

 El Resumen de beneficios y cobertura (SBC) lo ayudará a escoger un [plan](#) de salud. El SBC muestra cómo usted y el [plan](#) compartirían los costos de los servicios de atención médica cubiertos. NOTA: La información sobre el costo de este [plan](#) (denominado [prima](#)) se proporcionará por separado. Este es solo un resumen. Para obtener más información sobre su cobertura u obtener una copia de los términos completos de la cobertura, <https://www-es.ambetterofnorthcarolina.com/2022-brochures.html> o llamar al 1-833-863-1310 (Relay 711). Para ver las definiciones de términos frecuentes, como [cantidad permitida](#), [facturación de saldo](#), [coseguro](#), [copago](#), [deducible](#), [proveedor](#) u otros términos [subrayados](#), consulte el glosario. Puede consultar el glosario en <https://www.healthcare.gov/sbc-glossary> o llamar al 1-833-863-1310 (Relay 711) para pedir una copia.

| Preguntas importantes | Respuestas | Por qué es importante: |
|---|--|---|
| ¿Cuánto es el deducible total? | \$0 por individuo y \$0 por familia. | Consulte la tabla de Circunstancias médicas comunes abajo para conocer los costos de los servicios que cubre este plan . |
| ¿Hay servicios cubiertos antes de alcanzar su deducible ? | Sí. | Este plan cubre algunos productos y servicios aunque aún no haya alcanzado la cantidad del deducible . |
| ¿Hay otros deductibles para servicios específicos? | No. | No debe pagar deductibles por servicios específicos. |
| ¿Cuánto es el límite de gastos de bolsillo para este plan ? | No se aplica. | Este plan no tiene un límite de gastos de bolsillo . |
| ¿Qué es lo que no está incluido en el límite de gastos de bolsillo ? | No se aplica. | Este plan no tiene un límite de gastos de bolsillo . |
| ¿Pagará menos si acude a un proveedor dentro de la red ? | Sí. https://ambetterofnorthcarolina.com/findadoc o llame al 1-833-863-1310 (Relay 711) para una lista de proveedores de la red . | Este plan utiliza una red de proveedores . Pagará menos si usa un proveedor que esté incluido en la red del plan . Pagará más si acude a un proveedor fuera de la red , y es posible que reciba una factura de un proveedor por la diferencia entre el cargo del proveedor y lo que su plan paga (facturación de saldo). Tenga en cuenta que su proveedor dentro de la red puede usar un proveedor fuera de la red para algunos servicios (como análisis de laboratorio). Consulte con su proveedor antes de recibir los servicios. |
| ¿Necesita una derivación para atenderse con un especialista ? | No. | Puede ver al especialista que usted elija sin una derivación . |

| Circunstancia médica común | Servicios que podría necesitar | Lo que usted pagará | | Limitaciones, excepciones y otra información importante |
|--|---|--|---|---|
| | | Proveedor de Indian Health Care (IHCP) y proveedor en la red No-IHCP (Pagará menos) | No Proveedor de Atención de la Salud Indígena (IHCP) (Usted pagará el máximo) | |
| <u>Si acude al consultorio o clínica del proveedor</u> | Consulta con su médico de atención primaria para tratar una afección o lesión | Sin cargo | No cubierto | Las visitas de atención virtual sin límite recibidas de Telesalud de Ambetter están cubiertas sin ningún cargo, los proveedores están cubiertos en su totalidad. Sí un <u>Proveedor</u> de Atención de la Salud Indígena (IHCP) le <u>remite</u> a un <u>proveedor</u> que no es IHCP, se renuncia a los <u>costos compartidos</u> . |
| | Consulta con un <u>especialista</u> | Sin cargo | No cubierto | Cubierto sin límite. Sí un <u>Proveedor</u> de Atención de la Salud Indígena (IHCP) le <u>remite</u> a un <u>proveedor</u> que no es IHCP, se renuncia a los <u>costos compartidos</u> . |
| | <u>Atención preventiva/evaluación/vacunas</u> | Sin cargo | No cubierto | Puede que tenga que pagar por servicios que no son preventivos. Pregunte a su <u>proveedor</u> si los servicios necesarios son preventivos. Luego verifique por lo que su <u>plan</u> pagará. Sí un <u>Proveedor</u> de Atención de la Salud Indígena (IHCP) le <u>remite</u> a un <u>proveedor</u> que no es IHCP, se renuncia a los <u>costos compartidos</u> . |
| <u>Si se realiza un examen</u> | <u>Exámenes de diagnóstico</u> (radiografías, análisis de sangre) | Sin cargo para laboratorio y servicios profesionales Sin cargo para rayos X e imágenes de diagnóstico Sin cargo para servicios de laboratorio y profesionales e imágenes de diagnóstico y rayos X en otros lugares de servicio | No cubierto | Puede que sea necesaria una autorización previa. Cubierto sin límite. Otros lugares pueden incluir Hospital, Sala de emergencias o Centro ambulatorio. El no obtener autorización previa para un servicio que requiere autorización previa resultará en la denegación de los beneficios. Consulte su póliza para obtener más detalles. Sí un <u>Proveedor</u> de Atención de la Salud Indígena (IHCP) le <u>remite</u> a un <u>proveedor</u> que |

