



Ambetter

YOUR HEALTH. OUR PRIORITY.

*With quality healthcare solutions, MHS helps residents of Indiana live better. And now, it's easier to stay covered with our new Health Insurance Marketplace insurance plan: **Ambetter.***

At MHS, we believe that nothing is more important than your health. We also believe that you deserve to get the most out of your Marketplace health insurance plan.

That's why we make sure our Ambetter plans fit your health needs and your budget. But our focus doesn't stop there. In fact, our commitment to your well-being extends far

beyond the doctor's office and into your everyday life. MHS is active in your local community—and we're dedicated to helping you live well.

Our Ambetter plans also offer a wide variety of valuable programs, educational tools and support. With Ambetter from MHS it's easy to stay in charge of your health. And to lead a healthy, fulfilling life.



Comprehensive Medical Care

Complete medical care that covers all of your Essential Health Benefits.



My Health Pays Program

Earn reward dollars just by staying proactive about your health.



Integrated Care Management

Get well and stay well with preventive care and whole health services.



Extensive Prescription Coverage

Get coverage for your medical prescriptions.



24/7 Nurse Line

Call and talk to a registered nurse 24 hours a day, 7 days a week to ask questions or get advice.



Optional Adult Dental Coverage

Coverage for services such as teeth cleanings, screenings and exams.



Vision Coverage

Pediatric coverage for services such as eye exams and prescription eyewear. Optional adult vision coverage also available.



To learn more, visit ambetter.mhsindiana.com.

Ambetter from MHS is a Qualified Health Plan issuer in the Indiana Health Insurance Marketplace.



Bronze Plan 1 Benefits

Medical Annual Deductible	Individual: \$5,000; Family: \$10,000
Medical Coinsurance	60/40% after annual deductible
Prescription Drug Annual Deductible	Individual: \$500; Family: \$1,000
Prescription Drug Coinsurance	70/30% after annual deductible
Maximum Annual Out-of-pocket	Individual: \$6,350; Family: \$12,700

Emergency Services	You Pay	Subject to Deductible
Emergency Room Services	40% coinsurance after annual deductible	X
Emergency Transportation/Ambulance (Air or Ground)	40% coinsurance after annual deductible	X
Urgent Care	40% coinsurance after annual deductible	X

Provider Services	You Pay	Subject to Deductible
Annual Well Visit/Screening/Immunization/Well Baby	No Charge	
Primary Care Visit to treat an injury or illness and Maternity	40% coinsurance after annual deductible	X
Specialist Visit (e.g. Cardiology, Podiatry, Chiropractic Care)	40% coinsurance after annual deductible	X
Imaging (CT/PET Scans, MRIs)	40% coinsurance after annual deductible	X
X-rays & Diagnostic Imaging	40% coinsurance after annual deductible	X

Inpatient & Outpatient Services	You Pay	Subject to Deductible
All Inpatient Hospital Services (Includes Mental Health & Substance Abuse and Maternity)	40% coinsurance after annual deductible	X
Outpatient Facility Fee (e.g. Ambulatory Surgery Center)	40% coinsurance after annual deductible	X
Outpatient Surgery Physician/Surgical Services	40% coinsurance after annual deductible	X
Laboratory Outpatient & Professional Services	40% coinsurance after annual deductible	X

Other Medical Services	You Pay	Subject to Deductible
Mental/Behavioral Health & Substance Abuse Disorder Outpatient Services	40% coinsurance after annual deductible	X
Rehabilitative Speech Therapy/Rehabilitative Occupational & Rehabilitative Physical Therapy	40% coinsurance after annual deductible	X
Skilled Nursing Facility	40% coinsurance after annual deductible	X
Out-of-network Benefits	Not covered except for out-of-area emergencies	NC

Prescription Drugs (Prescription Drugs available by mail order with a 90 day supply.)

