




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/ga/2026-brochures.html> o llame al 1-877-687-1180 (TTY 1-877-941-9231). 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 1-877-687-1180 (TTY 1-877-941-9231) para pedir una copia.

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué es importante:
¿Cuánto es el <u>deducible</u> total?	\$0 con un <u>proveedor</u> de atención de salud indígena (IHCP) o con una <u>remisión</u> de un IHCP para consultar a un proveedor que no sea IHCP; o \$1,200 por miembro/\$2,400 por familia	En general, debe pagar todos los costos de los proveedores hasta la cantidad <u>deducible</u> antes de que este <u>plan</u> comience a pagar. Si tiene otros familiares en el <u>plan</u> , cada familiar debe satisfacer su propio <u>deducible</u> individual hasta que la cantidad total de gasto <u>deducibles</u> pagados por todos los familiares satisfagan el <u>deducible</u> familiar total.
¿Hay servicios cubiertos antes de alcanzar su <u>deducible</u> ?	Sí. Los servicios de <u>atención preventiva</u> , de atención primaria, los médicos especialistas y las consultas de <u>atención de urgencia</u> y ciertos medicamentos recetados están cubiertos antes de que alcance su <u>deducible</u> (ver información adicional a continuación).	Este <u>plan</u> cubre algunos productos y servicios aunque aún no haya alcanzado la cantidad del <u>deducible</u> . Sin embargo, se podría aplicar un <u>copago</u> o un <u>coseguro</u> . Por ejemplo, este <u>plan</u> cubre ciertos <u>servicios preventivos</u> sin <u>costos compartidos</u> antes de que alcance su <u>deducible</u> . Consulte una lista de <u>servicios preventivos</u> cubiertos en https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/ .
¿Hay otros <u>deducibles</u> para servicios específicos?	No.	No debe pagar <u>deducibles</u> por servicios específicos.
¿Cuánto es el <u>límite de gastos de bolsillo</u> para este <u>plan</u> ?	Para atención de <u>proveedores de la red</u> : \$9,150 por miembro/\$18,300 por familia. No se aplica a <u>proveedores fuera de la red</u> .	El <u>límite de gastos de bolsillo</u> es lo máximo que puede pagar en un año por servicios cubiertos. Si otros miembros de su familia pertenecen a este <u>plan</u> , estos tienen que alcanzar sus propios <u>límites de gastos de bolsillo</u> hasta que se alcance el <u>límite de gastos de bolsillo</u> general de la familia.
¿Qué es lo que no está incluido en el <u>límite de gastos de bolsillo</u> ?	<u>Primas</u> , cargos de <u>facturación de saldo</u> (a menos que la facturación a saldo esté prohibida), multas por no obtener <u>autorización previa</u> para los servicios y atención de salud que este <u>plan</u> no cubre.	Aunque pague estos gastos, no cuentan para el <u>límite de gastos de bolsillo</u> .

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué es importante:
¿Pagará menos si acude a un proveedor dentro de la red ?	Sí. Visite https://ambetterhealth.com/en/ga/findadoc o llame al 1-877-687-1180 (TTY 1-877-941-9231) 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.	\$25 Copago / visita; deducible no se aplica	Sin cobertura	Las Consultas de Atención Virtuales Ilimitadas, disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana, que reciba por parte del proveedor de telesalud designado de Ambetter están cubiertas Sin Cargo, los proveedores cuentan con cobertura completa y no se aplica deducible . 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 .