*Para obtener más información sobre limitaciones y excepciones, consulte el documento del plan o de la póliza en <https://api.centene.com/eoc/2022/77264NC001.pdf>.

| Circunstancia médica común | Servicios que podría necesitar | Lo que usted pagará | | Limitaciones, excepciones y otra información importante |
|---|---|---|---|--|
| | | Proveedor de Indian Health Care (IHCP) y proveedor en la red No-IHCP (Pagará menos) | No Proveedor de Atención de la Salud Indígena (IHCP) (Usted pagará el máximo) | |
| | | | | no es IHCP, se renuncia a los costos compartidos . |
| | Diagnóstico por imágenes (tomografía computarizada/tomografía por emisión de positrones, imágenes por resonancia magnética) | Sin cargo | No cubierto | Puede que sea necesaria una autorización previa. Cubierto sin límite. Sí un Proveedor de Atención de la Salud Indígena (IHCP) le remite a un proveedor que no es IHCP, se renuncia a los costos compartidos . |
| Si necesita un medicamento para tratar su enfermedad o condición médica. Hay más información disponible sobre la cobertura de medicamentos con receta médica en https://ambetterofnorthcarolina.com/2022formulary . | Medicamentos genéricos (Nivel 1) | Vendedor genérico preferido: Sin cargo Vendedor genérico: Sin cargo | No cubierto | Es posible que se requiera la autorización previa. Los medicamentos recetados se suministran hasta por 30 días en los establecimientos de venta al por menor y hasta por 90 días a través de pedidos por correo. Sí un Proveedor de Atención de la Salud Indígena (IHCP) le remite a un proveedor que no es IHCP, se renuncia a los costos compartidos . |
| | Medicamentos de marca preferidos (Nivel 2) | Al por menor: Sin cargo | No cubierto | Es posible que se requiera la autorización previa. Los medicamentos recetados se suministran hasta por 30 días en los establecimientos de venta al por menor y hasta por 90 días a través de pedidos por correo. Sí un Proveedor de Atención de la Salud Indígena (IHCP) le remite a un proveedor que no es IHCP, se renuncia a los costos compartidos . |
| | Medicamentos de marca no preferidos (Nivel 3) | Al por menor: Sin cargo | No cubierto | Es posible que se requiera la autorización previa. Los medicamentos recetados se suministran hasta por 30 días en los establecimientos de venta al por menor y hasta por 90 días a través de pedidos por correo. Sí un Proveedor de Atención de la Salud Indígena (IHCP) le remite a un proveedor que no es IHCP, se renuncia a los costos compartidos . |
| | Medicamentos de especialidad (Nivel 4) | Al por menor: Sin cargo | No cubierto | Puede que sea necesaria una autorización previa. Los medicamentos con receta se proporcionan hasta 30 días al por menor y hasta 30 días por pedidos por correo. Sí un Proveedor de Atención de la Salud Indígena |

*Para obtener más información sobre limitaciones y excepciones, consulte el documento del [plan](#) o de la póliza en <https://api.centene.com/eoc/2022/77264NC001.pdf>.

