



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/2020-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](#), [deductible](#), [proveedor](#), u otros términos delineados consulte el glosario. Puede ver una copia del glosario en <https://www.healthcare.gov/sbc-glossary> o llamar a 1-844-265-1278 (TTY/TDD 1-855-742-0123) para solicitar una copia.

| Preguntas importantes                                                             | Respuestas                                                                                                                              | Por qué es importante:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ¿Cuál es el <a href="#">deductible</a> general?                                   | \$0                                                                                                                                     | Consulte la tabla de Eventos Médicos Comunes a continuación para conocer sus costos por servicios que cubre este <a href="#">plan</a> .                                                                                                                                                                                                                                 |
| ¿Se cubre algún servicio antes de pagar todo el <a href="#">deductible</a> ?      | No hay <a href="#">deducible</a> .                                                                                                      | No hay <a href="#">deducible</a> . Consulte una lista de <a href="#">los servicios preventivos cubiertos</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="#">deductible</a> por servicios específicos?             | No.                                                                                                                                     | Usted no tiene que cumplir con los deducibles para servicios <a href="#">específicos</a> .                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| ¿Cuál es el máximo en gastos directos del bolsillo de este <a href="#">plan</a> ? | Para <a href="#">proveedores de red</a> : \$1,400 individual / \$2,800 Familia. No, para <a href="#">proveedores</a> que no son de red. | El <a href="#">límite de gastos de su bolsillo</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 su bolsillo</a> hasta que se haya cumplido con el límite general de <a href="#">gastos de la familia</a> . |
| ¿Qué no incluye el <a href="#">desembolso máximo</a> ?                            | <a href="#">Primas</a> , <a href="#">cargos por facturación de saldo</a> y atención médica que este <a href="#">plan</a> no cubre.      | A pesar de que usted paga estos gastos, que don't contar para el <a href="#">límite de bolsillo</a> .                                                                                                                                                                                                                                                                   |

| Preguntas importantes                                                                   | Respuestas                                                                                                                             | Por qué es importante:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
|-----------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ¿Pagará un poco menos si acude a un <a href="#">proveedor dentro de la red medica</a> ? | Sí. Consulte <a href="#">Buscar un proveedor</a> o llame 1-844-265-1278 para obtener una lista de proveedores de <a href="#">red</a> . | Este <a href="#">plan</a> utiliza una <a href="#">red de proveedores</a> . Usted pagará menos si utiliza un <a href="#">proveedor</a> en la <a href="#">red del plan</a> . Usted pagará más si utiliza un <a href="#">proveedor fuera de la red</a> y puede recibir una factura de un <a href="#">proveedor</a> por la diferencia entre el cargo del <a href="#">proveedor</a> y lo que paga su <a href="#">plan</a> ( <a href="#">facturación de saldo</a> ). Tenga en cuenta que el proveedor de <a href="#">red</a> podría usar un <a href="#">proveedor fuera de la red</a> para algunos servicios (como el trabajo de laboratorio). Consulte con su <a href="#">proveedor</a> antes de recibir servicios. |
| ¿Necesita un referido para ver a un <a href="#">especialista</a> ?                      | No.                                                                                                                                    | Puede ver al <a href="#">especialista</a> que elija sin <a href="#">una referencia</a> .                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |



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

| Eventos médicos comunes                                                  | Servicios que podría necesitar                                                     | Lo que usted paga                                                                                                                      |                                                    | Limitaciones, excepciones y otra información importante                                                                                                                                                                                               |
|--------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                                          |                                                                                    | Proveedor en la red (Usted pagará lo mínimo)                                                                                           | Proveedor fuera de la red (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                    | Sin cargo                                                                                                                              | No cubierto                                        | ----Ninguno----                                                                                                                                                                                                                                       |
|                                                                          | Visita al <a href="#">especialista</a>                                             | \$15 <a href="#">Copago</a> / visita                                                                                                   | No cubierto                                        | ----Ninguno----                                                                                                                                                                                                                                       |
|                                                                          | <a href="#">Atención preventiva</a> / <a href="#">examen colectivo</a> / vacuna    | Sin cargo                                                                                                                              | No cubierto                                        | ----Ninguno----                                                                                                                                                                                                                                       |
| Si se realiza un examen                                                  | <a href="#">Prueba diagnóstica</a> (radiografía, análisis de sangre)               | Sin cargo por servicios ambulatorios y profesionales de laboratorio; 30% <a href="#">Coseguro</a> para rayos X e imágenes diagnósticas | No cubierto                                        | Es posible que se requiera autorización previa. Si no se obtiene una autorización previa para cualquier servicio que requiera autorización previa, puede resultar en una reducción de los beneficios. Consulte su política para obtener más detalles. |
|                                                                          | Estudios de imágenes (tomografía computarizada, estudio PET, resonancia magnética) | 30% <a href="#">Coseguro</a>                                                                                                           | No cubierto                                        | Es posible que se requiera autorización previa.                                                                                                                                                                                                       |