Circunstancia médica común	Servicios que podría necesitar	Proveedor dentro de la red (Usted pagará el mínimo)	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
			Proveedor de la red que no brinda atención de salud indígena (Usted pagará más)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará el máximo)	
Si se realiza un examen	Exámenes de diagnóstico (radiografías, análisis de sangre)	Sin cargo.	30% Coseguro para servicios profesionales y de laboratorio 30% Coseguro para diagnóstico por imágenes y radiografías 30% Coseguro para servicios de laboratorio y profesionales, y radiografías y diagnóstico por imágenes en otros lugares de servicio	Sin cobertura	<p>Se podría requerir una autorización previa. Cubierto sin límite. Otros lugares de servicio pueden ser un hospital, una sala de emergencias o un centro para pacientes ambulatorios.</p> <p>Si no obtiene una autorización previa para los servicios que la requieran, eso dará lugar al rechazo de los beneficios. Sin costo compartido para consultar a un proveedor que no sea IHCP con remisión de un IHCP.</p>
	Diagnóstico por imágenes (tomografía computarizada/ tomografía por emisión de positrones, imágenes por resonancia magnética)	Sin cargo.	30% Coseguro	Sin cobertura	<p>Se podría requerir una autorización previa. Cubierto sin límite. Sin costo compartido para consultar a un proveedor que no sea IHCP con remisión de un IHCP.</p>

Circunstancia médica común	Servicios que podría necesitar	Proveedor dentro de la red (Usted pagará el mínimo)	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
			Proveedor de la red que no brinda atención de salud indígena (Usted pagará más)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará el máximo)	
Si necesita un medicamento para tratar su enfermedad o condición médica. Hay más información disponible sobre la cobertura de medicamentos con receta médica en https://ambetterhealth.com/en/ga/2026formulary	Medicamentos genéricos	Sin cargo.	Nivel 1a: Venta minorista de medicamentos genéricos preferidos: \$3 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: \$40 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: 45% Coseguro	Sin cobertura	
	Medicamentos de especialidad	Sin cargo.	Nivel 4: Venta minorista: 50% Coseguro	Sin cobertura	Se podría requerir una autorización previa. Los medicamentos recetados se entregan en suministros de hasta 30 días a través de venta minorista y de hasta 30 días a través de los servicios de compra por correo. Sin costo compartido para consultar a un proveedor que no sea IHCP con remisión de un IHCP.

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.	30% Coseguro	Sin cobertura	Se podría requerir una autorización previa. Cubierto sin límite. Sin costo compartido para consultar a un proveedor que no sea IHCP con remisión de un IHCP.
	Tarifas del médico/cirujano	Sin cargo.	30% Coseguro	Sin cobertura	Se podría requerir una autorización previa. Cubierto sin límite. Sin costo compartido para consultar a un proveedor que no sea IHCP con remisión de un IHCP.
Si necesita atención médica inmediata	Atención en la Sala de Emergencias	Sin cargo.	30% Coseguro	30% Coseguro	Ninguno Sin costo compartido para consultar a un proveedor que no sea IHCP conremisión de un IHCP.
	Transporte médico de emergencia	Sin cargo.	30% Coseguro	30% Coseguro	Cubierto sin límite. Nota: No se requiere autorización previa para el transporte de emergencia. Sin embargo, todo transporte que no sea de emergencia requiere autorización previa. Si recibe servicios de un proveedor de ambulancia terrestre o acuática fuera de la red , es posible que deba pagar una facturación de saldo . Sin costo compartido para consultar a un proveedor que no sea IHCP con remisión de un IHCP.
	Atención de urgencia	Sin cargo.	\$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.
Si necesita hospitalización	Tarifa del centro (p. ej., habitación del hospital)	Sin cargo.	30% Coseguro	Sin cobertura	Se podría requerir una autorización previa. Cubierto sin límite. Sin costo compartido para consultar a un proveedor que no sea IHCP con remisión de un IHCP.
	Tarifas del médico/cirujano	Sin cargo.	30% Coseguro	Sin cobertura	Se podría requerir una autorización previa. Cubierto sin límite. Sin costo compartido para consultar a un proveedor que no sea IHCP con remisión de un IHCP.

