



ambetter.



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.

Gold Plan 4 Benefits + Vision & Adult Dental

Medical Annual Deductible	Individual: \$1,000; Family: \$2,000
Medical Coinsurance	80/20% 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	\$250 copay after annual deductible	X
Emergency Transportation/Ambulance (Air or Ground)	20% coinsurance after annual deductible	X
Urgent Care	20% 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 (3 free visits per person, 4th visit and after are subject to annual deductible and coinsurance)	20% coinsurance after annual deductible	X
Specialist Visit (e.g. Cardiology, Podiatry, Chiropractic Care)	20% coinsurance after annual deductible	X
Imaging (CT/PET Scans, MRIs)	20% coinsurance after annual deductible	X
X-rays & Diagnostic Imaging	20% coinsurance after annual deductible	X

Inpatient & Outpatient Services	You Pay	Subject to Deductible
All Inpatient Hospital Services (Includes Mental Health & Substance Abuse and Maternity)	20% coinsurance after annual deductible	X
Outpatient Facility Fee (e.g. Ambulatory Surgery Center)	20% coinsurance after annual deductible	X
Outpatient Surgery Physician/Surgical Services	20% coinsurance after annual deductible	X
Laboratory Outpatient & Professional Services	20% coinsurance after annual deductible	X

Other Medical Services	You Pay	Subject to Deductible
Mental/Behavioral Health & Substance Abuse Disorder Outpatient Services	20% coinsurance after annual deductible	X
Rehabilitative Speech Therapy/Rehabilitative Occupational & Rehabilitative Physical Therapy	20% coinsurance after annual deductible	X
Skilled Nursing Facility	20% coinsurance after annual deductible	X
Out-of-network Benefits	Not covered except for out-of-area emergencies	NC

Prescription Drugs	You Pay	Subject to Deductible
Generics	\$10 copay*	
Preferred Brand Drugs	\$25 copay after prescription drug annual deductible	X
Non-preferred Brand Drugs	\$75 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 80% Actuarial Value. This is only a summary of the major benefits provided by our plans.
This is not a contract. Benefits may vary by state.

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.

Gold Plan 4 Benefits + Vision & Adult Dental

Pediatric Vision (Up to 19 years of age)	In-network	Out-of-Network
Exams and Eyewear:		
Routine Eye Exam (1 visit per year)	100% covered after \$20 copay	Not covered
Eyeglasses (frames) (1 item per year)	100% covered after \$20 copay	Not covered
Lenses (per pair):		
Single	100% covered after \$20 copay	Not covered
Bifocal	100% covered after \$20 copay	Not covered
Trifocal	100% covered after \$20 copay	Not covered
Lenticular	100% covered after \$20 copay	Not covered
Contact Lenses:		
Contact lenses (in lieu of glasses)	100% covered after \$20 copay	Not covered
Contact lens fitting	100% covered after \$20 copay	Not covered
Specialty lens fitting	100% covered after \$20 copay	Not covered

Adult Vision (Ages 19 years of age and older)	In-network	Out-of-Network
Exams and Eyewear:		
Routine Eye Exam (1 visit per year)	100% covered after \$20 copay	Not covered
Eyeglasses (frames) (1 item per year)	Covered up to \$130 after \$20 copay	Not covered
Lenses (per pair):		
Single	100% covered after \$20 copay	Not covered
Bifocal	100% covered after \$20 copay	Not covered
Trifocal	100% covered after \$20 copay	Not covered
Lenticular	100% covered after \$20 copay	Not covered
Contact Lenses:		
Contact lenses (in lieu of glasses)	Covered up to \$130 after \$20 copay	Not covered
Contact lens fitting	100% covered after \$20 copay	Not covered
Specialty lens fitting	Covered up to \$50 after \$20 copay	Not covered

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

Gold Plan 4 Benefits + Vision & Adult Dental

Adult Dental* (Ages 19 years of age and older, does not include Pediatric Dental Coverage)

Annual Maximum Dental Benefit** \$1,000 per covered person per calendar year

Basic Dental (Class 1)	In-network	Out-of-Network
Routine Oral Exam (1 per 6 months)	No charge, subject to Annual Maximum	Not covered
Routine Cleaning (1 per 6 months)	No charge, subject to Annual Maximum	Not covered
Bite-wing X-ray (1 per 12 months)	No charge, subject to Annual Maximum	Not covered
Full Mouth X-ray (1 per 60 months)	No charge, subject to Annual Maximum	Not covered
Panoramic Film (1 per 60 months)	No charge, subject to Annual Maximum	Not covered
Topical Fluoride Application (2 per 12 months)	No charge, subject to Annual Maximum	Not covered
Palliative Treatment for relief of pain (minor procedures)	No charge, subject to Annual Maximum	Not covered

