



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/la/2026-brochures.html> o llame al 1-833-635-0450 (TTY 711). Para ver las definiciones de términos frecuentes, como [cantidad permitida](#), [facturación de saldo](#), [coseguro](#), [copago](#), [deducible](#), [proveedor](#) u otros términos subrayados, consulte el glosario. Puede consultar el glosario en <https://www.healthcare.gov/sbc-glossary> o llamar al 1-833-635-0450 (TTY 711) para pedir una copia.

| Preguntas importantes | Respuestas | Por qué es importante: |
|---------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ¿Cuánto es el deducible total? | \$8,450 por miembro / \$16,900 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 : \$10,150 por miembro/\$20,300 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/la/findado o llame al 1-833-635-0450 (TTY 711) para obtener una lista de proveedores de la red . | Este plan utiliza una red de proveedores . Pagará menos si usa un proveedor que esté incluido en la red del plan . Pagará más si acude a un proveedor fuera de la red , y es posible que reciba una factura de un proveedor por la diferencia entre el cargo del proveedor y lo que su plan paga (facturación de saldo). Tenga en cuenta que su proveedor de la red puede usar un proveedor fuera de la red para algunos servicios (como análisis de laboratorio). Consulte con su proveedor antes de recibir los servicios . |
| ¿Necesita una derivación para atenderse con un especialista ? | No. | Puede ver al especialista que usted elija sin una derivación . |

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

| Circunstancia médica común | Servicios que podría necesitar | Lo que usted pagará | | Limitaciones, excepciones y otra información importante |
|-----------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| | | Proveedor dentro de la red (Usted pagará el mínimo) | Proveedor 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 | \$40 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 . |
| | Consulta con un especialista | \$90 Copago / visita; deducible no se aplica | Sin cobertura | Ninguno |
| | Atención preventiva/ evaluación /vacunas | 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 (radiografías, análisis de sangre) | \$50 Copago / visita; deducible no se aplica para servicios profesionales y de laboratorio | 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. |

| 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) | |
| | | 50% Coseguro para diagnóstico por imágenes y radiografías 50% Coseguro para servicios de laboratorio y profesionales, y radiografías y diagnóstico por imágenes en otros lugares de servicio | | Si no obtiene una autorización previa para los servicios que la requieran, eso dará lugar al rechazo de los beneficios. |
| | Diagnóstico por imágenes (tomografía computarizada/ tomografía por emisión de positrones, imágenes por resonancia magnética) | 50% Coseguro | 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) | |
| 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/la/2026/formulary | Medicamentos genéricos | Nivel 1a: Venta minorista de medicamentos genéricos preferidos: \$3 Copago / receta; deducible no se aplica Nivel 1b: Venta minorista de medicamentos genéricos: \$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. |
| | Medicamentos de marca preferidos | Nivel 2: Venta minorista: 45% Coseguro | Sin cobertura | Se podría requerir una autorización previa. Los medicamentos recetados se entregan en suministros de hasta 30 días a través de venta minorista y de hasta 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. |
| | Medicamentos de marca no preferidos y genéricos no preferidos | Nivel 3: Venta minorista: 45% Coseguro | Sin cobertura | Se podría requerir una autorización previa. Los medicamentos recetados se entregan en suministros de hasta 30 días a través de venta minorista y de hasta 30 días a través de los servicios de compra por correo. (Nota: Se limita al copago o coseguro aplicable a la cantidad de medicamentos especializados por niveles que no supere los \$150 dólares al mes por cada medicamento hasta un suministro para treinta días, una vez cubierto el deducible). |
| | Medicamentos de especialidad | Nivel 4: Venta minorista: 50% Coseguro . Se aplica un máximo de \$150 después de cubrir el deducible | Sin cobertura | |
| Si le hacen una cirugía ambulatoria | Tarifa del centro (p. ej., centro de cirugía ambulatoria) | 50% Coseguro | Sin cobertura | Se podría requerir una autorización previa. Cubierto sin límite. |
| | Tarifas del médico/cirujano | 50% Coseguro | 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) | |
| Si necesita atención médica inmediata | Atención en la Sala de Emergencias | 50% Coseguro | 50% Coseguro | Ninguno |
| | Transporte médico de emergencia | 50% Coseguro | 50% 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. |
| | Atención de urgencia | \$50 Copago / visita; deducible no se aplica | Sin cobertura | Ninguno |
| Si necesita hospitalización | Tarifa del centro (p. ej., habitación del hospital) | 50% Coseguro | Sin cobertura | Se podría requerir una autorización previa. Cubierto sin límite. |
| | Tarifas del médico/cirujano | 50% Coseguro | Sin cobertura | Se podría requerir una autorización previa. Cubierto sin límite. |
| Si necesita servicios de salud mental, salud conductual o de abuso de sustancias | Servicios para pacientes ambulatorios | Visita al consultorio: \$40 Copago / visita; deducible no se aplica; Otros servicios para pacientes ambulatorios: 50% 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). |
| | Servicios para pacientes hospitalizados | 50% Coseguro | Sin cobertura | Se podría requerir una autorización previa. Cubierto sin límite. |
| Si está embarazada | Visitas al consultorio | \$40 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). |

