



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/mi/2026-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 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 \$2,000 por miembro/\$4,000 por familia | En general, debe pagar todos los costos de los proveedores hasta la cantidad deducible antes de que este plan comience a pagar. Si tiene otros familiares en el plan , cada familiar debe satisfacer su propio deducible individual hasta que la cantidad total de gasto deducibles pagados por todos los familiares satisfagan el deducible familiar total. |
| ¿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 : \$8,200 por miembro/\$16,400 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 . |

| Preguntas importantes | Respuestas | Por qué es importante: |
|---|--|---|
| ¿Pagará menos si acude a un proveedor dentro de la red ? | Sí. Visite https://ambetterhealth.com/en/mi/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 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. | \$30 Copago / visita; deducible no se aplica | Sin cobertura | Cubierto sin límite. Sin costo compartido para consultar a un proveedor que no sea IHCP con remisión de un IHCP. |
| | Consulta con un especialista | Sin cargo. | \$60 Copago / visita; deducible no se aplica | Sin cobertura | Ninguno Sin costo compartido para consultar a un proveedor que no sea IHCP con remisión de un IHCP. |
| | Atención preventiva/evaluación /vacunas | Sin cargo. | Sin cargo; deducible no se aplica | Sin cobertura | Es posible que tenga que pagar por los servicios que no son preventivos. Consulte a su proveedor si los servicios que necesita son preventivos y luego verifique qué es lo que pagará el plan . |
| Si se realiza un examen | Exámenes de diagnóstico | Sin cargo. | 25% Coseguro para servicios | Sin cobertura | Se podría requerir una autorización previa. Cubierto sin límite. Otros lugares de servicio pueden ser un hospital, |

| 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) | |
| | (radiografías, análisis de sangre) | | profesionales y de laboratorio 25% Coseguro para diagnóstico por imágenes y radiografías 25% Coseguro para servicios de laboratorio y profesionales, y radiografías y diagnóstico por imágenes en otros lugares de servicio | | una sala de emergencias o un centro para pacientes ambulatorios. Si no obtiene una autorización previa para los servicios que la requieran, eso dará lugar al rechazo de los beneficios. Sin costo compartido para consultar a un proveedor que no sea IHCP con remisión de un IHCP. |
| | Diagnóstico por imágenes (tomografía computarizada/ tomografía por emisión de positrones, imágenes por resonancia magnética) | Sin cargo. | 25% 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 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/mi/2026formulary | Medicamentos genéricos | Sin cargo. | Nivel 1a: Venta minorista de medicamentos genéricos preferidos: \$15 Copago / receta; deducible no se aplica Nivel 1b: Venta minorista de medicamentos genéricos: \$15 Copago / receta; deducible no se aplica | Sin cobertura | Se podría requerir una autorización previa. Los medicamentos recetados se entregan en suministros de hasta 30 días a través de venta minorista y de hasta 90 días a través de los servicios de compra por correo. Las compras por correo están sujetas a un monto de costo compartido 2.5 veces mayor que el de venta minorista. Sin costo compartido para consultar a un proveedor que no sea IHCP con remisión de un IHCP. |
| | Medicamentos de marca preferidos | Sin cargo. | Nivel 2: Venta minorista: \$30 Copago / receta; deducible no se aplica | Sin cobertura | Se podría requerir una autorización previa. Los medicamentos recetados se entregan en suministros de hasta 30 días a través de venta minorista y de hasta 90 días a través de los servicios de compra por correo. Las compras por correo están sujetas a un monto de costo compartido 2.5 veces mayor que el de venta minorista. Sin costo compartido para consultar a un proveedor que no sea IHCP con remisión de un IHCP. |
| | Medicamentos de marca no preferidos y genéricos no preferidos | Sin cargo. | Nivel 3: Venta minorista: \$60 Copago / receta; deducible no se aplica | Sin cobertura | Se podría requerir una autorización previa. Los medicamentos recetados se entregan en suministros de hasta 30 días a través de venta minorista y de hasta 90 días a través de los servicios de compra por correo. Sin costo compartido para consultar a un proveedor que no sea IHCP con remisión de un IHCP. |
| | Medicamentos de especialidad | Sin cargo. | Nivel 4: Venta minorista: \$250 Copago / receta; deducible no se aplica | Sin cobertura | Se podría requerir una autorización previa. Los medicamentos recetados se entregan en suministros de hasta 30 días a través de venta minorista y de hasta 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. |