| Circunstancia médica común | Servicios que podría necesitar | Lo que usted pagará | | Limitaciones, excepciones y otra información importante |
|--|---|---|---|---|
| | | Proveedor de Indian Health Care (IHCP) y proveedor en la red No-IHCP (Pagará menos) | No Proveedor de Atención de la Salud Indígena (IHCP) (Usted pagará el máximo) | |
| | | | | (IHCP) le <u>remite</u> a un <u>proveedor</u> que no es IHCP, se renuncia a los <u>costos compartidos</u> . |
| Si le hacen una cirugía ambulatoria | Tarifa del centro (p. ej., centro de cirugía ambulatoria) | Sin cargo | No cubierto | Puede que sea necesaria una autorización previa. Cubierto sin límite. Sí un <u>Proveedor</u> de Atención de la Salud Indígena (IHCP) le <u>remite</u> a un <u>proveedor</u> que no es IHCP, se renuncia a los <u>costos compartidos</u> . |
| | Tarifas del médico/cirujano | Sin cargo | No cubierto | Puede que sea necesaria una autorización previa. Cubierto sin límite. Sí un <u>Proveedor</u> de Atención de la Salud Indígena (IHCP) le <u>remite</u> a un <u>proveedor</u> que no es IHCP, se renuncia a los <u>costos compartidos</u> . |
| Si necesita atención médica inmediata | <u>Atención en la Sala de Emergencias</u> | Sin cargo | Sin cargo; <u>deducible</u> no se aplica | Cubierto sin límite. Sí un <u>Proveedor</u> de Atención de la Salud Indígena (IHCP) le <u>remite</u> a un <u>proveedor</u> que no es IHCP, se renuncia a los <u>costos compartidos</u> . |
| | <u>Transporte médico de emergencia</u> | Sin cargo | Sin cargo; <u>deducible</u> no se aplica | Cobertura sin límite. Nota: No se requiere la autorización previa para el transporte de emergencia, sin embargo, todo transporte que no sea de emergencia requiere autorización previa. Sí un <u>Proveedor</u> de Atención de la Salud Indígena (IHCP) le <u>remite</u> a un <u>proveedor</u> que no es IHCP, se renuncia a los <u>costos compartidos</u> . |
| | <u>Atención de urgencia</u> | Sin cargo | No cubierto | Cubierto sin límite. Sí un <u>Proveedor</u> de Atención de la Salud Indígena (IHCP) le <u>remite</u> a un <u>proveedor</u> que no es IHCP, se renuncia a los <u>costos compartidos</u> . |
| Si necesita hospitalización | Tarifa del centro (p. ej., habitación del hospital) | Sin cargo | No cubierto | Puede que sea necesaria una autorización previa. Cubierto sin límite. Sí un <u>Proveedor</u> de Atención de la Salud Indígena (IHCP) le |

*Para obtener más información sobre limitaciones y excepciones, consulte el documento del plan o de la póliza en <https://api.centene.com/eoc/2022/77264NC001.pdf>.

| Circunstancia médica común | Servicios que podría necesitar | Lo que usted pagará | | Limitaciones, excepciones y otra información importante |
|---|---|---|---|--|
| | | Proveedor de Indian Health Care (IHCP) y proveedor en la red No-IHCP (Pagará menos) | No Proveedor de Atención de la Salud Indígena (IHCP) (Usted pagará el máximo) | |
| Si necesita servicios de salud mental, salud conductual o de abuso de sustancias | Tarifas del médico/cirujano | Sin cargo | No cubierto | Puede que sea necesaria una autorización previa. Cubierto sin límite. Sí un <u>Proveedor</u> de Atención de la Salud Indígena (IHCP) le remite a un <u>proveedor</u> que no es IHCP, se renuncia a los <u>costos compartidos</u> . |
| | Servicios para pacientes ambulatorios | Sin cargo; Sin cargo | No cubierto | Puede que sea necesaria una autorización previa. Cubierto sin límite. (PCP y otras visitas de médico no requieren autorización previa). Sí un <u>Proveedor</u> de Atención de la Salud Indígena (IHCP) le remite a un <u>proveedor</u> que no es IHCP, se renuncia a los <u>costos compartidos</u> . |
| Si está embarazada | Servicios para pacientes hospitalizados | Sin cargo | No cubierto | Puede que sea necesaria una autorización previa. Cubierto sin límite. Sí un <u>Proveedor</u> de Atención de la Salud Indígena (IHCP) le remite a un <u>proveedor</u> que no es IHCP, se renuncia a los <u>costos compartidos</u> . |
| | Visitas al consultorio | Sin cargo | No cubierto | No se requiere Autorización previa para entregas dentro del marco de tiempo estándar según las normas federales, pero se puede requerir para otros servicios. El <u>costo compartido</u> no aplica a <u>servicios preventivos</u> , tales como evaluaciones de rutina prenatales y posnatales. Dependiendo del tipo de servicios, puede que aplique un <u>coseguro</u> , <u>deducible</u> o <u>copago</u> . La atención por maternidad puede incluir las pruebas y servicios descritos en otro sitio en el SBC (por ej. ecografía). Sí un <u>Proveedor</u> de Atención |

