



El Resumen de beneficios y cobertura (SBC, por sus siglas en inglés) es un documento que le ayudará a elegir un [plan](#) médico. El SBC le muestra cómo usted y el [plan](#) compartirían el costo de los servicios médicos cubiertos. **NOTA: La información sobre el costo de este [plan](#) (llamada [prima](#)) se proporcionará aparte. Esto es solo un resumen.** Para más información sobre su cobertura, o para obtener una copia de los términos de cobertura

completos, visita <https://ambetter.NHHealthyFamilies.com/2018-brochures.html>, o llamar a 1-844-265-1278 (TTY/TDD 1-855-742-0123). Para una definición de los términos de uso común, como [monto permitido](#), [facturación del saldo](#), [coseguro](#), [copago](#), [deducible](#), [proveedor](#), u otros términos delineados consulte el glosario. Puede ver una copia del glosario en [www.http://ambetter.celticarehealthplan.com](http://ambetter.celticarehealthplan.com) o llamar a 877-687-1186, TTY/TDD 877-941-9234 para solicitar una copia.

| Preguntas importantes                                                             | Respuestas                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | Por qué es importante:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ¿Cuál es el <a href="#">deducible</a> general?                                    | \$5,750 individual/\$11,500 familia.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | Generalmente, usted debe pagar todos los costos de <a href="#">los proveedores</a> hasta por el monto de <a href="#">deducible</a> antes de que este <a href="#">plan</a> comience a pagar. Si tiene otros miembros de la familia en el <a href="#">plan</a> , cada miembro de la familia debe cumplir con sus propios individuales <a href="#">deducibles</a> hasta el importe total de gastos <a href="#">deducibles</a> pagados por todos los miembros de la familia conoce a la familia en general <a href="#">deducible</a> .                                            |
| ¿Se cubre algún servicio antes de pagar todo el <a href="#">deducible</a> ?       | Sí. <a href="#">Atención preventiva</a> , atención primaria visitas, visitas de <a href="#">especialista</a> , <a href="#">pruebas diagnósticas</a> , ambulatorios de laboratorio de imagen y servicios profesionales, genérica, recomendado: marca, marca no preferidos y <a href="#">medicamentos de especialidad</a> están cubiertos antes de que su <a href="#">deducible</a> . | Este <a href="#">plan</a> cubre algunos artículos y servicios, incluso si todavía no han satisfecho la cantidad <a href="#">deducible</a> . Pero puede aplicar un <a href="#">copago</a> o <a href="#">coseguro</a> . Por ejemplo, este <a href="#">plan</a> cubre algunos servicios preventivos sin gastos y antes de que su <a href="#">deducible</a> . Ver una lista de los cubiertos <a href="#">servicios preventivos</a> en <a href="https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/">https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/</a> . |
| ¿Hay algún otro <a href="#">deducible</a> por servicios específicos?              | No.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | No tienes que cubrir <a href="#">deducibles</a> para servicios específicos.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| ¿Cuál es el máximo en gastos directos del bolsillo de este <a href="#">plan</a> ? | Para <a href="#">los proveedores de red</a> \$5,850 individuo / \$11,700 la familia. No, para no <a href="#">proveedores de la red</a> .                                                                                                                                                                                                                                            | El <a href="#">límite de desembolso</a> es lo máximo que podría pagar en un año por los servicios cubiertos. Si usted tiene otros miembros de la familia en este <a href="#">plan</a> , tienen que cumplir con sus propios <a href="#">límites de desembolso</a> hasta que el general familia <a href="#">límite de desembolso</a> se ha encontrado.                                                                                                                                                                                                                          |
| ¿Qué no incluye el <a href="#">desembolso máximo</a> ?                            | <a href="#">Primas</a> , gastos <a href="#">saldo de facturación</a> y atención de la salud este <a href="#">plan</a> no cubre.                                                                                                                                                                                                                                                     | A pesar de que estos gastos no cuentan hacia el <a href="#">límite de la hacia fuera-de-bolsillo</a> .                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| ¿Pagará un poco menos si acude a un                                               | Sí. Encontrar <a href="#">un proveedor</a> o llame al 1-844-265-1278 para una lista de                                                                                                                                                                                                                                                                                              | Este <a href="#">plan</a> utiliza una <a href="#">red de proveedores</a> . Pagas menos si usas un <a href="#">proveedor</a> en la <a href="#">red del plan</a> . Usted pagará más si utilizas un <a href="#">proveedor fuera de la red</a> , y es posible que reciba una factura de un <a href="#">proveedor</a> por la diferencia entre el cargo <a href="#">del proveedor</a> y que su <a href="#">plan</a> paga ( <a href="#">balance de</a>                                                                                                                               |