| Circunstancia médica común | Servicios que podría necesitar | Lo que usted pagará | | Limitaciones, excepciones y otra información importante |
|----------------------------|-------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|----------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| | | Proveedor dentro de la red (Usted pagará el mínimo) | Proveedor fuera de la red (Usted pagará el máximo) | |
| | Servicios profesionales para el nacimiento y el parto | 50% 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). |
| | Servicios hospitalarios para el nacimiento y el parto | 50% Coseguro | Sin cobertura | |

| Circunstancia médica común | Servicios que podría necesitar | Lo que usted pagará | | Limitaciones, excepciones y otra información importante |
|--------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| | | Proveedor dentro de la red (Usted pagará el mínimo) | Proveedor 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 | 50% Coseguro | Sin cobertura | Se podría requerir una autorización previa. Cubierto sin límite. |
| | Servicios de rehabilitación | Atención ambulatoria: 50% Coseguro Servicios hospitalarios: 50% Coseguro | Sin cobertura | Pacientes ambulatorios: Se podría requerir una autorización previa. Cubierto sin límite. Pacientes hospitalizados: Se podría requerir una autorización previa. Cubierto sin límite. |
| | Servicios de habilitación | Atención ambulatoria: 50% Coseguro Servicios hospitalarios 50% Coseguro | Sin cobertura | Pacientes ambulatorios: Se podría requerir una autorización previa. Cubierto sin límite. Pacientes hospitalizados: Se podría requerir una autorización previa. Cubierto sin límite. |
| | Atención de enfermería especializada | 50% Coseguro | Sin cobertura | Se podría requerir una autorización previa. Cubierto sin límite. |
| | Equipo médico duradero | 50% Coseguro | Sin cobertura | Se podría requerir una autorización previa. Cubierto sin límite. Nota: Los alimentos médicos/productos alimenticios bajos en proteínas para el tratamiento de enfermedades metabólicas hereditarias están sujetos a los montos aplicables de deducible , coseguro y copago ; el costo compartido del miembro no excederá más de \$200 dólares por mes. |
| | Servicios en un programa de cuidados paliativos | 50% Coseguro | Sin cobertura | Se podría requerir una autorización previa. Cubierto sin límite. |
| Si su hijo necesita servicios dentales o de la vista | Examen de la vista para niños | Sin cargo; No se aplica deducible | Sin cobertura | Limitado a 1 consulta por año. |
| | Anteojos para niños | Sin cargo; No se aplica deducible | 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"> • Aborto (excepto en los casos en que la vida de la miembro está en peligro) | <ul style="list-style-type: none"> • Atención dental (niños) | <ul style="list-style-type: none"> • Cirugía cosmética. • Programas para bajar de peso. |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

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">• Acupuntura• Atención a largo plazo. | <ul style="list-style-type: none">• Atención que no es de emergencia cuando viaja fuera de los EE. UU.• Cirugía bariátrica. | <ul style="list-style-type: none">• Tratamiento de la infertilidad. |
|------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|

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

| | | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none">• Atención de quiropráctico.• Atención odontológica (Se aplican los límites anuales de visitas y artículos para adultos. Límite anual de \$1000 al año por persona). | <ul style="list-style-type: none">• Atención oftalmológica de rutina (adultos: una consulta, un marco y un par de lentes. la cobertura asignada en dólares se aplica a artículos físicos).• Audífonos (limitado a 1 audífono por oído cada 3 años) | <ul style="list-style-type: none">• Cuidado de los pies de rutina.• Servicios de enfermería privada (Solo para consultas en el hogar y pacientes ambulatorios (se excluyen los pacientes hospitalizados)) |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

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 Louisiana Healthcare Connections, 1-833-635-0450 (TTY 711); Louisiana Department of Insurance, P.O. Box 94214, Baton Rouge, LA, 70804, Phone: 1-800-259-5300; 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: Louisiana Department of Insurance, P.O. Box 94214, Baton Rouge, LA, 70804, Phone: 1-800-259-5300

¿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 1-833-635-0450 (TTY 711).