*Para obtener más información sobre limitaciones y excepciones, consulte el documento del [plan](#) o de la póliza en <https://api.centene.com/eoc/2022/77264NC001.pdf>.

| Circunstancia médica común | Servicios que podría necesitar | Lo que usted pagará | | Limitaciones, excepciones y otra información importante |
|--|---|---|---|---|
| | | Proveedor de Indian Health Care (IHCP) y proveedor en la red No-IHCP (Pagará menos) | No Proveedor de Atención de la Salud Indígena (IHCP) (Usted pagará el máximo) | |
| Si necesita servicios de recuperación o tiene otras necesidades especiales de salud | | | | de la Salud Indígena (IHCP) le <u>remite</u> a un <u>proveedor</u> que no es IHCP, se renuncia a los <u>costos compartidos</u> . |
| | Servicios profesionales para el nacimiento y el parto | Sin cargo | No cubierto | Puede que sea necesaria una autorización previa. Los <u>costos compartidos</u> no aplican para <u>servicios preventivos</u> . Dependiendo del tipo de servicios, puede que aplique un <u>copago</u> , <u>coseguro</u> o <u>deductible</u> . La atención por maternidad puede incluir las pruebas y servicios descritos en otro sitio en el SBC (por ej. ecografía). Si un <u>Proveedor</u> de Atención de la Salud Indígena (IHCP) le <u>remite</u> a un <u>proveedor</u> que no es IHCP, se renuncia a los <u>costos compartidos</u> . |
| | Servicios hospitalarios para el nacimiento y el parto | Sin cargo | No cubierto | |
| Atención médica en el hogar | | | | Puede que sea necesaria una autorización previa. Cubierto sin límite. Si un <u>Proveedor</u> de Atención de la Salud Indígena (IHCP) le <u>remite</u> a un <u>proveedor</u> que no es IHCP, se renuncia a los <u>costos compartidos</u> . |
| | <u>Servicios de rehabilitación</u> | Sin cargo | No cubierto | Es posible que se requiera la autorización previa. Limitado a 30 visitas por año para la terapia del habla para pacientes ambulatorios; limitado a una combinación de 30 visitas por año para la terapia ocupacional, la fisioterapia y la atención quiropráctica para pacientes ambulatorios. Nota: Los límites no aplican cuando se proporciona para un diagnóstico de salud mental/trastorno por uso de sustancias. Si un <u>Proveedor</u> de Atención de la Salud Indígena (IHCP) le <u>remite</u> a un |

*Para obtener más información sobre limitaciones y excepciones, consulte el documento del plan o de la póliza en <https://api.centene.com/eoc/2022/77264NC001.pdf>.