| 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 en lista de medicamentos preferidos</a> . | Medicamentos genéricos (Nivel 1)                               | Sin cargo                                       | No cubierto                                           | Se proporcionan <u>medicamentos recetados</u> hasta 30 días al por menor y hasta 90 días a través de la orden por correo. Los pedidos por correo están sujetos a 2.5x importe <u>de costo compartido</u> al por menor. Los anticonceptivos aprobados por la FDA y de venta libre no están sujetos a costo compartido.                                                 |
|                                                                                                                                                                                                               | Medicamentos de marcas preferidas (Nivel 2)                    | 30% <u>Coseguro</u>                             | No cubierto                                           | Es posible que se requiera autorización previa. Se proporcionan <u>medicamentos recetados</u> hasta 30 días al por menor y hasta 90 días a través de la orden por correo. Los pedidos por correo están sujetos a 2.5x importe <u>de costo compartido</u> al por menor. Los anticonceptivos aprobados por la FDA y de venta libre no están sujetos a costo compartido. |
|                                                                                                                                                                                                               | Medicamentos de marcas no preferidas (Nivel 3)                 | 40% <u>Coseguro</u>                             | No cubierto                                           | Es posible que se requiera autorización previa. Se proporcionan <u>medicamentos recetados</u> hasta 30 días al por menor y hasta 90 días a través de la orden por correo. Los pedidos por correo están sujetos a 2.5x importe <u>de costo compartido</u> al por menor. Los anticonceptivos aprobados por la FDA y de venta libre no están sujetos a costo compartido. |
|                                                                                                                                                                                                               | <a href="#">Medicamentos especializados</a> (Nivel 4)          | 40% <u>Coseguro</u>                             | No cubierto                                           | Es posible que se requiera autorización previa. Se proporcionan <u>medicamentos recetados</u> hasta 30 días al por menor y hasta 30 días a través de la orden por correo. Los anticonceptivos aprobados por la FDA y de venta libre no están sujetos a costo compartido.                                                                                              |
| <b>Si se somete a una operación ambulatoria</b>                                                                                                                                                               | Cargo de instalaciones (p. ej., centro de cirugía ambulatoria) | 30% <u>Coseguro</u>                             | No cubierto                                           | Es posible que se requiera autorización previa.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
|                                                                                                                                                                                                               | Honorarios del médico/cirujano                                 | 30% <u>Coseguro</u>                             | No cubierto                                           | Es posible que se requiera autorización previa.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |

SBC-75841NH0090014-06-2020

\*Para obtener más información acerca de las limitaciones y excepciones, consulte el documento del plan o de la póliza en <https://api.centene.com/EOC/2020/75841NH009.pdf>

| 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 necesita atención médica inmediata                            | <a href="#">Atención en la sala de emergencias</a>      | 30% <u>Coseguro</u>                                                                              | 30% <u>Coseguro</u>                                   | -----Ninguno-----                                                                                                                      |
|                                                                  | <a href="#">Transporte médico de emergencia</a>         | 30% <u>Coseguro</u>                                                                              | 30% <u>Coseguro</u>                                   | -----Ninguno-----                                                                                                                      |
|                                                                  | <a href="#">Atención de urgencia</a>                    | \$10 <u>Copago</u> / visita                                                                      | \$10 <u>Copago</u> /visita                            | -----Ninguno-----                                                                                                                      |
| Si le hospitalizan                                               | Cargo de instalaciones (p. ej., habitación de hospital) | 30% <u>Coseguro</u>                                                                              | No cubierto                                           | Es posible que se requiera autorización previa.                                                                                        |
|                                                                  | Honorarios del médico/cirujano                          | 30% <u>Coseguro</u>                                                                              | No cubierto                                           | Es posible que se requiera autorización previa.                                                                                        |
| Si necesita servicios de salud mental, conductual o toxicomanías | Sevicios ambulatorios                                   | Sin cargo / visita a la oficina; 30% <u>Coseguro</u> para todos los demás servicios ambulatorios | No cubierto                                           | Es posible que se requiera autorización previa.<br>(Las visitas de PCP y otras visitas profesionales no requieren autorización previa) |
|                                                                  | Servicios internos                                      | 30% <u>Coseguro</u>                                                                              | No cubierto                                           | Es posible que se requiera autorización previa.                                                                                        |

