



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 <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/mi/findadoc">https://ambetterhealth.com/en/mi/findadoc</a> o llame al 1-833-993-2426 (TTY Relay 711) 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 40% <a href="#">Coseguro</a> para diagnóstico por imágenes y radiografías 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.  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> Hay más información disponible sobre la <a href="https://ambetterhealth.com/en/mi/2026formulary">cobertura de medicamentos con receta médica</a> en <a href="https://ambetterhealth.com/en/mi/2026formulary">https://ambetterhealth.com/en/mi/2026formulary</a>	Medicamentos genéricos	Nivel 1a: Venta minorista de medicamentos genéricos preferidos: \$20 <a href="#">Copago</a> / receta; <a href="#">deducible</a> no se aplica  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. Si recibe servicios de un <a href="#">proveedor</a> de ambulancia terrestre o acuática fuera de la <a href="#">red</a> , es posible que deba pagar una <a href="#">facturación de saldo</a> .
	<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

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="#">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 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. Cubierto sin límite.
	<a href="#">Servicios de rehabilitación</a>	Atención ambulatoria: \$40 <a href="#">Copago</a> / visita; <a href="#">deducible</a> no se aplica Servicios hospitalarios: 40% <a href="#">Coseguro</a>	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.
	<a href="#">Servicios de habilitación</a>	Atención ambulatoria: \$40 <a href="#">Copago</a> / visita; <a href="#">deducible</a> no se aplica Servicios hospitalarios 40% <a href="#">Coseguro</a>	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.
	<a href="#">Atención de enfermería especializada</a>	40% <a href="#">Coseguro</a>	Sin cobertura	Se podría requerir una autorización previa. Se limita a 45 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.

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 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 (excepto en casos de violación, incesto o cuando la vida de la miembro está en peligro)</li> <li>• Acupuntura</li> <li>• Atención a largo plazo.</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Atención dental (niños)</li> <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>• Cirugía cosmética.</li> <li>• Enfermería privada.</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 (se limita a 30 visitas combinadas al año (combinadas para terapia ocupacional, fisioterapia y atención de quiropráctico)).</li> <li>• Atención odontológica (Se aplican los límites anuales de visitas y artículos para adultos. Límite anual de \$1000 al año por persona).</li> <li>• Atención oftalmológica de rutina (adultos: una consulta, un marco y un par de lentes. la cobertura asignada en dólares se aplica a artículos físicos).</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cirugía bariátrica (se limita a 1 cirugía de por vida)</li> <li>• Cuidado de los pies de rutina.</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Programas para bajar de peso (programas para bajar de peso con supervisión médica y asesoramiento sobre la obesidad)</li> <li>• Tratamiento de infertilidad (se limita a servicios relacionados con <a href="#">pruebas de diagnóstico</a> destinadas a descubrir la causa de la infertilidad)</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 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](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: 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](#) \$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:

<i>Costos compartidos</i>	
<a href="#">Deducibles</a>	\$6,000
<a href="#">Copagos</a>	\$50
<a href="#">Coseguro</a>	\$1,600
<i>Lo que no está cubierto</i>	
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:

<i>Costos compartidos</i>	
<a href="#">Deducibles</a>	\$900
<a href="#">Copagos</a>	\$1,100
<a href="#">Coseguro</a>	\$0
<i>Lo que no está cubierto</i>	
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:

<i>Costos compartidos</i>	
<a href="#">Deducibles</a>	\$2,100
<a href="#">Copagos</a>	\$400
<a href="#">Coseguro</a>	\$0
<i>Lo que no está cubierto</i>	
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 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).
<b>Spanish:</b>	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).
<b>Arabic:</b>	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).
<b>Chinese:</b>	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)。
<b>Tagalog:</b>	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 pagsasalín o mga karagdagang serbisyo, mangyaring makipag ugnayan sa Mga Serbisyo para sa Miyembro sa 1-833-993-2426 (TTY Relay 711).
<b>Vietnamese:</b>	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).
<b>German:</b>	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).
<b>Korean:</b>	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.