| Circunstancia médica común | Servicios que podría necesitar | Lo que usted pagará | | Limitaciones, excepciones y otra información importante |
|----------------------------|--|---|---|---|
| | | Proveedor de Indian Health Care (IHCP) y proveedor en la red No-IHCP (Pagará menos) | No Proveedor de Atención de la Salud Indígena (IHCP) (Usted pagará el máximo) | |
| | <u>Servicios de habilitación</u> | Sin cargo | No cubierto | <u>proveedor</u> que no es IHCP, se renuncia a los <u>costos compartidos</u> . |
| | <u>Atención de enfermería especializada</u> | Sin cargo | No cubierto | Puede que sea necesaria una autorización previa. Limitado a 60 días al año. Si un <u>Proveedor</u> de Atención de la Salud Indígena (IHCP) le <u>remite</u> a un <u>proveedor</u> que no es IHCP, se renuncia a los <u>costos compartidos</u> . |
| | <u>Equipo médico duradero</u> | Sin cargo | No cubierto | Puede que sea necesaria una autorización previa. Cubierto sin límite. Si un <u>Proveedor</u> de Atención de la Salud Indígena (IHCP) le <u>remite</u> a un <u>proveedor</u> que no es IHCP, se renuncia a los <u>costos compartidos</u> . |
| | <u>Servicios en un programa de cuidados paliativos</u> | Sin cargo | No cubierto | Puede que sea necesaria una autorización previa. Cubierto sin límite. Si un <u>Proveedor</u> de Atención de la Salud Indígena (IHCP) le <u>remite</u> a un <u>proveedor</u> que no es IHCP, se renuncia a los <u>costos compartidos</u> . |

*Para obtener más información sobre limitaciones y excepciones, consulte el documento del [plan](#) o de la póliza en <https://api.centene.com/eoc/2022/77264NC001.pdf>.

| Circunstancia médica común | Servicios que podría necesitar | Lo que usted pagará | | Limitaciones, excepciones y otra información importante |
|--|--------------------------------|---|---|--|
| | | Proveedor de Indian Health Care (IHCP) y proveedor en la red No-IHCP (Pagará menos) | No Proveedor de Atención de la Salud Indígena (IHCP) (Usted pagará el máximo) | |
| Si su hijo necesita servicios dentales o de la vista | Examen de la vista para niños | Sin costo | No están cubiertos | Limitado a 1 examen al año. Sí un Proveedor de Atención de la Salud Indígena (IHCP) le remite a un proveedor que no es IHCP, se renuncia a los costos compartidos. |
| | Anteojos para niños | Sin costo | No están cubiertos | Limitado a 1 artículo al año. Sí un Proveedor de Atención de la Salud Indígena (IHCP) le remite a un proveedor que no es IHCP, se renuncia a los costos compartidos. |
| | Control dental para niños | No están cubiertos | No están cubiertos | -----Ninguno----- |

Servicios excluidos y otros servicios cubiertos:

Servicios que su Plan, por lo general, NO cubre (consulte la póliza o documento del plan para obtener más información y una lista de otros servicios excluidos).

- Aborto (Excepto en casos de violación, incesto o cuando la vida de la madre está en peligro)
- Acupuntura
- Atención a largo plazo (La atención aguda a largo plazo es un beneficio cubierto. La atención de enfermería a largo plazo/Atención asistencial no es un beneficio cubierto.)
- Atención de la vista de rutina (Adulto)
- Atención dental
- Cirugía estética
- Cuidado que no es de emergencia al viajar fuera de Estado Unidos
- Programas de pérdida de peso

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

- Audífonos (Limitado a 1 audífono por oído con problemas de audición, y reemplazo de los audífonos, una vez cada 36 meses.)
- Cirugía bariátrica (Medicamente necesario para el tratamiento de enfermedades y enfermedades causadas por o como resultado de la obesidad o de la obesidad mórbida.)
- Cuidado quiropráctico (Limited to a combined 30 visits per year for outpatient occupational therapy, physical therapy and chiropractic care.)
- Cuidado rutinario de los pies (Limitado a la atención de la diabetes solamente.)
- Servicio de enfermería privada
- Tratamiento de la infertilidad (Incluye ciertos servicios relacionados con: diagnóstico, corrección de afecciones médicas subyacentes que causan infertilidad y tratamiento. Nota: el beneficio tiene un límite de por vida de tres ciclos de inducción médica de la ovulación por afiliado(a).)

Su derecho a continuar con la cobertura: Hay organismos que pueden ayudarlo si quiere mantener la cobertura después de que esta finalice. La información de contacto de esos organismos es: Ambetter of North Carolina Inc. a 1-833-863-1310 (Relay 711); North Carolina Department of Insurance, 1201 Mail Service Center Raleigh, NC 27699-1201, Phone No. 1-800-546-5664 or 1-919-807-6750.. Es posible que haya otras opciones de cobertura disponibles para usted, como contratar una cobertura de seguro individual a través del [Mercado de Seguros Médicos](#). Para obtener más información sobre el [Mercado](#), visite www.HealthCare.gov o llame al 1-800-318-2596.