| 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 está embarazada      | Visitas al consultorio                             | Sin cargo                                       | No cubierto                                           | No se requiere autorización previa para las entregas dentro del plazo estándar según la regulación federal, pero puede ser necesaria para otros servicios. <u>El costo compartido</u> no se aplica a <u>los servicios preventivos</u> , como las pruebas de detección prenatales y postnatales de rutina. Dependiendo del tipo de servicios, se pueden aplicar <u>coseguros</u> , <u>deducibles</u> o <u>copago</u> . La atención de la maternidad puede incluir pruebas y servicios descritos en otra parte del SBC (es decir, ultrasonido). |
|                         | Servicios de parto profesionales                   | 30% <u>Coseguro</u>                             | No cubierto                                           | Es posible que se requiera autorización previa. <u>La distribución de costos</u> no se aplica a los <u>servicios preventivos</u> . Dependiendo del tipo de servicios, puede aplicarse <u>copago</u> , <u>coseguro</u> o <u>deducible</u> . La atención de la maternidad puede incluir pruebas y servicios descritos en otra parte del SBC (es decir, ultrasonido).                                                                                                                                                                            |
|                         | Servicios de instalaciones de partos profesionales | 30% <u>Coseguro</u>                             | No cubierto                                           | Es posible que se requiera autorización previa. <u>La distribución de costos</u> no se aplica a los <u>servicios preventivos</u> . Dependiendo del tipo de servicios, puede aplicarse <u>copago</u> , <u>coseguro</u> o <u>deducible</u> . La atención de la maternidad puede incluir pruebas y servicios descritos en otra parte del SBC (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>                        | 30% <u>Coseguro</u>                             | No cubierto                                           | Es posible que se requiera autorización previa.                                                                                                |
|                                                                                      | <a href="#">Servicios de rehabilitación</a>                            | 30% <u>Coseguro</u>                             | No cubierto                                           | Es posible que se requiera autorización previa. 20 visitas por año por terapia. Incluye fisioterapia, terapia del habla y terapia ocupacional. |
|                                                                                      | <a href="#">Servicios de habilitación</a>                              | 30% <u>Coseguro</u>                             | No cubierto                                           | Es posible que se requiera autorización previa. 20 visitas por año por terapia. Incluye fisioterapia, terapia del habla y terapia ocupacional. |
|                                                                                      | <a href="#">Cuidado de enfermería especializada</a>                    | 30% <u>Coseguro</u>                             | No cubierto                                           | Es posible que se requiera autorización previa. 100 días al año en una instalación.                                                            |
|                                                                                      | <a href="#">Equipo médico duradero</a>                                 | 30% <u>Coseguro</u>                             | No cubierto                                           | Es posible que se requiera autorización previa.                                                                                                |
|                                                                                      | <a href="#">Servicios de cuidados paliativos o enfermos terminales</a> | 30% <u>Coseguro</u>                             | No cubierto                                           | Es posible que se requiera autorización previa.                                                                                                |
| <b>Si su niño necesita servicios odontológicos o de la vista</b>                     | Examen de la vista pediátrico                                          | Sin cargo                                       | No cubierto                                           | 1 visita por año.                                                                                                                              |
|                                                                                      | Anteojos para niños                                                    | Sin cargo                                       | No cubierto                                           | 1 artículo por año.                                                                                                                            |
|                                                                                      | Chequeo dental pediátrico                                              | No cubierto                                     | No cubierto                                           | -----Ninguno-----                                                                                                                              |