Tagalog (Tagalog): Kung kailangan ninyo ang tulong sa Tagalog tumawag sa 1-833-635-0450 (TTY 711).

Chinese (中文): 如果需要中文的帮助, 请拨打这个号码 1-833-635-0450 (TTY 711).

Navajo (Dine): Dinek'ehgo shika at'ohwol ninisingo, kwijigo holne' 1-833-635-0450 (TTY 711).

Para ver ejemplos de cómo este [plan](#) podría cubrir los costos de una situación médica de ejemplo, consulte la siguiente sección.

Acerca de estos ejemplos de cobertura:



Esta no es una herramienta de cálculo de costos. Los tratamientos que se muestran son solo ejemplos de cómo puede este [plan](#) cubrir la atención médica. Sus costos reales pueden variar según el tratamiento real que reciba, los precios que sus [proveedores](#) cobren y muchos otros factores. Fíjese en las cantidades de [costo compartido](#) ([deducibles](#), [copagos](#) y [coseguro](#)) y en los [servicios excluidos](#) por el [plan](#). Use esta información para comparar la parte de los costos que podría pagar con los distintos [planes](#) médicos. Tenga presente que estos ejemplos de cobertura se basan solo en una cobertura individual.

Peg va a tener un bebé
(9 meses de atención prenatal dentro de la red y parto en el hospital)

- El [deducible](#) general del [plan](#) \$8,450
- [Médico especialista copago](#) \$90
- Hospital (centro) [coseguro](#) 50%
- Otro [coseguro](#) 50%

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:

| <i>Costos compartidos</i> | |
|------------------------------------|----------------|
| Deducibles | \$8,450 |
| Copagos | \$600 |
| Coseguro | \$200 |
| <i>Lo que no está cubierto</i> | |
| Límites o exclusiones | \$60 |
| El total que Peg pagaría es | \$9,310 |

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](#) \$8,450
- [Médico especialista copago](#) \$90
- Hospital (centro) [coseguro](#) 50%
- Otro [coseguro](#) 50%

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:

| <i>Costos compartidos</i> | |
|------------------------------------|----------------|
| Deducibles | \$3,900 |
| Copagos | \$800 |
| Coseguro | \$0 |
| <i>Lo que no está cubierto</i> | |
| Límites o exclusiones | \$20 |
| El total que Joe pagaría es | \$4,720 |

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

- El [deducible](#) general del [plan](#) \$8,450
- [Médico especialista copago](#) \$90
- Hospital (centro) [coseguro](#) 50%
- Otro [coseguro](#) 50%

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:

| <i>Costos compartidos</i> | |
|------------------------------------|----------------|
| Deducibles | \$2,500 |
| Copagos | \$300 |
| Coseguro | \$0 |
| <i>Lo que no está cubierto</i> | |
| Límites o exclusiones | \$0 |
| El total que Mia pagaría es | \$2,800 |

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



FROM



| | |
|--------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| English: | If you, or someone you are helping, have questions about Ambetter from Louisiana Healthcare Connections, 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 1-833-635-0450 (TTY 711). |
| Spanish: | Si usted, o alguien a quien está ayudando, tiene preguntas acerca de Ambetter from Louisiana Healthcare Connections 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 1-833-635-0450 (TTY 711). |
| French: | Si vous même ou une personne que vous aidez avez des questions à propos d'Ambetter from Louisiana Healthcare Connections et que vous ne maîtrisez pas l'anglais, vous pouvez bénéficier gratuitement et en temps utile d'aide et d'informations dans votre langue. Si vous même ou une personne que vous aidez souffrez d'un trouble auditif ou visuel qui entrave la communication, vous pouvez bénéficier gratuitement et en temps utile d'aides et de services auxiliaires. Pour profiter de services de traduction ou de services auxiliaires, veuillez contacter Services aux membres au 1-833-635-0450 (TTY 711). |
| Vietnamese: | Nếu quý vị hoặc người mà quý vị đang giúp đỡ có câu hỏi về Ambetter from Louisiana Healthcare Connections 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 1-833-635-0450 (TTY 711). |
| Arabic: | إذا كان لديك أو لدى شخص تساعده أسئلة حول Ambetter from Louisiana Healthcare Connections، 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 تساعده 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 1-833-635-0450 (TTY 711). |
| Tagalog: | Kung ikaw, o ang iyong tinutulongan, ay may mga katanungan tungkol sa Ambetter from Louisiana Healthcare Connections, 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 1-833-635-0450 (TTY 711). |
| Chinese: | 如果您或您正在協助的對象對 Ambetter from Louisiana Healthcare Connections 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 1-833-635-0450 (TTY 711)。 |
| Portuguese: | Se tiver dúvidas ou estiver a ajudar uma pessoa com dúvidas acerca do Ambetter from Louisiana Healthcare Connections 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 1-833-635-0450 (TTY 711). |