Su derecho a presentar una queja o una apelación: Hay organismos que pueden ayudarlo si tiene una queja contra su [plan](#) por la denegación de una [reclamación](#). Esta queja se denomina [queja formal](#) o [apelación](#). Para obtener más información sobre sus derechos, consulte la explicación de beneficios que recibirá por dicha [reclamación](#) médica. Los documentos de su [plan](#) también dan toda la información para presentar una [reclamación](#), una [apelación](#) o una [queja formal](#) por cualquier motivo a su [plan](#). Para obtener más información sobre sus derechos, sobre este aviso o si necesita ayuda, comuníquese con: North Carolina Department of Insurance, 1201 Mail Service Center Raleigh, NC 27699-1201, Phone No. 1-800-546-5664 or 1-919-807-6750. Además un programa de ayuda al consumidor le puede ayudar a presentar su apelación. Póngase en contacto 877-885-0231.

¿Este plan proporciona cobertura esencial mínima? Sí

La [cobertura esencial mínima](#) generalmente incluye [planes](#), [seguros médicos](#) disponibles a través del [Mercado](#) u otras pólizas de mercado individuales, Medicare, Medicaid, CHIP, TRICARE y otras coberturas específicas. Si usted es elegible para determinados tipos de [cobertura esencial mínima](#), tal vez no sea elegible para el [crédito fiscal para primas del plan](#).

¿Cumple este plan el valor mínimo estándar? Sí

Si su [plan](#) no cumple con el [valor mínimo estándar](#), es posible que cumpla con los requisitos para recibir un [crédito fiscal para primas del plan](#) que lo ayudará a pagar un [plan](#) en el [Mercado](#).

Servicio de acceso a idiomas:

Spanish (Español): Para obtener asistencia en Español, llame al 1-833-863-1310 (Relay 711).

Tagalog (Tagalog): Kung kailangan ninyo ang tulong sa Tagalog tumawag sa 1-833-863-1310 (Relay 711).

Chinese (中文): 如果需要中文的帮助, 请拨打这个号码 1-833-863-1310 (Relay 711).

Navajo (Dine): Dinek'ehgo shika at'ohwol ninisingo, kwiijigo holne' 1-833-863-1310 (Relay 711).

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

Acerca de estos ejemplos de cobertura:



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

Peg va a tener un bebé

(9 meses de atención prenatal dentro de la red y parto en el hospital)

| | |
|---|-----|
| ■ El deducible general del plan | \$0 |
| ■ Especialista coseguro | 0% |
| ■ Hospital (establecimiento) coseguro | 0% |
| ■ Otro coseguro | 0% |

Este EJEMPLO de evento incluye servicios como:

Visitas al consultorio del [especialista](#) (atención prenatal)

Servicios profesionales para el nacimiento y el parto

Servicios hospitalarios para el nacimiento y el parto

[Exámenes de diagnóstico](#) (ecografías y análisis de sangre)

Consulta con un [especialista](#) (anestesia)

| | |
|-------------------------|----------|
| Costo total del ejemplo | \$12,700 |
|-------------------------|----------|

En este ejemplo, Peg pagaría:

| Costo compartidos | |
|-----------------------------|------|
| Deducibles | \$0 |
| Copagos | \$0 |
| Coseguro | \$0 |
| Lo que no está cubierto | |
| Límites o exclusiones | \$60 |
| El total que Peg pagaría es | \$60 |

Control de la diabetes Tipo 2 de Joe

(un año de atención de rutina dentro de la red de una condición bien controlada)

| | |
|---|-----|
| ■ El deducible general del plan | \$0 |
| ■ Especialista coseguro | 0% |
| ■ Hospital (establecimiento) coseguro | 0% |
| ■ Otro coseguro | 0% |

Este EJEMPLO de evento incluye servicios como:

Visitas en el consultorio del [médico de atención primaria](#) (*incluye la educación sobre enfermedades*)

[Exámenes de diagnóstico](#) (análisis de sangre)

[Medicamentos con receta médica](#)