|                                                                   |                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|-------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <a href="#">proveedor dentro de la red medica?</a>                | al 1-844-265-1278 para una lista de <a href="#">proveedores de la red</a> . | facturación). Ten en cuenta, su <a href="#">proveedor de red</a> puede utilizar un <a href="#">proveedor fuera de la red</a> para algunos servicios (tales como trabajo de laboratorio). Consulte con su <a href="#">proveedor</a> antes de llegar a servicios. |
| <a href="#">¿Necesita un referido para ver a un especialista?</a> | No.                                                                         | Puedes ver el <a href="#">especialista</a> que elige sin <a href="#">remisión</a> .                                                                                                                                                                             |



Todos los costos de [copago](#) y [coseguro](#) que se indican en esta tabla son después de que se haya completado el [deducible](#), si aplica un [deducible](#).

| Eventos médicos comunes                                                  | Servicios que podría necesitar                                                     | Lo que usted paga                                                              |                                                       | Limitaciones, excepciones y otra información importante                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|--------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                                          |                                                                                    | Proveedor en la red<br>(Usted pagará lo mínimo)                                | Proveedor fuera de la red<br>(Usted pagará lo máximo) |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| Si acude a la oficina o clínica de un <a href="#">proveedor</a> de salud | Visita de atención primaria para tratar una lesión o enfermedad                    | <a href="#">Copago</a> de \$30/visit; no se aplica <a href="#">deducible</a> . | No está cubierto                                      | ----Ninguno----                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
|                                                                          | Visita al <a href="#">especialista</a>                                             | <a href="#">Copago</a> de \$60/visit; no se aplica <a href="#">deducible</a> . | No está cubierto                                      | Autorización previa necesaria. Obtener autorización previa para cualquier servicio que requiera autorización previa puede ocasionar disminución de beneficios. Vea su póliza para detalles                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
|                                                                          | <a href="#">Atención preventiva/ examen colectivo/</a> vacuna                      | No hay costo                                                                   | No está cubierto                                      | Que tenga que pagar por servicios que no son <a href="#">preventivas</a> . Pregúntele a su <a href="#">proveedor</a> si los servicios necesarios son <a href="#">preventivas</a> . Compruebe que su <a href="#">plan</a> pagará por. Métodos anticonceptivos aprobaron por la FDA y prescrito para una mujer por su <a href="#">proveedor</a> de atención médica, objeto de tratamiento médico razonable, se cubrirá sin requisitos de <a href="#">participación en los gastos</a> . |
| Si se realiza un examen                                                  | <a href="#">Prueba diagnóstica</a> (radiografía, análisis de sangre)               | <a href="#">Copago</a> de \$45/test; no se aplica <a href="#">deducible</a> .  | No está cubierto                                      | Autorización previa necesaria.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
|                                                                          | Estudios de imágenes (tomografía computarizada, estudio PET, resonancia magnética) | <a href="#">Copago</a> de \$70/test; no se aplica <a href="#">deducible</a> .  | No está cubierto                                      | Autorización previa necesaria.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |

| Eventos médicos comunes                                                                                                                                                                                        | Servicios que podría necesitar                                 | Lo que usted paga                                                                                                                                                  |                                                       | Limitaciones, excepciones y otra información importante                                                                                                                                                   |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                                                                                                                                                                                |                                                                | Proveedor en la red<br>(Usted pagará lo mínimo)                                                                                                                    | Proveedor fuera de la red<br>(Usted pagará lo máximo) |                                                                                                                                                                                                           |
| <b>Si necesita medicamentos para tratar su enfermedad o infección.</b> Hay más información disponible acerca de la <a href="#">cobertura de medicamentos con receta</a> en <a href="#">Preferred Drug List</a> | Medicamentos genéricos (Nivel 1)                               | Venta por menor: \$20<br><u>Co-pago</u><br><u>de/prescription</u> ;<br>Correo: / <u>prescription</u><br>de <u>copago</u> de \$60; no se aplica <u>deducible</u>    | No está cubierto                                      | Medicamentos se proporcionan por menor de 31 días y hasta 90 días a través de correo. Correo pedidos están sujetos a cantidad de <u>gastos</u> por menor X 3.                                             |
|                                                                                                                                                                                                                | Medicamentos de marcas preferidas (Nivel 2)                    | Venta por menor: \$50<br><u>Co-pago</u><br><u>por/prescription</u> ;<br>Correo: / <u>prescription</u><br>de <u>copago</u> de \$150; no se aplica <u>deducible</u>  | No está cubierto                                      | Autorización previa necesaria. Medicamentos se proporcionan hasta 31 días de venta por menor y hasta 90 días por orden de correo. Correo pedidos están sujetos a cantidad de <u>gastos</u> por menor X 3. |
|                                                                                                                                                                                                                | Medicamentos de marcas no preferidas (Nivel 3)                 | Venta por menor: \$100<br><u>Co-pago</u><br><u>por/prescription</u> ;<br>Correo: / <u>prescription</u><br>de <u>copago</u> de \$300; no se aplica <u>deducible</u> | No está cubierto                                      | Autorización previa necesaria. Medicamentos se proporcionan hasta 31 días de venta por menor y hasta 90 días por orden de correo. Correo pedidos están sujetos a cantidad de <u>gastos</u> por menor X 3. |
|                                                                                                                                                                                                                | <a href="#">Medicamentos especializados</a> (Nivel 4)          | Venta por menor: \$200<br>/ <u>prescription</u> de <u>copago</u> ; Correo: / <u>prescription</u> de <u>copago</u> de \$600; no se aplica <u>deducible</u>          | No está cubierto                                      | Autorización previa necesaria. Medicamentos se proporcionan hasta 31 días de venta por menor y hasta 90 días por orden de correo. Correo pedidos están sujetos a cantidad de <u>gastos</u> por menor X 3. |
| <b>Si se somete a una operación ambulatoria</b>                                                                                                                                                                | Cargo de instalaciones (p. ej., centro de cirugía ambulatoria) | No carga después de <u>deducible</u>                                                                                                                               | No está cubierto                                      | Autorización previa necesaria.                                                                                                                                                                            |
|                                                                                                                                                                                                                | Honorarios del médico/cirujano                                 | No carga después de <u>deducible</u>                                                                                                                               | No está cubierto                                      | Autorización previa necesaria.                                                                                                                                                                            |
| <b>Si necesita atención médica inmediata</b>                                                                                                                                                                   | <a href="#">Atención en la sala de emergencias</a>             | <u>Copago</u> de \$150/visit                                                                                                                                       | <u>Copago</u> de \$150/visit                          | ----Ninguno----                                                                                                                                                                                           |
|                                                                                                                                                                                                                | <a href="#">Transporte médico de emergencia</a>                | <u>Coseguro</u> del 30%                                                                                                                                            | <u>Coseguro</u> del 30%                               | ----Ninguno----                                                                                                                                                                                           |
|                                                                                                                                                                                                                | <a href="#">Atención de urgencia</a>                           | <u>Coseguro</u> del 30%                                                                                                                                            | No está cubierto                                      | ----Ninguno----                                                                                                                                                                                           |