Circunstancia médica común	Servicios que podría necesitar	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: \$25 Copago / visita; deducible no se aplica; Otros servicios para pacientes ambulatorios: 30% 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.	30% Coseguro	Sin cobertura	Se podría requerir una autorización previa. Cubierto sin límite. Sin costo compartido para consultar a un proveedor que no sea IHCP con remisión de un IHCP.
Si está embarazada	Visitas al consultorio	Sin cargo.	\$25 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.	30% Coseguro	Sin cobertura	Se podría requerir una autorización previa. No se aplica costo compartido a los servicios preventivos . Según el tipo de servicios, podría aplicarse un coseguro , un deducible o un copago . La atención por maternidad puede incluir pruebas y servicios descritos en otros apartados del Resumen de beneficios y cobertura (SBC) (p. ej., ecografía). Sin costo compartido para consultar a un proveedor que no sea IHCP con remisión de un IHCP.
	Servicios hospitalarios para el nacimiento y el parto	Sin cargo.	30% Coseguro	Sin cobertura	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.	30% Coseguro	Sin cobertura	Se podría requerir una autorización previa. Se limita a 120 visitas por año. Sin costo compartido para consultar a un proveedor que no sea IHCP con remisión de un IHCP.
	Servicios de rehabilitación	Sin cargo.	Atención ambulatoria: \$35 Copago / visita; deducible no se aplica Servicios hospitalarios 30% Coseguro	Sin cobertura	Pacientes ambulatorios: Se podría requerir una autorización previa. Se limita a 40 visitas al año para atención de quiropráctico, terapia del habla, fisioterapia y terapia ocupacional. 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: \$35 Copago / visita; deducible no se aplica Pacientes hospitalizados: 30% Coseguro	Sin cobertura	Pacientes ambulatorios: Se podría requerir una autorización previa. Se limita a 40 visitas al año para atención de quiropráctico, terapia del habla, fisioterapia y terapia ocupacional. Nota: Los límites no se aplican para diagnósticos de trastorno por consumo de sustancias o de salud mental. Pacientes hospitalizados: Se podría requerir una autorización previa. Cubierto sin límite. Sin costo compartido para consultar a un proveedor que no sea IHCP con remisión de un IHCP.
	Atención de enfermería especializada	Sin cargo.	30% Coseguro	Sin cobertura	Se podría requerir una autorización previa. Se limita a 60 días por año. Sin costo compartido para consultar a un proveedor que no sea IHCP con remisión de un IHCP.
	Equipo médico duradero	Sin cargo.	30% Coseguro	Sin cobertura	Se podría requerir una autorización previa. Cubierto sin límite. Sin costo compartido para consultar a un proveedor que no sea IHCP con remisión de un IHCP.

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)	
	Servicios en un programa de cuidados paliativos	Sin cargo.	30% Coseguro	Sin cobertura	Se podría requerir una autorización previa. Cubierto sin límite. Sin costo compartido para consultar a un proveedor que no sea IHCP con remisión de un IHCP.
Si su hijo necesita servicios dentales o de la vista	Examen de la vista para niños	Sin cargo.	Sin cargo; No se aplica deducible	Sin cobertura	Limitado a 1 consulta por año. Sin costo compartido para consultar a un proveedor que no sea IHCP con remisión de un IHCP.
	Anteojos para niños	Sin cargo.	Sin cargo; No se aplica deducible	Sin cobertura	Se limita a 1 artículo por año. Sin costo compartido para consultar a un proveedor que no sea IHCP con remisión de un IHCP.
	Control dental para niños	Sin cobertura.	No están cubiertos	No están cubiertos	Ninguno.