[Equipo médico duradero](#) (glucómetro)

| | |
|-------------------------|---------|
| Costo total del ejemplo | \$5,600 |
|-------------------------|---------|

En este ejemplo, Joe pagaría:

| Costo compartidos | |
|-----------------------------|------|
| Deducibles | \$0 |
| Copagos | \$0 |
| Coseguro | \$0 |
| Lo que no está cubierto | |
| Límites o exclusiones | \$20 |
| El total que Joe pagaría es | \$20 |

Fractura simple de Mia

(visita a la Sala de Emergencias dentro de la red y atención de seguimiento)

| | |
|---|-----|
| ■ El deducible general del plan | \$0 |
| ■ Especialista coseguro | 0% |
| ■ Hospital (establecimiento) coseguro | 0% |
| ■ Otro coseguro | 0% |

Este EJEMPLO de evento incluye servicios como:

[Atención en la Sala de Emergencias](#) (*incluye suministros médicos*)

[Exámenes de diagnóstico](#) (radiografías)

[Equipo médico duradero](#) (muletas)

[Servicios de rehabilitación](#) (fisioterapia)

| | |
|-------------------------|---------|
| Costo total del ejemplo | \$2,800 |
|-------------------------|---------|

En este ejemplo, Mia pagaría:

| Costo compartidos | |
|-----------------------------|-----|
| Deducibles | \$0 |
| Copagos | \$0 |
| Coseguro | \$0 |
| Lo que no está cubierto | |
| Límites o exclusiones | \$0 |
| El total que Mia pagaría es | \$0 |