| Eventos médicos comunes                                          | Servicios que podría necesitar                          | Lo que usted paga                                                                                                                                     |                                                       | Limitaciones, excepciones y otra información importante                                                                                                                                                                                                                                                           |
|------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                                  |                                                         | Proveedor en la red<br>(Usted pagará lo mínimo)                                                                                                       | Proveedor fuera de la red<br>(Usted pagará lo máximo) |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| Si le hospitalizan                                               | Cargo de instalaciones (p. ej., habitación de hospital) | <u>Copago</u> de \$300 por estancia                                                                                                                   | No está cubierto                                      | Autorización previa necesaria.                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
|                                                                  | Honorarios del médico/cirujano                          | <u>Coseguro</u> del 30%                                                                                                                               | No está cubierto                                      | Autorización previa necesaria.                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| Si necesita servicios de salud mental, conductual o toxicomanías | Servicios ambulatorios                                  | <u>Copago</u> de \$30/office visita; no se aplica <u>deducible</u> ; No carga después de <u>deducible</u> para todos los demás servicios ambulatorios | No está cubierto                                      | Autorización previa necesaria. (PCP y practicante de otras visitas no requieren autorización previa)                                                                                                                                                                                                              |
|                                                                  | Servicios internos                                      | <u>Copago</u> de \$300 por estancia                                                                                                                   | No está cubierto                                      | Autorización previa necesaria.                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| Si está embarazada                                               | Visitas al consultorio                                  | <u>Copago</u> de \$30/visit; no se aplica <u>deducible</u>                                                                                            | No está cubierto                                      | Autorización requerida, salvo visitas a la oficina. Compartir los costos no se aplica para los servicios preventivos. Dependiendo del tipo de servicios, pueden aplicar coseguro, copago o deducible . Atención de maternidad puede incluir pruebas y servicios que se describe en la CE (es decir, ultrasonido). |
|                                                                  | Servicios de parto profesionales                        | <u>Coseguro</u> del 30%                                                                                                                               | No está cubierto                                      | Autorización requerida, salvo visitas a la oficina. Compartir los costos no se aplica para los servicios preventivos. Dependiendo del tipo de servicios, pueden aplicar coseguro, copago o deducible . Atención de maternidad puede incluir pruebas y servicios que se describe en la CE (es decir, ultrasonido). |
|                                                                  | Servicios de instalaciones de partos profesionales      | <u>Copago</u> de \$300 por estancia                                                                                                                   | No está cubierto                                      | Autorización requerida, salvo visitas a la oficina. Compartir los costos no se aplica para los servicios preventivos. Dependiendo del tipo de servicios, pueden aplicar coseguro, copago o deducible . Atención de maternidad puede incluir pruebas y servicios que se describe en la CE (es decir, ultrasonido). |

| Eventos médicos comunes                                                              | Servicios que podría necesitar                                         | Lo que usted paga                                            |                                                       | Limitaciones, excepciones y otra información importante                        |
|--------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------|
|                                                                                      |                                                                        | Proveedor en la red<br>(Usted pagará lo mínimo)              | Proveedor fuera de la red<br>(Usted pagará lo máximo) |                                                                                |
| <b>Si necesita ayuda recuperándose o tiene otras necesidades de salud especiales</b> | <a href="#">Cuidado de la salud en el hogar</a>                        | <u>coaseguro</u> del 30%                                     | No está cubierto                                      | Autorización previa necesaria.                                                 |
|                                                                                      | <a href="#">Servicios de rehabilitación</a>                            | <u>Co-pagode</u> \$30/visit; no se aplica <u>deducible</u> . | No está cubierto                                      | Autorización previa necesaria. 20 consultas por año por terapia (OT, ST y PT). |
|                                                                                      | <a href="#">Servicios de habilitación</a>                              | <u>Copagode</u> \$30/visit; no se aplica <u>deducible</u> .  | No está cubierto                                      | Autorización previa necesaria.                                                 |
|                                                                                      | <a href="#">Cuidado de enfermería especializada</a>                    | <u>Copago</u> de \$75 por estancia                           | No está cubierto                                      | Autorización previa necesaria. 100 días al año en un centro.                   |
|                                                                                      | <a href="#">Equipo médico duradero</a>                                 | <u>Coseguro</u> del 30%                                      | No está cubierto                                      | Autorización previa necesaria.                                                 |
|                                                                                      | <a href="#">Servicios de cuidados paliativos o enfermos terminales</a> | <u>Coseguro</u> del 30%                                      | No está cubierto                                      | Autorización previa necesaria.                                                 |
| <b>Si su niño necesita servicios odontológicos o de la vista</b>                     | Examen de la vista pediátrico                                          | <u>Copago</u> de \$0/visit; no se aplica <u>deducible</u>    | No está cubierto                                      | 1 visita al año                                                                |
|                                                                                      | Anteojos para niños                                                    | <u>Copago</u> de \$0/item; no se aplica <u>deducible</u>     | No está cubierto                                      | 1 artículo al año                                                              |
|                                                                                      | Chequeo dental pediátrico                                              | No está cubierto                                             | No está cubierto                                      | -----Ninguno-----                                                              |

