilitación diurna prestados para pacientes ambulatorios). 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 dentro de la red (Usted pagará el mínimo)  | Proveedor fuera de la red (Usted pagará el máximo) |  |
|   | <a href="#">Servicios de habilitación</a>                       | Atención ambulatoria: \$40 <a href="#">Copago</a> / visita; <a href="#">deducible</a> no se aplica<br>Servicios hospitalarios 40% <a href="#">Coseguro</a> | Sin cobertura                                      | Pacientes ambulatorios: Se podría requerir una autorización previa. Se limita a 60 visitas combinadas al año (20 visitas cada una para fisioterapia para pacientes ambulatorios, terapia del habla y terapia ocupacional); se limita a 20 visitas al año para rehabilitación 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. Se limita a 60 días al año (incluye los servicios de terapia de rehabilitación diurna prestados para pacientes ambulatorios). Nota: Los límites no se aplican para diagnósticos de trastorno por consumo de sustancias o de salud mental. |
|   | <a href="#">Atención de enfermería especializada</a>            | 40% <a href="#">Coseguro</a>   | Sin cobertura                                      | Se podría requerir una autorización previa. Se limita a 90 días por año.   |
|   | <a href="#">Equipo médico duradero</a>                          | 40% <a href="#">Coseguro</a>   | Sin cobertura                                      | Se podría requerir una autorización previa. Cubierto sin límite.   |
|   | <a href="#">Servicios en un programa de cuidados paliativos</a> | 40% <a href="#">Coseguro</a>   | Sin cobertura                                      | Se podría requerir una autorización previa. Cubierto sin límite.   |
| <b>Si su hijo necesita servicios dentales o de la vista</b> | Examen de la vista para niños                                   | Sin cargo; No se aplica <a href="#">deducible</a>  | Sin cobertura                                      | Limitado a 1 consulta por año.   |
|   | Anteojos para niños   | Sin cargo; No se aplica <a href="#">deducible</a>  | Sin cobertura                                      | Se limita a 1 artículo por año.  |
|   | Control dental para niños                                       | No están cubiertos   | No están cubiertos                                 | Ninguno.   |

### Servicios excluidos y otros servicios cubiertos:

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

- |   |  |  |
|---|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>Aborto (a menos que el aborto esté permitido por el Código de Indiana 16-34-2-1 o según lo exija la legislación aplicable).</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>Atención dental (adultos)</li> <li>Atención dental (niños)</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>Cirugía bariátrica.</li> <li>Cirugía cosmética.</li> <li>Programas para bajar de peso.</li> </ul> |
|---|--|--|

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"> <li>• Acupuntura</li> <li>• Atención a largo plazo.</li> <li>• Atención de la vista de rutina (adultos).</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Atención que no es de emergencia cuando viaja fuera de los EE. UU.</li> <li>• Audífonos</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tratamiento de la infertilidad.</li> </ul> |
|--|---|---|

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"> <li>• Atención de quiropráctico (limitada a 12 visitas por año)</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cuidado de los pies de rutina.</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Servicio privado de enfermería (debe prestarse como parte de la atención de salud en el hogar; se limita a 82 visitas al año).</li> </ul> |
|---|--|--|

**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, 1-877-687-1182 (TTY 1-800-743-3333); Indiana Department of Insurance, 311 West Washington Street, Indianapolis, IN, 46204, Phone: 1-800-622-4461; Administración de Seguridad de Beneficios para Empleados del Departamento de Trabajo, 1-866-444-EBSA (3272); u Programa de Plan Multiestatal de la Oficina de Gestión de Personal, <https://www.opm.gov/healthcare-insurance/multi-state-plan-program/external-review/>. Es posible que haya otras opciones de cobertura disponibles para usted, como contratar una cobertura de seguro individual a través del [Mercado](#) de Seguros de Salud. Para obtener más información sobre el [Mercado](#), visite [www.HealthCare.gov](http://www.HealthCare.gov) o llame al 1-800-318-2596.

**Su derecho a presentar una queja o una apelación:** Hay organismos que pueden 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: Indiana Department of Insurance, 311 West Washington Street, Indianapolis, IN, 46204, Phone: 1-800-622-4461

#### ¿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 1-877-687-1182 (TTY 1-800-743-3333).

Tagalog (Tagalog): Kung kailangan ninyo ang tulong sa Tagalog tumawag sa 1-877-687-1182 (TTY 1-800-743-3333).