| | |
|----------------------------------|--|
| Spanish: | Si usted, o alguien a quien está ayudando, tiene preguntas acerca de Ambetter of North Carolina Inc., tiene derecho a obtener ayuda e información en su idioma sin costo alguno. Para hablar con un intérprete, llame al 1-833-863-1310 (Relay 711). |
| Chinese: | 如果您，或是您正在協助的對象，有關於 Ambetter of North Carolina Inc.，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 1-833-863-1310 (Relay 711)。 |
| Vietnamese: | Nếu quý vị, hay người mà quý vị đang giúp đỡ, có câu hỏi về Ambetter of North Carolina Inc., 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 1-833-863-1310 (Relay 711). |
| Korean: | 만약 귀하 또는 귀하가 돕고 있는 어떤 사람이 Ambetter of North Carolina Inc.,에 관해서 질문이 있다면 귀하는 그러한 도움과 정보를 귀하의 언어로 비용 부담없이 얻을 수 있는 권리가 있습니다. 그렇게 통역사와 얘기하기 위해서는 1-833-863-1310 (Relay 711). 로 전화하십시오. |
| French: | Si vous-même ou une personne que vous aidez avez des questions à propos d'Ambetter of North Carolina Inc., vous avez le droit de bénéficier gratuitement d'aide et d'informations dans votre langue. Pour parler à un interprète, appelez le 1-833-863-1310 (Relay 711). |
| Arabic: | إذا كان لديك أو لدى شخص تساعدك أسللة حول ، لديك الحق في الحصول على المساعدة والمعلومات الضرورية بلغتك من دون أية تكاليف. للتحدث مع مترجم .1-833-863-1310 (Relay 711). |
| Hmong: | Yog koj, los yog tej tus neeg uas koj pab ntawd, muaj lus nug txog Ambetter of North Carolina Inc., koj muaj cai kom lawv muab cov ntshiaib lus qhia uas tau muab sau ua koj hom lus pub dawb rau koj. Yog koj xav nrog ib tug neeg txhais lus tham, hu rau 1-833-863-1310 (Relay 711). |
| Russian: | В случае возникновения у вас или у лица, которому вы помогаете, каких-либо вопросов о программе страхования Ambetter of North Carolina Inc., вы имеете право получить бесплатную помощь и информацию на своем родном языке. Чтобы поговорить с переводчиком, позвоните по телефону 1-833-863-1310 (Relay 711). |
| Tagalog: | Kung ikaw, o ang iyong tinutulangan, ay may mga katanungan tungkol sa Ambetter of North Carolina Inc., may karapatan ka na makakuha nang tulong at impormasyon sa iyong wika ng walang gastos. Upang makausap ang isang tagasalin, tumawag sa 1-833-863-1310 (Relay 711). |
| Gujarati: | જે તમને અથવા તમે જેમની મદદ કરી રહ્યો હોય તેમને, Ambetter of North Carolina Inc., વિશે કોઈ પરરક્ષ હોય તો તમને, કોઈ ખરચ વિના તમારી ભાષામાં મદદ અને માહિતી પરરાપ કરવાનો અધિકાર છે. દુઃખાણિયા સાથે વાત કરવા માટે 1-833-863-1310 (Relay 711) ઉપર કોલ કરો. |
| Mon-Khmer, Cambodian: | បសិទ្ធភាពអំពី នាយកដ្ឋានអំពី សំណង់សំណង់ និងព័ត៌មានរបស់ខ្លួន Ambetter of North Carolina Inc., អ្នក មានសិទ្ធិក្នុងលោកស្រី និងព័ត៌មានរបស់ខ្លួន ។ លាតាមអ្នកបានចូលរួមជាប្រជាជាតិ ។ |
| German: | Falls Sie oder jemand, dem Sie helfen, Fragen zu Ambetter of North Carolina Inc., hat, haben Sie das Recht, kostenlose Hilfe und Informationen in Ihrer Sprache zu erhalten. Um mit einem Dolmetscher zu sprechen, rufen Sie bitte die Nummer 1-833-863-1310 (Relay 711) an. |
| Hindi: | आप या जिसकी आप मदद कर रहे हैं उनके Ambetter of North Carolina Inc., बेबरे में कोई सवाल हों, तो आपको बिना किसी खचरे के मापनी भाषा में मदद और जानकारी प्राप्त करने का अधिकार है। किसी दुष्कषिय से बात करने के लिए 1-833-863-1310 (Relay 711).पर कॉल करें। |
| Laotian: | ຫ້າງ ຫ້າງ ຫຼື ຄົນທີ່ຫ້າງ ພັງພູມເຫຼືອ ມີຄ່າຖາມ ກົງວ່າ ກັບ Ambetter of North Carolina Inc., ຫ້າງນີ້ແກ່ລົດໆ ດັ່ງ ກັບການ ຊ່ວຍເຫຼືອແວະໜູນ ຂ່າວຂາຍທີ່ປັ້ງພາກສາຂອງທ່ານ ໂດຍບໍ່ມີ ຄ່າໃຊ້ຈ່າຍ. ດັ່ງລະ ດົ້ວ່າ ກັບນາລັກສາ ໃຫ້ໂທໜາ 1-833-863-1310 (Relay 711). |
| Japanese: | Ambetter of North Carolina Inc.,について何かご質問がございましたらご連絡ください。ご希望の言語によるサポートや情報を無料でご提供いたします。通訳が必要な場合は、1-833-863-1310 (Relay 711)。までお電話ください。 |

Declaración de no
discriminación

Ambetter of North Carolina Inc. cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina en base a raza, color, origen nacional, edad, discapacidad o sexo. Ambetter of North Carolina Inc. no excluye a las personas ni las trata de manera distinta debido a su raza, color, origen nacional, edad, discapacidad o sexo.

Ambetter of North Carolina Inc.:

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

Si necesita estos servicios, comuníquese con Ambetter of North Carolina Inc., 1-833-863-1310 (Relay 711).

Si cree que Ambetter of North Carolina Inc. no le ha brindado estos servicios o le ha discriminado de otra manera por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, puede presentar una queja ante: Ambetter of North Carolina Inc., ATTN: Ambetter Grievance & Appeals Department, PO Box 10341 Van Nuys CA, 91410, 1-833-863-1310 (Relay 711), Fax 1-833-886-7956. Usted puede presentar una queja por correo, fax, o por correo electrónico. Si necesita ayuda para presentar una queja, Ambetter of North Carolina Inc. está disponible para usted. Además puede presentar un reclamo de derechos civiles al U.S. Department of Health and Human Services (Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE.UU.), Office for Civil Rights (Oficina de Derechos Civiles) electrónicamente a través del Portal para reclamos de la Oficina de Derechos Civiles, disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o por correo o teléfono en: U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue SW., Room 509F, HHH Building, Washington, D.C. 20201, 1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD).

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