Servicios excluidos y otros servicios cubiertos:

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

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

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

- | | |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> • Atención odontológica (Se aplican los límites anuales de visitas y artículos para adultos. Límite anual de \$1000 al año por persona). • Atención oftalmológica de rutina (adultos: una consulta, un marco y un par de lentes. la cobertura asignada en dólares se aplica a artículos físicos). | <ul style="list-style-type: none"> • Atención de quiropráctico (limitada a un máximo combinado de 40 visitas al año para atención de quiropráctico, terapia del habla, fisioterapia y terapia ocupacional) • Cuidado de los pies de rutina. |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

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

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 Peach State Health [Plan](#), 1-877-687-1180 (TTY 1-877-941-9231); Georgia Office of Insurance and Safety Fire Commissioner, 2 Martin Luther King, Jr. Drive, West Tower, Suite 702, Atlanta, Georgia, 30334, Phone: 1-800-656-2298; 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 [Georgia Access](#), visite <https://georgiaaccess.gov/> o llame al 1-888-687-1503.

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: Georgia Office of Insurance and Safety Fire Commissioner, 2 Martin Luther King, Jr. Drive, West Tower, Suite 702, Atlanta, Georgia, 30334, Phone: 1-800-656-2298.

¿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 1-877-687-1180 (TTY 1-877-941-9231).

Tagalog (Tagalog): Kung kailangan ninyo ang tulong sa Tagalog tumawag sa 1-877-687-1180 (TTY 1-877-941-9231).

Chinese (中文): 如果需要中文的帮助, 请拨打这个号码 1-877-687-1180 (TTY 1-877-941-9231).

Navajo (Dine): Dinek'ehgo shika at'ohwol ninisingo, kwijigo holne' 1-877-687-1180 (TTY 1-877-941-9231).

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](#) \$1,200
- [Médico especialista copago](#) \$60
- Hospital (centro) [coseguro](#) 30%
- Otro [coseguro](#) 30%

Este EJEMPLO de evento incluye servicios como:

Visitas al consultorio del [especialista](#) (atención prenatal)
 Servicios profesionales para el nacimiento y el parto
 Servicios hospitalarios para el nacimiento y el parto
[Exámenes de diagnóstico](#) (ecografías y análisis de sangre)
 Consulta con un [especialista](#) (anestesia)

Costo total del ejemplo \$12,700

En este ejemplo, Peg pagaría:

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

Control de la diabetes tipo 2 de Joe

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

- El [deducible](#) general del [plan](#) \$1,200
- [Médico especialista copago](#) \$60
- Hospital (centro) [coseguro](#) 30%
- Otro [coseguro](#) 30%

Este EJEMPLO de evento incluye servicios como:

Visitas al consultorio del [médico de atención primaria](#) (incluye la educación sobre enfermedades)
[Exámenes de diagnóstico](#) (análisis de sangre)
[Medicamentos recetados](#)
[Equipo médico duradero](#) (glucómetro)

Costo total del ejemplo \$5,600

En este ejemplo, Joe pagaría:

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

Fractura simple de Mia

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

- El [deducible](#) general del [plan](#) \$1,200
- [Médico especialista copago](#) \$60
- Hospital (centro) [coseguro](#) 30%
- Otro [coseguro](#) 30%

Este EJEMPLO de evento incluye servicios como:

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

Costo total del ejemplo \$2,800

En este ejemplo, Mia pagaría:

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

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



FROM



English:	If you, or someone you are helping, have questions about Ambetter from Peach State Health Plan, 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 1-877-687-1180 (TTY 1-877-941-9231).
Spanish:	Si usted, o alguien a quien está ayudando, tiene preguntas acerca de Ambetter from Peach State Health Plan 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 1-877-687-1180 (TTY 1-877-941-9231).
Chinese:	如果您或您正在協助的對象對 Ambetter from Peach State Health Plan 所提供的任何服務有問題，且不精通英語，您有權利免費並及時以您的母語獲得幫助和資訊。如果您或您正在協助的對象有聽力和/或視力上的問題，阻礙了溝通，您有權利免費並及時獲得輔助支援與服務。若要取得翻譯或輔助服務，請聯絡會員服務部，電話是 1-877-687-1180 (TTY 1-877-941-9231)。
Yoruba:	Bí iwọ, tàbí ẹnikan tí iwọ n ràn lówó, bá ní ibèèrè nipa Ambetter from Peach State Health Plan, tí o kò sí mọ èdè Gẹ̀ẹ̀sì sọ dádádára, o ní ẹ̀tọ́ láti rí irànlówó àti àlàyé gbà ní èdè rẹ lófẹ́ẹ̀ àti ní àkókò tó yẹ. Bí iwọ, tàbí ẹnikan tí iwọ n ràn lówó, bá ní ìsòro igbòrò àti/tàbí ìrìran tó n dí ibáraenisòrò lówó, o ní ẹ̀tọ́ láti gba àwọn ohun irànwó igbòrò àti àwọn isẹ irànwó láisanwó àti ní àkókò tó yẹ. Láti gba àwọn isẹ itumọ èdè tàbí àwọn isẹ irànlówó, jọwọ kàn sí Àwọn isẹ Ọmọ egbé ní 1-877-687-1180 (TTY 1-877-941-9231).
Vietnamese:	Nếu quý vị hoặc người mà quý vị đang giúp đỡ có câu hỏi về Ambetter from Peach State Health Plan 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 1-877-687-1180 (TTY 1-877-941-9231).
Korean:	귀하 또는 귀하의 도움을 받는 분이 Ambetter from Peach State Health Plan에 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 1-877-687-1180 (TTY 1-877-941-9231)번으로 가입자 서비스부에 연락해 주십시오.
Hindi:	अगर आप या कोई ऐसा व्यक्ति जिसकी आप सहायता कर रहे हैं, के पास Ambetter from Peach State Health Plan से जुड़े प्रश्न हैं और आप दोनों अंग्रेज़ी में माहिर नहीं हैं, तो आपको अपनी भाषा में मुफ्त और समय पर सहायता और जानकारी प्राप्त करने का अधिकार है. अगर आपको या किसी ऐसे व्यक्ति को जिसकी आप मदद कर रहे हैं, सुनने और/या देखने में समस्या होती है और इससे बातचीत बाधित होती है, तो आपको बिना किसी लागत के और समय पर सहायक सहायता और सेवाएं प्राप्त करने का अधिकार है. अनुवाद या सहायक सेवाएं प्राप्त करने के लिए कृपया 1-877-687-1180 (TTY 1-877-941-9231) पर सदस्य सेवाएं से संपर्क करें.
French:	Si vous même ou une personne que vous aidez avez des questions à propos d'Ambetter from Peach State Health Plan 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 1-877-687-1180 (TTY 1-877-941-9231).