Comprehensive Dental (Class 2)	In-network	Out-of-Network
Basic Services:		
Silver Fillings (1 per 2 years)	50% coinsurance, subject to Annual Maximum	Not covered
Tooth Colored Fillings (1 per 2 years, front teeth only)	50% coinsurance, subject to Annual Maximum	Not covered
Endodontics:		
Therapeutic Pulpotomy on permanent teeth (1 per lifetime per tooth)	50% coinsurance, subject to Annual Maximum	Not covered
Periodontics:		
Scaling & Root Planning (1 per 24 months)	50% coinsurance, subject to Annual Maximum	Not covered
Periodontal Maintenance (4 in 12 months)	50% coinsurance, subject to Annual Maximum	Not covered
Oral Surgery:		
Simple Extractions	50% coinsurance, subject to Annual Maximum	Not covered
Surgical Extractions	50% coinsurance, subject to Annual Maximum	Not covered
Removal of Impacted Teeth	50% coinsurance, subject to Annual Maximum	Not covered
Alveoloplasty	50% coinsurance, subject to Annual Maximum	Not covered
Prosthodontics:		
Relines (1 per 36 months)	50% coinsurance, subject to Annual Maximum	Not covered
Rebase (1 per 36 months)	50% coinsurance, subject to Annual Maximum	Not covered
Adjustments	50% coinsurance, subject to Annual Maximum	Not covered
Repairs	50% coinsurance, subject to Annual Maximum	Not covered

*If you require coverage for Pediatric Dental please shop on the Health Insurance Marketplace for a stand alone dental plan.

**Dental Annual Maximum Benefit does not apply toward any other maximums.

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



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 Oro 4 + Vista y dental para adultos

Deducible médico anual	Individual: \$1,000; Familiar: \$2,000
Coseguro médico	80/20% 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	Copago de \$250 después del deducible anual	X
Transporte de emergencia/Ambulancia (aéreo o terrestre)	Coseguro del 20% después del deducible anual	X
Atención médica de urgencia	Coseguro del 20% 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 (3 visitas gratuitas por persona, 4.ª visita y subsiguientes están sujetas a deducible anual y coseguro)	Coseguro del 20% después del deducible anual	X
Visita al especialista (p. ej., cardiología, podiatría, cuidado quiropráctico)	Coseguro del 20% después del deducible anual	X
Obtención de imágenes (CT/PET, MRI)	Coseguro del 20% después del deducible anual	X
Radiografías y obtención de imágenes diagnósticas	Coseguro del 20% 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 20% después del deducible anual	X
Tarifas de instituciones para pacientes ambulatorios (p. ej., centro quirúrgico para pacientes ambulatorios)	Coseguro del 20% después del deducible anual	X
Médico para cirugía ambulatoria/Servicios quirúrgicos	Coseguro del 20% después del deducible anual	X
Laboratorio para pacientes ambulatorios y servicios profesionales	Coseguro del 20% 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 20% después del deducible anual	X
Terapia para rehabilitación del habla/terapia ocupacional y física de rehabilitación	Coseguro del 20% después del deducible anual	X
Institución de enfermería especializada	Coseguro del 20% 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 \$10*	
Medicamentos de marca preferidos	Copago de \$25 después del deducible anual	X
Medicamentos de marca no preferidos	Copago de \$75 después del deducible anual	X
Medicamentos especializados	Coseguro del 30% después del deducible anual, \$350 máximo por receta	X

*Si el costo del medicamento genérico es menor que el copago, usted paga la menor cantidad.
La información mostrada representa un 80% del valor actuarial. Este es solo un resumen de los beneficios principales que dan nuestros planes. Este no es un contrato. Los beneficios pueden variar dependiendo del estado.

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.