Generics	\$25 copay*	
Preferred Brand Drugs	\$50 copay after prescription drug annual deductible	X
Non-preferred Brand Drugs	\$150 copay after prescription drug annual deductible	X
Specialty Drugs	30% coinsurance after prescription drug annual deductible, \$350 maximum per prescription	X

*If the cost of the generic drug is less than the copay, you pay the lesser amount.

Information shown represents a Limited Cost Sharing Plan. This is only a summary of the major benefits provided by our plans. This is not a contract. Benefits may vary by state. You must meet certain eligibility requirements to purchase this plan.

For help understanding the terms used above, see the *Words to Know* page on ambetter.mhsindiana.com.



ADDITIONAL SERVICES

My Health Pays Program:

Ambetter rewards your healthy choices through our My Health Pays incentive program. Earn up to \$125 on your My Health Pays card for:

- Completing your online Health Risk Assessment (\$50)
- Getting your Annual Wellness Exam (\$50)
- Getting your annual flu shot (\$25)

Use your card to pay for out-of-pocket costs such as copays, deductibles or monthly premium payments.

Gym Reimbursement Program:

Ambetter's gym membership benefits program makes it easier to stay in shape and stay healthy. With Ambetter, you can:

- Earn reward dollars on your My Health Pays card just by going to the gym of your choice. You can earn \$20 when you visit your gym at least eight times a month.
- Get discounts on gym membership fees at approved locations. We've partnered with gyms and health clubs across the country.

24/7 Nurse Line:

Call and talk to a registered nurse 24 hours a day, 7 days a week to ask questions or get advice.



Ambetter

SU SALUD. NUESTRA PRIORIDAD.

Con soluciones para atención médica de calidad, MHS ayuda a los residentes de Indiana a vivir mejor. Y ahora, es más fácil permanecer cubierto con nuestro nuevo plan de seguro del Mercado de seguro médico: **Ambetter**.

En MHS, creemos que nada es más importante que su salud. También creemos que usted merece aprovechar al máximo su plan de seguro de salud del Mercado.

Es por eso que nos aseguramos de que nuestros planes de Ambetter se ajusten a sus necesidades de salud y a su presupuesto. Pero nuestro enfoque no para ahí. De hecho, nuestro compromiso con su bienestar se extiende mucho más

allá del consultorio del médico e incluye su vida diaria. MHS es activo en su comunidad local—y estamos dedicados a ayudarle a vivir bien.

Nuestros planes de Ambetter también ofrecen una amplia variedad de programas valiosos, herramientas educativas y apoyo. Así que, con Ambetter de MHS, es fácil permanecer a cargo de su salud. Y llevar una vida sana y plena.



Atención médica completa - Atención médica completa que cubre todos sus Beneficios de salud esenciales.



Programa My Health Pays - Gane recompensas en dólares por tan solo permanecer proactivo acerca de su salud.



Administración integrada de la atención - Recupere su salud y permanezca sano con atención preventiva y servicios de salud completos.



Cobertura extensa de medicamentos recetados - Obtenga cobertura para sus recetas médicas.



Línea de enfermería 24/7 - Llame y hable con un enfermero titulado las 24 horas del día, los 7 días de la semana para hacer preguntas u obtener consejo.



Cobertura dental opcional para adultos - Cobertura para servicios como por ejemplo limpiezas dentales, evaluaciones y exámenes.



Cobertura para la vista - Cobertura pediátrica para servicios como por ejemplo exámenes de los ojos y anteojos con receta médica. También hay disponible cobertura para la vista opcional para adultos.

Beneficios del plan Bronce 1

Deducible médico anual	Individual: \$5,000; Familiar: \$10,000
Coseguro médico	60/40% después del deducible anual
Deducible anual para medicamentos recetados	Individual: \$500; Familiar: \$1,000
Coseguro para medicamentos recetados	70/30% después del deducible anual
Máximo anual de su propio bolsillo	Individual: \$6,350; Familiar: \$12,700

Servicios de emergencia	Usted paga	Sujeto a deducible
Servicios en la sala de emergencia	Coseguro del 40% después del deducible anual	X
Transporte de emergencia/Ambulancia (aéreo o terrestre)	Coseguro del 40% después del deducible anual	X
Atención médica de urgencia	Coseguro del 40% después del deducible anual	X