### Servicios excluidos y otros servicios cubiertos

Servicios que su [plan](#) generalmente NO cubre (consulte el documento de su [plan](#) o póliza para encontrar más información y una lista de otros [servicios excluidos](#).)

- Aborto (excepto en casos de violación, incesto, o cuando se pone en peligro la vida de la madre)
- No es de emergencia cuidado al viajar fuera de Estados Unidos
- Acupuntura
- Cuidado de rutina de la vista (adulto)
- Cuidados a largo plazo
- Programas de pérdida de peso
- Cirugía estética
- Cuidado dental
- Enfermería privada

Otros servicios cubiertos (podrían aplicarse limitaciones a estos servicios. Esto no es una lista completa. Consulte el documento de su [plan](#) document.)

- Audífonos
- Cirugía bariátrica
- Cuidado de los pies de rutina (relacionado al tratamiento de la diabetes)
- Tratamiento de la infertilidad (véase política para los detalles de la cobertura)
- Tratamiento quiropráctico (limitado a 12 especialistas visitas al año)

**Sus derechos a continuar con su cobertura** Hay agencias que pueden ayudarle si desea continuar con su cobertura cuando esta termine. La información de contacto de estas agencias es: New Hampshire Insurance Department , 21 South Fruit Street, Suite 14, Concord, NH 03301, Phone No. 800-852-3416. Podría tener también otras opciones de cobertura, como comprar cobertura de seguro individual a través del [Mercado](#) de Seguro Médico. Para más información acerca del [Mercado](#), visite [www.CuidadDeSalud.gov](http://www.CuidadDeSalud.gov) o llame al 1-800-318-2596.

**Sus derechos para presentar quejas o apelaciones:** Hay agencias que pueden ayudarle si tiene una queja contra su [plan](#) por negarle una [reclamación](#). Esta queja se llama [reclamo](#) or [apelación](#). Para más información acerca de sus derechos, consulte la explicación de beneficios que recibirá para este [reclamo](#) médico. Sus documentos del [plan](#) también incluirán información completa sobre cómo presentar un [reclamo](#), [apelación](#), o una [queja](#) a su [plan](#) por cualquier motivo. Para más información sobre sus derechos, esta notificación o para recibir asistencia, comuníquese con: New Hampshire Insurance Department , 21 South Fruit Street, Suite 14, Concord, NH 03301, Phone No. 800-852-3416.

### ¿Este plan proporciona cobertura esencial mínima? Sí

Si no tiene [cobertura esencial mínima](#) durante un mes, tendrá que realizar un pago con su declaración de impuestos, a menos que califique para una exención del requisito de tener cobertura médica ese mes.

### ¿Este plan cumple con los estándares de valor mínimo? Sí

Si su [plan](#) no cumple con los [estándares de valor mínimo](#), usted podría calificar para un [crédito fiscal para las primas](#) para ayudarle a pagar un [plan](#) a través del [Mercado](#).

### Servicios lingüísticos:

Spanish (Español): Para obtener asistencia en Español, llame al 1-844-265-1278, TTY/TDD 1-855-742-0123.