Chinese (中文): 如果需要中文的帮助, 请拨打这个号码 1-877-687-1182 (TTY 1-800-743-3333).

Navajo (Dine): Dinek'ehgo shika at'ohwol ninisingo, kwijigo holne' 1-877-687-1182 (TTY 1-800-743-3333).

*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](#) \$6,000
- [Médico especialista copago](#) \$80
- Hospital (centro) [coseguro](#) 40%
- Otro [coseguro](#) 40%

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)

|                                |                 |
|--------------------------------|-----------------|
| <b>Costo total del ejemplo</b> | <b>\$12,700</b> |
|--------------------------------|-----------------|

En este ejemplo, Peg pagaría:

| Costos compartidos                 |                |
|------------------------------------|----------------|
| <a href="#">Deducibles</a>         | \$6,000        |
| <a href="#">Copagos</a>            | \$50           |
| <a href="#">Coseguro</a>           | \$1,600        |
| Lo que no está cubierto            |                |
| Límites o exclusiones              | \$60           |
| <b>El total que Peg pagaría es</b> | <b>\$7,710</b> |

### Control de la diabetes tipo 2 de Joe

(un año de atención de rutina dentro de la red de una condición bien controlada)

- El [deducible](#) general del [plan](#) \$6,000
- [Médico especialista copago](#) \$80
- Hospital (centro) [coseguro](#) 40%
- Otro [coseguro](#) 40%

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)

|                                |                |
|--------------------------------|----------------|
| <b>Costo total del ejemplo</b> | <b>\$5,600</b> |
|--------------------------------|----------------|

En este ejemplo, Joe pagaría:

| Costos compartidos                 |                |
|------------------------------------|----------------|
| <a href="#">Deducibles</a>         | \$900          |
| <a href="#">Copagos</a>            | \$1,100        |
| <a href="#">Coseguro</a>           | \$0            |
| Lo que no está cubierto            |                |
| Límites o exclusiones              | \$20           |
| <b>El total que Joe pagaría es</b> | <b>\$2,020</b> |

### Fractura simple de Mia

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

- El [deducible](#) general del [plan](#) \$6,000
- [Médico especialista copago](#) \$80
- Hospital (centro) [coseguro](#) 40%
- Otro [coseguro](#) 40%

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)

|                                |                |
|--------------------------------|----------------|
| <b>Costo total del ejemplo</b> | <b>\$2,800</b> |
|--------------------------------|----------------|

En este ejemplo, Mia pagaría:

| Costos compartidos                 |                |
|------------------------------------|----------------|
| <a href="#">Deducibles</a>         | \$2,100        |
| <a href="#">Copagos</a>            | \$400          |
| <a href="#">Coseguro</a>           | \$0            |
| Lo que no está cubierto            |                |
| Límites o exclusiones              | \$0            |
| <b>El total que Mia pagaría es</b> | <b>\$2,500</b> |