Servicios excluidos y otros servicios cubiertos:

|                                                                                                                                                                                                                   |                         |                                     |                                |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|-------------------------------------|--------------------------------|
| Servicios que su <a href="#">plan</a> generalmente NO cubre (consulte el documento de su <a href="#">plan</a> o póliza para encontrar más información y una lista de otros <a href="#">servicios excluidos</a> .) |                         |                                     |                                |
| • Aborto (excepto en casos de violación, incesto o cuando la vida de la madre está en peligro)                                                                                                                    | • Cirugía estética      | • Cuidado ocular de rutina (adulto) | • Odontólogos                  |
| • Acupuntura                                                                                                                                                                                                      | • Cuidado a largo plazo | • Enfermería de servicio privado    | • Programas de pérdida de peso |
| • Atención que no es de emergencia cuando se viaja fuera de los EE. UU.                                                                                                                                           |                         |                                     |                                |

|                                                                                                                                                                         |                                                                        |                                                                             |                                                                                    |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------|
| Otros servicios cubiertos (podrían aplicarse limitaciones a estos servicios. Esto no es una lista completa. Consulte el documento de su <a href="#">plan</a> document.) |                                                                        |                                                                             |                                                                                    |
| • Audífonos (Un audífono por oído cada vez que cambia la prescripción de un audífono)                                                                                   | • Cuidado quiropráctico (limitado a 12 visitas especializadas por año) | • Cuidado rutinario del pie (relacionado con el tratamiento de la diabetes) | • Tratamiento de la infertilidad (Ver política para obtener detalles de cobertura) |
| • Cirugía bariátrica                                                                                                                                                    |                                                                        |                                                                             |                                                                                    |

**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: Ambetter from New Hampshire Healthy Families at 1-844-265-1278 (TTY/TDD 1-855-742-0123); New Hampshire Insurance Department, 21 South Fruit Street, Suite 14, Concord, NH 03301, Phone No. 1-800-852-3416. 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?**

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?**

Si su [plan 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 <a href="#">proveedores</a> general del <a href="#">plan</a> | \$0  |
| <a href="#">Especialista</a> <a href="#">copago</a>             | \$15 |
| Hospital (Instalaciones) <a href="#">coseguro</a>               | 30%  |
| Otro <a href="#">coseguro</a>                                   | 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                        | \$0            |
| Copagos                            | \$0            |
| Coseguro                           | \$1,400        |
| Qué no está cubierto               |                |
| Límites o exclusiones              | \$60           |
| <b>El total que Peg pagaría es</b> | <b>\$1,460</b> |

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

|                                                                 |      |
|-----------------------------------------------------------------|------|
| El <a href="#">proveedores</a> general del <a href="#">plan</a> | \$0  |
| <a href="#">Especialista</a> <a href="#">copago</a>             | \$15 |
| Hospital (Instalaciones) <a href="#">coseguro</a>               | 30%  |
| Otro <a href="#">coseguro</a>                                   | 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                        | \$0            |
| Copagos                            | \$30           |
| Coseguro                           | \$1,370        |
| Qué no está cubierto               |                |
| Límites o exclusiones              | \$60           |
| <b>El total que Joe pagaría es</b> | <b>\$1,460</b> |

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

|                                                                 |      |
|-----------------------------------------------------------------|------|
| El <a href="#">proveedores</a> general del <a href="#">plan</a> | \$0  |
| <a href="#">Especialista</a> <a href="#">copago</a>             | \$15 |
| Hospital (Instalaciones) <a href="#">coseguro</a>               | 30%  |
| Otro <a href="#">coseguro</a>                                   | 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                        | \$0          |
| Copagos                            | \$50         |
| Coseguro                           | \$500        |
| Qué no está cubierto               |              |
| Límites o exclusiones              | \$0          |
| <b>El total que Mia pagaría es</b> | <b>\$550</b> |

### 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 1-877-851-3992. Usted puede presentar una queja en persona, por correo, fax, o correo electrónico. Si necesita ayuda para presentar una queja, Ambetter from 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>.

Ambetter de NH Healthy Families está asegurada por Celtic Insurance Company.  
© 2018 NH Healthy Families. Todos los derechos reservados.

|                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <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। दोआपसँग 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 (TTY/TDD 1-855-742-0123) 1-844-265-1278.                                                                                                     |
| <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 èd 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 kijyanye na Ambetter from NH Healthy Families, ufite uburenganzira bwo guhabwa amakuru mu rurimi wunva utishyuye. Kugira ngo uvugane n'umubashuri, 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).                     |