Tagalog (Tagalog): Kung kailangan ninyo ang tulong sa Tagalog tumawag sa 1-844-265-1278, TTY/TDD 1-855-742-0123.

Chinese (中文): 如果需要中文的帮助, 请拨打这个号码 1-844-265-1278, TTY/TDD 1-855-742-0123.

Navajo (Dine): Dinek'ehgo shika at'ohwol ninisingo, kwijigo holne 1-844-265-1278, TTY/TDD 1-855-742-0123.

—————Para ver ejemplos de cómo este plan podría cubrir los costos de una situación médica hipotética, consulte la próxima sección.—————

Acerca de los ejemplos de cobertura:



**Este no es un estimador de costos.** Los tratamientos ilustrados son ejemplos de cómo este [plan](#) podría cubrir atención médica. Los costos en sí serán diferentes, en función de la atención que termine recibiendo, los precios que cobren sus proveedores y dentro del [plan](#). Utilice esta información para comparar la porción de los costos que usted tendría que pagar con otros [planes](#) médicos distintos. Tenga en mente que estos ejemplos de cobertura se basan solo en la cobertura individual

**Peg está embarazada**  
(nueve meses de atención prenatal en la red y parto en el hospital)

- El [deducible](#) general del [plan](#) \$5,750
- [Especialista copago](#) \$60
- Hospital (instalaciones) [copago](#) \$300
- Otro [coseguro](#) 30%

**Este EJEMPLO incluye servicios como:**  
Visitas al especialista (atención prenatal)  
Servicios de parto profesionales  
Servicios de instalaciones de partos profesionales  
Pruebas diagnósticas (sonogramas y análisis de sangre)  
Visita al especialista (anestesia)

**Costo total hipotético \$12,800**

**En este ejemplo, Peg pagaría:**

| Costo compartido                   |                |
|------------------------------------|----------------|
| Deductibles                        | \$4,300        |
| Copagos                            | \$1,500        |
| Coseguro                           | \$0            |
| Qué no está cubierto               |                |
| Límites o exclusiones              | \$60           |
| <b>El total que Peg pagaría es</b> | <b>\$5,860</b> |

**Control de la diabetes tipo 2 de Joe**  
(un año de atención en la red de rutina de una enfermedad bien manejada)

- El [deducible](#) general del [plan](#) \$5,750
- [Especialista copago](#) \$60
- Hospital (instalaciones) [copago](#) \$300
- Otro [coseguro](#) 30%

**Este EJEMPLO incluye servicios como:**  
Visitas al consultorio del médico primario (incluye sesiones informativas sobre la enfermedad)  
Pruebas diagnósticas (análisis de sangre)  
Medicamentos por recetas  
Equipo médico duradero (medidor de glucosa)

**Costo total hipotético \$7,400**

**En este ejemplo, Joe pagaría:**

| Costo compartido                   |                |
|------------------------------------|----------------|
| Deductibles                        | \$1,200        |
| Copagos                            | \$2,400        |
| Coseguro                           | \$500          |
| Qué no está cubierto               |                |
| Límites o exclusiones              | \$60           |
| <b>El total que Joe pagaría es</b> | <b>\$4,160</b> |

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

- El [deducible](#) general del [plan](#) \$5,750
- [Especialista copago](#) \$60
- Hospital (instalaciones) [copago](#) \$300
- Otro [coseguro](#) 30%

**Este EJEMPLO incluye servicios como:**  
Sala de emergencias (incluye materiales médicos)  
Prueba diagnóstica (radiografía)  
Equipo médico duradero (muletas)  
Servicios de rehabilitación (terapia física)

**Costo total hipotético \$1,900**

**En este ejemplo, Mia pagaría:**

| Costo compartido                   |                |
|------------------------------------|----------------|
| Deductibles                        | \$1,000        |
| Copagos                            | \$300          |
| Coseguro                           | \$400          |
| Qué no está cubierto               |                |
| Límites o exclusiones              | \$0            |
| <b>El total que Mia pagaría es</b> | <b>\$1,700</b> |

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

### Declaración de no discriminación

Ambetter de NH Healthy Families cumple con las leyes de derechos civiles federales aplicables y no discrimina basándose en la raza, color, origen nacional, edad, discapacidad, o sexo. Ambetter de NH Healthy Families no excluye personas o las trata de manera diferente debido a su raza, color, origen nacional, edad, discapacidad, o sexo.