| 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 le hacen una cirugía ambulatoria | Tarifa del centro (p. ej., centro de cirugía ambulatoria) | Sin cargo. | 25% 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. | 25% Coseguro | Sin cobertura | Se podría requerir una autorización previa. Cubierto sin límite. Sin costo compartido para consultar a un proveedor que no sea IHCP con remisión de un IHCP. |
| Si necesita atención médica inmediata | Atención en la Sala de Emergencias | Sin cargo. | 25% Coseguro | 25% Coseguro | Ninguno Sin costo compartido para consultar a un proveedor que no sea IHCP conremisión de un IHCP. |
| | Transporte médico de emergencia | Sin cargo. | 25% Coseguro | 25% 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. | \$45 Copago / visita; deducible no se aplica | Sin cobertura | Ninguno Sin costo compartido para consultar a un proveedor que no sea IHCP con remisión de un IHCP. |
| Si necesita hospitalización | Tarifa del centro (p. ej., habitación del hospital) | Sin cargo. | 25% 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. | 25% Coseguro | Sin cobertura | Se podría requerir una autorización previa. Cubierto sin límite. Sin costo compartido para consultar a un proveedor que no sea IHCP con remisión de un IHCP. |

| Circunstancia médica común | Servicios que podría necesitar | Lo que usted pagará | | | Limitaciones, excepciones y otra información importante |
|---|---|---|--|--|--|
| | | Proveedor 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 salud mental, salud conductual o de abuso de sustancias | Servicios para pacientes ambulatorios | Sin cargo. | Visita al consultorio: \$30 Copago / visita; deducible no se aplica; Otros servicios para pacientes ambulatorios: 25% Coseguro | Sin cobertura | Se podría requerir una autorización previa. Cubierto sin límite. (No se necesita autorización previa para las visitas al consultorio del proveedor de atención primaria (PCP) o de otro médico). Sin costo compartido para consultar a un proveedor que no sea IHCP con remisión de un IHCP. |
| | Servicios para pacientes hospitalizados | Sin cargo. | 25% 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. | \$30 Copago / visita; deducible 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 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. | 25% 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. | 25% 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. |

| 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. | 25% 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 de rehabilitación | Sin cargo. | Atención ambulatoria: \$30 Copago / visita; deducible no se aplica Servicios hospitalarios 25% Coseguro | Sin cobertura | Pacientes ambulatorios: Se podría requerir una autorización previa. La rehabilitación para pacientes ambulatorios se limita a lo siguiente: 30 visitas anuales combinadas de fisioterapia y terapia ocupacional (combinadas con atención de quiropráctico), 30 visitas anuales de terapia del habla y 30 visitas anuales de terapia pulmonar. Nota: Los límites no se aplican para diagnósticos de trastorno por consumo de sustancias o de salud mental. 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: \$30 Copago / visita; deducible no se aplica Pacientes hospitalizados: 25% Coseguro | Sin cobertura | Pacientes ambulatorios: Se podría requerir una autorización previa. Los servicios ambulatorios de habilitación se limitan a lo siguiente: 30 visitas anuales combinadas de fisioterapia y terapia ocupacional (combinadas con atención de quiropráctico), 30 visitas anuales de terapia del habla y 30 visitas anuales de terapia pulmonar. Nota: Los límites no se aplican para diagnósticos de trastorno por consumo de sustancias o de salud mental. Pacientes hospitalizados: Se podría requerir una autorización previa. Cubierto sin límite. Sin costo compartido para consultar a un proveedor que no sea IHCP con remisión de un IHCP. |

| 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) | |
| | Atención de enfermería especializada | Sin cargo. | 25% Coseguro | Sin cobertura | Se podría requerir una autorización previa. Se limita a 45 días por año. Sin costo compartido para consultar a un proveedor que no sea IHCP con remisión de un IHCP. |
| | Equipo médico duradero | Sin cargo. | 25% 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. | 25% 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 casos de violación, incesto o cuando la vida de la miembro está en peligro) • Acupuntura • Atención a largo plazo. • Atención de la vista de rutina (adultos). | <ul style="list-style-type: none"> • Atención dental (adultos) • Atención dental (niños) • Atención que no es de emergencia cuando viaja fuera de los EE. UU. | <ul style="list-style-type: none"> • 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](#)).

- | | | |
|--|---|--|
| <ul style="list-style-type: none">• Atención de quiropráctico (se limita a 30 visitas combinadas al año (combinadas para terapia ocupacional, fisioterapia y atención de quiropráctico)).• Cirugía bariátrica (se limita a 1 cirugía de por vida) | <ul style="list-style-type: none">• Cuidado de los pies de rutina.• Programas para bajar de peso (programas para bajar de peso con supervisión médica y asesoramiento sobre la obesidad) | <ul style="list-style-type: none">• Tratamiento de infertilidad (se limita a servicios relacionados con pruebas de diagnóstico destinadas a descubrir la causa de la infertilidad) |
|--|---|--|

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 from Meridian, 1-833-993-2426 (TTY Relay 711); Michigan [Health Insurance](#) Consumer Assistance Program, 530 West Allegan Street, 7th Floor, Lansing, MI, 48933, Phone: 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 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: Michigan [Health Insurance](#) Consumer Assistance Program, 530 West Allegan Street, 7th Floor, Lansing, MI, 48933, Phone: 1-877-999-6442.