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



|                            |  |
|----------------------------|--|
| <b>English:</b>            | 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 1-877-687-1182 (TTY 1-800-743-3333).   |
| <b>Spanish:</b>            | 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 1-877-687-1182 (TTY 1-800-743-3333).   |
| <b>Burmese:</b>            | အကယ်၍ သင် သို့မဟုတ် သင်ကူညီနေသူတစ်ဦးသည် Ambetter Health အကြောင်းနှင့် ပတ်သက်၍ မေးခွန်းများ မေးလိုပြီး အင်္ဂလိပ်လို ကျွမ်းကျင်စွာ မပြောနိုင်ပါက၊ သင့်တွင် အကူအညီနှင့် အချက်အလက်များကို သင့်ဘာသာစကားဖြင့် အခကြေးငွေ ပေးစရာမလိုဘဲ အချိန်နှင့်တစ်ပြေးညီ ရယူပိုင်ခွင့်ရှိပါသည်။ အကယ်၍ သင် သို့မဟုတ် သင်ကူညီနေသူတစ်ဦးသည် ဆက်သွယ်ရေးကို အဟန့်အတားဖြစ်စေသော အကြားအာရုံ နှင့်/သို့မဟုတ် အမြင်အာရုံနှင့် သက်ဆိုင်သော အခြေအနေတစ်ခုရှိပါက၊ သင့်တွင် အရန်အကူအညီများနှင့် ဝန်ဆောင်မှုများကို အခကြေးငွေ ပေးစရာမလိုဘဲ အချိန်နှင့်တစ်ပြေးညီ ရယူပိုင်ခွင့်ရှိပါသည်။ ဘာသာပြန် သို့မဟုတ် အရန်ဝန်ဆောင်မှုများကို လက်ခံရယူရန် 1-877-687-1182 (TTY 1-800-743-3333) ရှိ အဖွဲ့ဝင် ဝန်ဆောင်မှုများကို ဆက်သွယ်ပါ။ |
| <b>Chinese:</b>            | 如果您，或是您正在協助的對象，有關於 Ambetter Health 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 1-877-687-1182 (TTY 1-800-743-3333)。  |
| <b>German:</b>             | Falls Sie oder jemand, dem Sie helfen, Fragen zu Ambetter Health 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 1-877-687-1182 (TTY 1-800-743-3333).   |
| <b>Pennsylvania Dutch:</b> | Wann du, odder epper wer dir helft, hen Frooge iwwer Ambetter Health, un sin net proficient in Englisch, du hoscht die Recht um Helf zu griege un Information in dei Schprooch mitaus Koscht un in en zeitlich Manner. Wann du, odder epper wer dir helft, hen en Auditory un/odder Sehlich Condition die iss schlecht fer Communication, du hoscht die Recht Auxiliary Aids zu griege un Services mitaus Koscht un in en zeitlich Manner. Fer Iwwersetzing odder Auxiliary Services zu griege, sei so gut un ruff Member Services um 1-877-687-1182 (TTY 1-800-743-3333).   |
| <b>Haitian Creole:</b>     | Si ou menm, oswa yon moun w ap ede, gen kesyon sou Ambetter Health, epi nou pa mètrize Anglè, nou gen dwa pou jwenn èd ak enfòmasyon nan lang nou gratis epi nan moman ki apwopriye a. Si ou menm, oswa yon moun w ap ede, gen yon pwoblèm pou tande ak/oswa yon pwoblèm pou wè ki pètibe kominikasyon nou, nou gen dwa pou resevwa asistans ak sèvis oksilyè gratis epi nan moman ki apwopriye a. Pou resevwa sèvis tradiksyon oswa sèvis oksilyè yo, tanpri kontakte Sèvis Manm yo nan 1-877-687-1182 (TTY 1-800-743-3333).  |
| <b>Arabic:</b>             | إذا كان لديك أو لدى شخص تساعده أسئلة حول Ambetter Health، 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 تساعدته تعاني من حالة سمعية و/أو بصرية تعيق التواصل، فلديك الحق في تلقي مساعدات وخدمات إضافية من دون أي تكلفة وفي الوقت المناسب. لتلقي خدمات الترجمة أو خدمات إضافية، يرجى الاتصال بخدمات الأعضاء على 1-877-687-1182 (TTY 1-800-743-3333).   |