| | |
|------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Haitian Creole: | Si ou menm, oswa yon moun w ap ede, gen kesyon sou Ambetter from Louisiana Healthcare Connections, 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 1-833-635-0450 (TTY 711). |
| German: | Falls Sie oder jemand, dem Sie helfen, Fragen zu Ambetter from Louisiana Healthcare Connections 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 1-833-635-0450 (TTY 711). |
| Thai: | หากคุณหรือคนที่คุณกำลังให้ความช่วยเหลือมีคำถามเกี่ยวกับ Ambetter from Louisiana Healthcare Connections และไม่ชำนาญในการใช้ภาษาอังกฤษ คุณมีสิทธิ์ที่จะขอรับความช่วยเหลือและข้อมูลในภาษาของคุณโดยไม่เสียค่าใช้จ่ายอย่างทันท่วงที หากคุณหรือคนที่คุณกำลังให้ความช่วยเหลือมีภาวะด้านการฟังและ/หรือการมองเห็นที่เป็นอุปสรรคต่อการสื่อสาร คุณมีสิทธิ์ที่จะขอรับความช่วยเหลือและบริการเสริมโดยไม่เสียค่าใช้จ่ายอย่างทันท่วงที หากต้องการบริการด้านการแปลหรือบริการเสริม โปรดติดต่อ บริการสำหรับสมาชิก ที่หมายเลข 1-833-635-0450 (TTY 711) |
| Hindi: | अगर आप या कोई ऐसा व्यक्ति जिसकी आप सहायता कर रहे हैं, के पास Ambetter from Louisiana Healthcare Connections 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 1-833-635-0450 (TTY 711) पर सदस्य सेवाएं से संपर्क करें. |
| Farsi: | اگر شما یا فردی که دارید به او کمک می کنید، سؤالی درباره Ambetter from Louisiana Healthcare Connections دارید، و انگلیسی نمی دانید، حق دارید کمک و اطلاعات را به زبان خودتان به رایگان و به موقع دریافت کنید. اگر شما یا فردی که دارید به او کمک می کنید مشکلات شنوایی یا بینایی دارد که برقراری ارتباط را سخت می کند، حق دارید کمک ها و خدمات امدادی را به زبان خودتان به رایگان و به موقع دریافت کنید. برای دریافت کمک ها و خدمات امدادی لطفاً با خدمات اعضا به شماره 1-833-635-0450 تماس بگیرید. |
| Korean: | 귀하 또는 귀하의 도움을 받는 분이 Ambetter from Louisiana Healthcare Connections에 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 1-833-635-0450 (TTY 711)번으로 가입자 서비스부에 연락해 주십시오. |
| Somali: | Haddii adiga, ama qof aad caawinaysaa, uu qabo su'aalo ku saabsan Ambetter from Louisiana Healthcare Connections, oo aanu si wanaagsan ugu hadal Ingiriisiga, waxaad xaq u leedahay inaad hesho caawimo iyo macluumaad ah luqaddaada oo aan kharash ahayn iyo wakhti habboon. Haddii adiga, ama qof aad caawinayso, aad qabtaan xaalado maqalka ah iyo/ama araga ah oo xanibta wada xidhiidhka, waxaad xaq u leedahay inaad hesho kaalmada wada xidhiidhka iyo adeegyada oo aan kharash kugu joogin qaab wakhti habboon ah. Si aad u hesho turjumaad iyo adeegyada kaalmada wada xidhiidhka, fadlan la xidhiidh Adeegyada Xubinta lambarka 1-833-635-0450 (TTY 711). |
| Bengali: | আপনি অথবা অন্য কেউ যাকে আপনি সাহায্য করছেন তার Ambetter from Louisiana Healthcare Connections 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 1-833-635-0450 (TTY 711)-এ সদস্য পরিষেবাসমূহ-এর সাথে যোগাযোগ করুন। |