Amharic:	<p>እርስዎ ወይም ሌላ የሚያግዙት ሰው፣ ስለ Ambetter from Peach State Health Plan ጥያቄ ካለዎት እና እንግሊዘኛ ብቁ ካልሆኑ፣ ያለምንም ወጪ እና በጊዜው በቋንቋዎ እርዳታ እና መረጃ የማግኘት መብት አልዎት። እርስዎ ወይም ሌላ የሚያግዙት ሰው፣ ግንኙነትን የሚያደናቅፍ የመስማት እና/ወይም የኢይታ ችግር ካልዎት፣ ኢጋዥ እርዳታዎችን እና አገልግሎቶችን ያለ ምንም ወጪ እና በጊዜው የመቀበል መብት አልዎት። የትርጉም ወይም ረዳት አገልግሎቶችን ለማግኘት እባክዎ በ 1-877-687-1180 (TTY 1-877-941-9231) የአባል አገልግሎቶችን ያደግፉ።</p>
Portuguese:	<p>Se tiver dúvidas ou estiver a ajudar uma pessoa com dúvidas acerca do Ambetter from Peach State Health Plan e não falar inglês, tem direito a obter ajuda e informações no seu idioma, sem qualquer custo e de forma atempada. Se tiver uma condição visual e/ou auditiva que dificulte a comunicação ou estiver a ajudar uma pessoa com uma condição deste tipo, tem direito a receber equipamentos ou serviços de assistência, sem qualquer custo e de forma atempada. Para ter acesso a traduções ou a serviços de assistência, contacte os Serviços de Membros através do número 1-877-687-1180 (TTY 1-877-941-9231).</p>
Gujarati:	<p>જો તમને અથવા તમે જેમની મદદ કરી રહ્યા હો એવી કોઈ વ્યક્તિને Ambetter from Peach State Health Plan વિશે પ્રશ્નો હોય અને અંગ્રેજીમાં પ્રવીણ ન હોય, તો તમને કોઈ ખર્ચ કર્યા વિના અને સમયસર તમારી ભાષામાં મદદ તથા માહિતી મેળવવાનો અધિકાર છે. જો તમે અથવા તમે જેમની મદદ કરી રહ્યા હો એવી કોઈ વ્યક્તિ શ્રવણશક્તિ અને/અથવા દૃષ્ટિવિષયક અવસ્થાથી પીડિત હોય કે જે સંચારને અવરોધતી હોય, તો તમને કોઈ ખર્ચ કર્યા વિના અને સમયસર સહાયક સહાય તથા સેવાઓ પ્રાપ્ત કરવાનો અધિકાર છે. અનુવાદ અથવા સહાયક સેવાઓ પ્રાપ્ત કરવા માટે, કૃપા કરીને 1-877-687-1180 (TTY 1-877-941-9231) પર સભ્યની સેવાઓનો સંપર્ક કરો.</p>
Telugu:	<p>మీకు లేదా మీరు సహాయం చేస్తున్న వ్యక్తికి Ambetter from Peach State Health Plan గురించి ప్రశ్నలు ఉంటే మరియు మీరు ఇంగ్లీష్‌లో నిపుణులు కాకపోతే, మీకు మీ భాషలో సహాయం మరియు సమాచారం సమయానుకూలంగా మరియు ఉచితంగా పొందే హక్కు ఉంది. మీకు లేదా మీరు సహాయం చేస్తున్న వ్యక్తికి వినికిడి మరియు/లేదా దృశ్య సంబంధిత శారీరక పరిస్థితి వల్ల కమ్యూనికేషన్‌లో ఆటంకం కలిగితే, మీరు సహాయక పరికరాలు మరియు సేవలను సమయానుకూలంగా మరియు ఉచితంగా పొందే హక్కు కలిగి ఉన్నారు. అనువాదం లేదా సహాయక సేవలను పొందడానికి, దయచేసి మెంబర్ సర్వీస్‌స్ ను 1-877-687-1180 (TTY 1-877-941-9231) ద్వారా సంప్రదించండి.</p>
Arabic:	<p>إذا كان لديك أو لدى شخص تساعد أسئلة حول Ambetter from Peach State Health Plan، 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 1-877-687-1180 (TTY 1-877-941-9231).</p>
German:	<p>Falls Sie oder jemand, dem Sie helfen, Fragen zu Ambetter from Peach State Health Plan 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 1-877-687-1180 (TTY 1-877-941-9231).</p>
Haitian Creole:	<p>Si ou menm, oswa yon moun w ap ede, gen kesyon sou Ambetter from Peach State Health Plan, 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 1-877-687-1180 (TTY 1-877-941-9231).</p>
Swahili:	<p>Ikiwa wewe, au mtu unayemsaidia, ana maswali kuhusu Ambetter from Peach State Health Plan, na huelewi Kiingereza vizuri, una haki ya kupata usaidizi na maelezo kwa lugha yako bila kulipa ada yoyote na kwa wakati ufaao. Ikiwa wewe, au mtu unayemsaidia, ana tatizo la kusikia na/au la kuona ambalo linazuia mawasiliano, una haki ya kupata usaidizi na huduma za ziada bila kulipa ada yoyote na kwa wakati unaofaa. Ili kupata huduma za tafsiri au za ziada, tafadhali wasiliana na Huduma kwa Wanachama 1-877-687-1180 (TTY 1-877-941-9231).</p>