¿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 1-833-993-2426 (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, kwijigo 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](#) 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](#) \$2,000
- [Médico especialista copago](#) \$60
- Hospital (centro) [coseguro](#) 25%
- Otro [coseguro](#) 25%

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](#) \$2,000
- [Médico especialista copago](#) \$60
- Hospital (centro) [coseguro](#) 25%
- Otro [coseguro](#) 25%

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](#) \$2,000
- [Médico especialista copago](#) \$60
- Hospital (centro) [coseguro](#) 25%
- Otro [coseguro](#) 25%

Este EJEMPLO de evento incluye servicios como:

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

| | |
|--------------------------------|----------------|
| Costo total del ejemplo | \$2,800 |
|--------------------------------|----------------|

En este ejemplo, Mia pagaría:

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

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

| | |
|--------------------|--|
| English: | If you, or someone you are helping, have questions about Ambetter from Meridian, and are not proficient in English, you have the right to get help and information in your language at no cost and in a timely manner. If you, or someone you are helping, have an auditory and/or visual condition that impedes communication, you have the right to receive auxiliary aids and services at no cost and in a timely manner. To receive translation or auxiliary services, please contact Member Services at 1-833-993-2426 (TTY Relay 711). |
| Spanish: | Si usted, o alguien a quien está ayudando, tiene preguntas acerca de Ambetter from Meridian y no domina el inglés, tiene derecho a obtener ayuda e información en su idioma sin costo alguno y de manera oportuna. Si usted, o alguien a quien está ayudando, tiene un impedimento auditivo o visual que le dificulta la comunicación, tiene derecho a recibir ayuda y servicios auxiliares sin costo alguno y de manera oportuna. Para recibir servicios auxiliares o de traducción, comuníquese con Servicios para Miembros al 1-833-993-2426 (TTY Relay 711). |
| Arabic: | إذا كان لديك أو لدى شخص تساعد أسئلة حول Ambetter from Meridian، 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 و/أو بصرية تعيق التواصل، فلديك الحق في تلقي مساعدات وخدمات إضافية من دون أي تكلفة وفي الوقت المناسب. لتلقي خدمات الترجمة أو خدمات إضافية، يرجى الاتصال بخدمات الأعضاء على 1-833-993-2426 (TTY Relay 711). |
| Chinese: | 如果您或您正在協助的對象對 Ambetter from Meridian 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訊資訊。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 1-833-993-2426 (TTY Relay 711)。 |
| Tagalog: | Kung ikaw, o ang iyong tinutulongan, 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 tinutulongan, 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). |
| Vietnamese: | Nếu quý vị hoặc người mà quý vị đang giúp đỡ có câu hỏi về Ambetter from Meridian và không thành thạo tiếng Anh, quý vị có quyền được trợ giúp và nhận thông tin bằng ngôn ngữ của mình miễn phí và kịp thời. Nếu quý vị hoặc người mà quý vị đang giúp đỡ mắc bệnh về thính giác và/hoặc thị giác gây cản trở giao tiếp, quý vị có quyền được nhận các hỗ trợ và dịch vụ phụ trợ miễn phí và kịp thời. Để nhận dịch vụ thông dịch hoặc dịch vụ phụ trợ, vui lòng liên hệ bộ phận Dịch Vụ Thành Viên theo số 1-833-993-2426 (TTY Relay 711). |
| 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). |
| 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. 통역 또는 보조 서비스를 받으시려면 1-833-993-2426 (TTY Relay 711)번으로 가입자 서비스부에 연락해주시요. |

| | |
|------------------------|--|
| Russian: | <p>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).</p> |
| Italian: | <p>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).</p> |
| Polish: | <p>Jeśli Ty lub osoba, której pomagasz, macie pytania dotyczące Ambetter from Meridian, ale nie postugujecie 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).</p> |
| Albanian: | <p>Nëse ju, ose dikush që po ndihmoni, keni pyetje rreth Ambetter from Meridian dhe nuk e zotëroni gjuhën angleze, ju gëzoni të drejtën të merrni ndihmë dhe informacione në gjuhën tuaj, falas dhe menjëherë. Nëse ju, ose dikush që po ndihmoni, keni një problem me dëgjimin dhe/ose shikimin, që ju pengon komunikimin, ju gëzoni të drejtën të merrni mjete dhe shërbime ndihmëse, falas dhe menjëherë. Për të marrë shërbime përkthimi ose ndihmëse, kontaktoni Shërbimet e anëtarëve në numrin 1-833-993-2426 (TTY Relay 711).</p> |
| Bengali: | <p>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।</p> |
| Japanese: | <p>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。</p> |
| Serbo-Croatian: | <p>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.</p> |
| Syriac: | <p>1-833-993-2426 (TTY Relay 711)</p> |