Beneficios del plan Oro 4 + Vista y dental para adultos

Vista pediátrica (hasta los 19 años de edad)	Dentro de la red	Fuera de la red
Exámenes y anteojos:		
Examen de los ojos de rutina (1 visita por año)	100% cubierto después de un copago de \$20	No están cubiertos
Anteojos (monturas) (1 artículo por año)	100% cubierto después de un copago de \$20	No están cubiertos
Lentes (por par):		
Simple	100% cubierto después de un copago de \$20	No están cubiertos
Bifocal	100% cubierto después de un copago de \$20	No están cubiertos
Trifocal	100% cubierto después de un copago de \$20	No están cubiertos
Lenticular	100% cubierto después de un copago de \$20	No están cubiertos
Lentes de contacto:		
Lentes de contacto (en lugar de anteojos)	100% cubierto después de un copago de \$20	No están cubiertos
Ajuste de lentes de contacto	100% cubierto después de un copago de \$20	No están cubiertos
Ajuste de lentes especializados	100% cubierto después de un copago de \$20	No están cubiertos

Vista para adultos (19 años de edad y mayores)	Dentro de la red	Fuera de la red
Exámenes y anteojos:		
Examen de los ojos de rutina (1 visita por año)	100% cubierto después de un copago de \$20	No están cubiertos
Anteojos (monturas) (1 artículo por año)	Cubierto hasta \$130 después de un copago de \$20	No están cubiertos
Lentes (por par):		
Simple	100% cubierto después de un copago de \$20	No están cubiertos
Bifocal	100% cubierto después de un copago de \$20	No están cubiertos
Trifocal	100% cubierto después de un copago de \$20	No están cubiertos
Lenticular	100% cubierto después de un copago de \$20	No están cubiertos
Lentes de contacto:		
Lentes de contacto (en lugar de anteojos)	Cubierto hasta \$130 después de un copago de \$20	No están cubiertos
Ajuste de lentes de contacto	100% cubierto después de un copago de \$20	No están cubiertos
Ajuste de lentes especializados	Cubierto hasta \$50 después de un copago de \$20	No están cubiertos

Beneficios del plan Oro 4 + Vista y dental para adultos

Dental para adultos* (19 años de edad y mayores, no incluye cobertura dental pediátrica)

Beneficio dental anual máximo** \$1,000 por persona cubierta por año del calendario

Dental básico (Clase 1)	Dentro de la red	Fuera de la red
Examen oral de rutina (1 por 6 meses)	Sin cargo, sujeto al máximo anual	No están cubiertos
Limpieza de rutina (1 por 6 meses)	Sin cargo, sujeto al máximo anual	No están cubiertos
Radiografía con aleta mordida (1 por 12 meses)	Sin cargo, sujeto al máximo anual	No están cubiertos
Radiografía completa de la boca (1 por 60 meses)	Sin cargo, sujeto al máximo anual	No están cubiertos
Película panorámica (1 por 60 meses)	Sin cargo, sujeto al máximo anual	No están cubiertos
Aplicación tópica de flúor (2 por 12 meses)	Sin cargo, sujeto al máximo anual	No están cubiertos
Tratamiento paliativo para alivio del dolor (procedimientos menores)	Sin cargo, sujeto al máximo anual	No están cubiertos
Dental completo (Clase 2)	Dentro de la red	Fuera de la red
Servicios básicos:		
Empastes de plata (1 por 2 años)	Coseguro del 50%, sujeto al máximo anual	No están cubiertos
Empastes de color del diente (1 por 2 años, solo para dientes delanteros)	Coseguro del 50%, sujeto al máximo anual	No están cubiertos
Endodoncia:		
Pulpotomía terapéutica en dientes permanentes (1 por toda la vida por diente)	Coseguro del 50%, sujeto al máximo anual	No están cubiertos
Periodoncia:		
Eliminación profunda del sarro y alisado radicular (1 por 24 meses)	Coseguro del 50%, sujeto al máximo anual	No están cubiertos
Mantenimiento periodóntico (4 en 12 meses)	Coseguro del 50%, sujeto al máximo anual	No están cubiertos
Cirugía oral:		
Extracciones simples	Coseguro del 50%, sujeto al máximo anual	No están cubiertos
Extracciones quirúrgicas	Coseguro del 50%, sujeto al máximo anual	No están cubiertos
Extracción de dientes impactados	Coseguro del 50%, sujeto al máximo anual	No están cubiertos
Alveoplastia	Coseguro del 50%, sujeto al máximo anual	No están cubiertos
Prostodoncia:		
Recubrimientos (1 por 36 meses)	Coseguro del 50%, sujeto al máximo anual	No están cubiertos
Rebasados (1 por 36 meses)	Coseguro del 50%, sujeto al máximo anual	No están cubiertos
Ajustes	Coseguro del 50%, sujeto al máximo anual	No están cubiertos
Reparaciones	Coseguro del 50%, sujeto al máximo anual	No están cubiertos

*Si requiere cobertura dental pediátrica busque un plan dental independiente en el mercado de seguros de salud.

**El beneficio dental máximo anual no aplica a ningún otro máximo.