Ambetter de NH Healthy Families:

- Proporciona ayuda y servicios gratuitos a las personas con discapacidad para que se comuniquen eficazmente con nosotros, tales como:
  - Intérpretes calificados de lenguaje por señas
  - Información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos)
- Proporciona servicios de idiomas a las personas cuyo lenguaje primario no es el inglés, tales como:
  - Intérpretes calificados
  - Información escrita en otros idiomas

Si necesita estos servicios, comuníquese con Ambetter de NH Healthy Families a 1-844-265-1278 (TTY/TDD 1-855-742-0123).

Si considera que Ambetter de NH Healthy Families no le ha proporcionado estos servicios, o en cierto modo le ha discriminado debido a su raza, color, origen nacional, edad, discapacidad o sexo, puede presentar una queja ante: NH Healthy Families Appeal Department, 2 Executive Park Drive, Bedford, NH 03110, 1-844-265-1278 (TTY/TDD 1-855-742-0123), Fax 1-855-702-7343. Usted puede presentar una queja en persona, por correo, fax, o correo electrónico. Si necesita ayuda para presentar una queja, Ambetter de NH Healthy Families está disponible para brindarle ayuda. También puede presentar una queja de violación a sus derechos civiles ante la Oficina de derechos civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos (U.S. Department of Health and Human Services), en forma electrónica a través del portal de quejas de la Oficina de derechos civiles, disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o por correo o vía telefónica llamando al: U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue SW., Room 509F, HHH Building, Washington, DC 20201, 1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD).

Los formularios de queja están disponibles en <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