Servicios de proveedores

Visita anual de la persona sana/Evaluaciones/Inmunizaciones/Del bebé sano	Sin costo	
Visita de atención primaria para tratar cualquier lesión o enfermedad y maternidad	Coseguro del 40% después del deducible anual	X
Visita al especialista (p. ej., cardiología, podiatría, cuidado quiropráctico)	Coseguro del 40% después del deducible anual	X
Obtención de imágenes (CT/PET, MRI)	Coseguro del 40% después del deducible anual	X
Radiografías y obtención de imágenes diagnósticas	Coseguro del 40% después del deducible anual	X

Servicios para pacientes internados y ambulatorios

Todos los servicios hospitalarios para pacientes internados (incluye salud mental y abuso de sustancias y maternidad)	Coseguro del 40% después del deducible anual	X
Tarifas de instituciones para pacientes ambulatorios (p.ej., centro quirúrgico para pacientes ambulatorios)	Coseguro del 40% después del deducible anual	X
Médico para cirugía ambulatoria/Servicios quirúrgicos	Coseguro del 40% después del deducible anual	X
Laboratorio para pacientes ambulatorios y servicios profesionales	Coseguro del 40% después del deducible anual	X

Otros servicios médicos

Salud mental/del comportamiento y servicios para pacientes ambulatorios para trastorno por abuso de sustancias	Coseguro del 40% después del deducible anual	X
Terapia para rehabilitación del habla/terapia ocupacional y física de rehabilitación	Coseguro del 40% después del deducible anual	X
Institución de enfermería especializada	Coseguro del 40% después del deducible anual	X
Beneficios fuera de la red	No están cubiertos excepto para emergencias fuera del área	NC

Medicamentos recetados (Medicamentos recetados disponibles por pedido por correo con un suministro de 90 días)

Genéricos	Copago de \$25*	
Medicamentos de marca preferidos	Copago de \$50 después del deducible anual para medicamentos recetados	X
Medicamentos de marca no preferidos	Copago de \$150 después del deducible anual para medicamentos recetados	X
Medicamentos especializados	Coseguro del 30% después del deducible anual para medicamentos recetados, \$350 máximo por receta	X

*Si el costo del medicamento genérico es menor que el copago, usted paga la menor cantidad. La información que se muestra representa un Plan de costo compartido limitado. Este es solo un resumen de los beneficios principales que dan nuestros planes. Éste no es un contrato. Los beneficios pueden variar dependiendo del estado. Debe cumplir con ciertos requisitos de elegibilidad para comprar este plan. Si necesita ayuda para entender los términos que se usan arriba, consulte la página Palabras que se deben conocer en ambetter.mhsindiana.com.



SERVICIOS ADICIONALES

Programa My Health Pays:

Ambetter recompensa sus opciones saludables a través de nuestro programa de incentivos My Health Pays. Gane hasta \$125 en su tarjeta de My Health Pays por:

- Completar su Evaluación de riesgos de la salud en línea (\$50)
- Hacerse su Examen anual de bienestar (\$50)
- Recibir su vacuna antigripal anual (\$25)

Use su tarjeta para pagar por costos de su propio bolsillo como por ejemplo copagos, deducibles o pagos de la prima mensual.

Programa de reembolso para gimnasio:

El programa de beneficios de Ambetter para la membresía de un gimnasio hace más fácil mantenerse en forma y permanecer sano. Con Ambetter, usted puede:

- Ganar \$20 en su tarjeta de My Health Pays por cada mes que visite el gimnasio que usted elija, al menos ocho veces.
- Obtener descuentos en cuotas de membresía de gimnasio en lugares aprobados. Nos hemos asociado con gimnasios y clubes en todo el país.

Línea de enfermería 24/7:

Llame y hable con un enfermero titulado las 24 horas del día, los 7 días de la semana para hacer preguntas u obtener consejo.