|                    |  |
|--------------------|--|
| <b>Korean:</b>     | 귀하 또는 귀하의 도움을 받는 분이 Ambetter Health에 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 1-877-687-1182 (TTY 1-800-743-3333) 번으로 가입자 서비스부에 연락해 주십시오.  |
| <b>Vietnamese:</b> | 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 1-877-687-1182 (TTY 1-800-743-3333).   |
| <b>French:</b>     | 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 1-877-687-1182 (TTY 1-800-743-3333).  |
| <b>Japanese:</b>   | ご自身やあなたが介護している他の人が、Ambetter Health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せん。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、1-877-687-1182 (TTY 1-800-743-3333)のメンバーサービスにご連絡ください。   |
| <b>Tagalog:</b>    | 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 paningin 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 pagsasalino o mga karagdagang serbisyo, mangyaring makipag-ugnayan sa Mga Serbisyo para sa Miyembro sa 1-877-687-1182 (TTY 1-800-743-3333). |
| <b>Punjabi:</b>    | ਜੇ ਤੁਸੀਂ, ਜਾਂ ਤੁਹਾਡੇ ਦੁਆਰਾ ਮਦਦ ਕੀਤੇ ਜਾਣ ਵਾਲੇ ਕਿਸੇ ਵਿਅਕਤੀ ਦੇ Ambetter Health ਬਾਰੇ ਕੋਈ ਸਵਾਲ ਹਨ, ਅਤੇ ਤੁਸੀਂ ਅੰਗਰੇਜ਼ੀ ਵਿੱਚ ਮੁਹਾਰਤ ਨਹੀਂ ਰੱਖਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਤੁਹਾਨੂੰ ਆਪਣੀ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਬਿਨਾਂ ਕਿਸੇ ਕੀਮਤ ਦੇ ਅਤੇ ਸਮੇਂ ਸਿਰ ਮਦਦ ਅਤੇ ਜਾਣਕਾਰੀ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰਨ ਦਾ ਅਧਿਕਾਰ ਹੈ। ਜੇ ਤੁਹਾਨੂੰ, ਜਾਂ ਤੁਹਾਡੇ ਦੁਆਰਾ ਮਦਦ ਕੀਤੇ ਜਾਣ ਵਾਲੇ ਕਿਸੇ ਵਿਅਕਤੀ ਨੂੰ ਸੁਣਨ ਅਤੇ/ਜਾਂ ਦੇਖਣ ਸੰਬੰਧੀ ਕੋਈ ਸਮੱਸਿਆ ਹੈ, ਜੇ ਸੰਚਾਰ ਵਿੱਚ ਰੁਕਾਵਟ ਪਾਉਂਦੀ ਹੈ, ਤਾਂ ਤੁਹਾਨੂੰ ਬਿਨਾਂ ਕਿਸੇ ਕੀਮਤ ਅਤੇ ਸਮੇਂ ਸਿਰ ਸਹਾਇਕ ਸਹਾਇਤਾ ਅਤੇ ਸੇਵਾਵਾਂ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰਨ ਦਾ ਅਧਿਕਾਰ ਹੈ। ਅਨੁਵਾਦ ਜਾਂ ਸਹਾਇਕ ਸੇਵਾਵਾਂ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰਨ ਲਈ, ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ 1-877-687-1182 (TTY 1-800-743-3333) 'ਤੇ ਮੈਂਬਰ ਸੇਵਾਵਾਂ ਨਾਲ ਸੰਪਰਕ ਕਰੋ।   |
| <b>Yoruba:</b>     | Bí iwọ, tàbí ẹnikan tí iwọ ń ràn lówó, bá ní ìbèèrè nípa Ambetter Health, tí o kò sì mọ èdè Gẹ̀ẹ̀sì sọ dárádára, o ní ẹ̀tọ́ láti rí ìrànlówó àti àlàyé gbà ní èdè ẹ̀rẹ̀ lófẹ̀ẹ̀ àti ní àkókò tó yẹ. Bí iwọ, tàbí ẹnikan tí iwọ ń ràn lówó, bá ní ìṣòrò ìgbọ̀rọ̀ àti/tàbí ìrírán tó ń dí ìbáraẹ̀nìsọ̀rọ̀ lówó, o ní ẹ̀tọ́ láti gba àwọn ohun ìrànwọ̀ ìgbọ̀rọ̀ àti àwọn iṣẹ̀ ìrànwọ̀ láìsanwọ̀ àti ní àkókò tó yẹ. Láti gba àwọn iṣẹ̀ ìtumọ̀ èdè tàbí àwọn iṣẹ̀ ìrànlówó, jọwọ kàn sí Àwọn iṣẹ̀ Ọmọ ẹgbẹ̀ ní 1-877-687-1182 (TTY 1-800-743-3333).  |
| <b>Thai:</b>       | หากคุณหรือคนที่คุณกำลังให้ความช่วยเหลือมีคำถามเกี่ยวกับ Ambetter Health และไม่ชำนาญในการใช้ภาษาอังกฤษ คุณมีสิทธิ์ที่จะขอรับความช่วยเหลือและข้อมูลในภาษาของคุณโดยไม่เสียค่าใช้จ่ายอย่างทันทางที่ หากคุณหรือคนที่คุณกำลังให้ความช่วยเหลือมีภาวะด้านการฟังและ/หรือการมองเห็นที่เป็นอุปสรรคต่อการสื่อสาร คุณมีสิทธิ์ที่จะขอรับความช่วยเหลือและบริการเสริมโดยไม่เสียค่าใช้จ่ายอย่างทันทางที่ หากต้องการบริการด้านการแปลหรือบริการเสริม โปรดติดต่อ บริการสำหรับสมาชิก ที่หมายเลข 1-877-687-1182 (TTY 1-800-743-3333)   |