|                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Spanish:</b>        | Si usted, o alguien a quien está ayudando, tiene preguntas acerca de Ambetter de NH Healthy Families, tiene derecho a obtener ayuda e información en su idioma sin costo alguno. Para hablar con un intérprete, llame al 1-844-265-1278 (TTY/TDD 1-855-742-0123).                                                            |
| <b>French:</b>         | Si vous-même ou une personne que vous aidez avez des questions à propos d'Ambetter from NH Healthy Families, vous avez le droit de bénéficier gratuitement d'aide et d'informations dans votre langue. Pour parler à un interprète, appelez le 1-844-265-1278 (TTY/TDD 1-855-742-0123).                                      |
| <b>Chinese:</b>        | 如果您，或是您正在協助的對象，有關於 Ambetter from NH Healthy Families 方面的問題，您有權利免費以您的母語得到幫助和訊息。如果要與一位翻譯員講話，請撥電話 1-844-265-1278 (TTY/TDD 1-855-742-0123)。                                                                                                                                                                                      |
| <b>Nepali:</b>         | यदि तपाईं वा तपाईंले मद्दत गरिरहनुभएको कोही व्यक्तिसँग Ambetter from NH Healthy Families सम्बन्धी कुनै प्रश्नहरू भएको खण्डमा तपाईंहरूसँग आफ्नै भाषामा निःशुल्क मद्दत र जानकारी प्राप्त गर्ने अधिकार छ। दोभाषेसँग कुरा गर्नका लागि 1-844-265-1278 (TTY/TDD 1-855-742-0123) नम्बरमा कल गर्नुहोस्।                              |
| <b>Vietnamese:</b>     | Nếu quý vị, hay người mà quý vị đang giúp đỡ, có câu hỏi về Ambetter from NH Healthy Families, quý vị sẽ có quyền được giúp và có thêm thông tin bằng ngôn ngữ của mình miễn phí. Để nói chuyện với một thông dịch viên, xin gọi 1-844-265-1278 (TTY/TDD 1-855-742-0123).                                                    |
| <b>Portuguese:</b>     | Se você, ou alguém a quem você está ajudando, tem perguntas sobre o Ambetter from NH Healthy Families, você tem o direito de obter ajuda e informação em seu idioma e sem custos. Para falar com um intérprete, ligue para 1-844-265-1278 (TTY/TDD 1-855-742-0123).                                                          |
| <b>Greek:</b>          | Εάν εσείς ή κάποιος που βοηθάτε, έχετε ερωτήσεις σχετικά με την Ambetter from NH Healthy Families, έχετε το δικαίωμα να ζητήσετε βοήθεια και πληροφορίες στη γλώσσα σας, χωρίς χρέωση. Για να μιλήσετε με διερμηνέα, καλέστε το 1-844-265-1278 (TTY/TDD 1-855-742-0123).                                                     |
| <b>Arabic:</b>         | إذا كان لديك أو لدى شخص تساعد أسئلة حول Ambetter from NH Healthy Families، لديك الحق في الحصول على المساعدة والمعلومات الضرورية بلغتك من دون أية تكلفة. للتحدث مع مترجم اتصل بـ 1-844-265-1278 (TTY/TDD 1-855-742-0123).                                                                                                     |
| <b>Serbo-Croatian:</b> | Ako Vi, ili neko kome pomažete, imate pitanja u vezi Ambetter from NH Healthy Families, imate pravo na besplatnu pomoć i informaciju na sopstvenom jeziku. Ukoliko želite da pričate sa prevodiocem, pozovite broj 1-844-265-1278 (TTY/TDD 1-855-742-0123).                                                                  |
| <b>Indonesian:</b>     | Jika Anda, atau orang yang Anda bantu, memiliki pertanyaan tentang Ambetter from NH Healthy Families, Anda berhak mendapatkan bantuan dan informasi dalam bahasa Anda tanpa dikenakan biaya. Untuk berbicara dengan juru bicara, hubungi 1-844-265-1278 (TTY/TDD 1-855-742-0123).                                            |
| <b>Korean:</b>         | 만약 귀하 또는 귀하가 돕고 있는 어떤 사람이 Ambetter from NH Healthy Families 에 관해서 질문이 있다면 귀하는 그러한 도움과 정보를 귀하의 언어로 비용 부담없이 얻을 수 있는 권리가 있습니다. 그렇게 통역사와 얘기하기 위해서는 1-844-265-1278 (TTY/TDD 1-855-742-0123) 로 전화하십시오.                                                                                                                             |
| <b>Russian:</b>        | В случае возникновения у вас или у лица, которому вы помогаете, каких-либо вопросов о программе страхования Ambetter from NH Healthy Families вы имеете право получить бесплатную помощь и информацию на своем родном языке. Чтобы поговорить с переводчиком, позвоните по телефону 1-844-265-1278 (TTY/TDD 1-855-742-0123). |
| <b>French Creole:</b>  | Si oumenm, oubyen yon moun w ap ede, gen kesyon nou ta renmen poze sou Ambetter from NH Healthy Families, ou gen tout dwa pou w jwenn ed ak enfòmasyon nan lang manman w san sa pa koute w anyen. Pou w pale avèk yon entèprèt, sonnen nimewo 1-844-265-1278 (TTY/TDD 1-855-742-0123).                                       |
| <b>Bantu:</b>          | Niba wowe cyangwa undi muntu wese uri gufasha yaba afite ikibazo kijanyane na Ambetter from NH Healthy Families, ufite uburenganzira bwo guhabwa amakuru mu rurimi wunwa utishyuye. Kugira ngo uvugane n'umusobanuzi, Hamagara 1-844-265-1278 (TTY/TDD 1-855-742-0123).                                                      |
| <b>Polish:</b>         | Jeżeli ty lub osoba, której pomagasz, macie pytania na temat planów oferowanych za pośrednictwem Ambetter from NH Healthy Families, macie prawo poprosić o bezpłatną pomoc i informacje w języku ojczystym. Aby skorzystać z pomocy tłumacza, zadzwoń pod numer 1-844-265-1278 (TTY/TDD 1-855-742-0123).                     |