



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://ambetter-es.pahealthwellness.com/2023-brochures.html> o llamar al 1-833-510-4727 (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 1-833-510-4727 (Relay 711) para pedir una copia.

| Preguntas importantes                                                       | Respuestas                                                                                                                                                                                                | Por qué es importante:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|-----------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ¿Cuánto es el <u>deducible</u> total?                                       | \$0                                                                                                                                                                                                       | Consulte la tabla de Circunstancias médicas comunes abajo para conocer los costos de los servicios que cubre este <u>plan</u> .                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| ¿Hay servicios cubiertos antes de alcanzar su <u>deducible</u> ?            | Sí.                                                                                                                                                                                                       | Este <u>plan</u> cubre algunos productos y servicios aunque aún no haya alcanzado la cantidad del <u>deducible</u> .                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| ¿Hay otros <u>deducibles</u> para servicios específicos?                    | No.                                                                                                                                                                                                       | No debe pagar <u>deducibles</u> por servicios específicos.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| ¿Cuánto es el <u>límite de gastos de bolsillo</u> para este <u>plan</u> ?   | No se aplica.                                                                                                                                                                                             | Este <u>plan</u> no tiene un <u>límite de gastos de bolsillo</u> .                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| ¿Qué es lo que no está incluido en el <u>límite de gastos de bolsillo</u> ? | No se aplica.                                                                                                                                                                                             | Este <u>plan</u> no tiene un <u>límite de gastos de bolsillo</u> .                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| ¿Pagará menos si acude a un <u>proveedor dentro de la red</u> ?             | Sí.<br><a href="https://ambetter.pahealthwellness.com/findadoc">https://ambetter.pahealthwellness.com/findadoc</a> o llame al 1-833-510-4727 (Relay 711) para una lista de <u>proveedores de la red</u> . | Este <u>plan</u> utiliza una <u>red</u> de <u>proveedores</u> . Pagará menos si usa un <u>proveedor</u> que esté incluido en la <u>red</u> del <u>plan</u> . Pagará más si acude a un <u>proveedor fuera de la red</u> , y es posible que reciba una factura de un <u>proveedor</u> por la diferencia entre el cargo del <u>proveedor</u> y lo que su <u>plan</u> paga ( <u>facturación de saldo</u> ). Tenga en cuenta que su <u>proveedor dentro de la red</u> puede usar un <u>proveedor fuera de la red</u> para algunos servicios (como análisis de laboratorio). Consulte con su <u>proveedor</u> antes de recibir los servicios. |
| ¿Necesita una <u>derivación</u> para atenderse con un <u>especialista</u> ? | No.                                                                                                                                                                                                       | Puede ver al <u>especialista</u> que usted elija sin una <u>derivación</u> .                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |

| 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) |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| <b>Si acude al consultorio o clínica del <a href="#">proveedor</a></b> | 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.                                                                                                                                                                              |
|                                                                        | Consulta con un <a href="#">especialista</a>                                                                                 | Sin cargo                                                                                                                                                                                                                            | No cubierto                                                                   | Cubierto sin límite.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|                                                                        | <a href="#">Atención preventiva/evaluación</a> /vacunas                                                                      | Sin cargo                                                                                                                                                                                                                            | No cubierto                                                                   | Puede que tenga que pagar por servicios que no son preventivos. Pregunte a su <a href="#">proveedor</a> si los servicios necesarios son preventivos. Luego verifique por lo que su <a href="#">plan</a> pagará.                                                                                                                               |
| <b>Si se realiza un examen</b>                                         | <a href="#">Exámenes de diagnóstico</a> (radiografías, análisis de sangre)                                                   | Sin cargo para laboratorio y servicios profesionales<br>Sin cargo para rayos X e imágenes de diagnóstico<br>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.<br><br>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. |
|                                                                        | 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.                                                                                                                                                                                                                                                                         |

| 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) |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| <b>Si necesita un medicamento para tratar su enfermedad o condición médica.</b><br>Hay más información disponible sobre la <a href="https://ambetter.pa.healthwellness.com/2023formulary">cobertura de medicamentos con receta médica</a> en <a href="https://ambetter.pa.healthwellness.com/2023formulary">https://ambetter.pa.healthwellness.com/2023formulary</a> . | Medicamentos genéricos (Nivel 1)                          | Vendedor genérico preferido: Sin cargo<br><br>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.                                                                                                                                                      |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | 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.                                                                                                                                                      |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | 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.                                                                                                                                                      |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | <a href="#">Medicamentos de especialidad</a> (Nivel 4)    | Al por menor: Sin cargo                                                             | No cubierto                                                                   | Puede que sea necesaria una autorización previa. Los <a href="#">medicamentos con receta</a> se proporcionan hasta 30 días al por menor y hasta 30 días por pedidos por correo.                                                                                                                                                                                       |
| <b>Si le hacen una cirugía ambulatoria</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | Tarifa del centro (p. ej., centro de cirugía ambulatoria) | Sin cargo                                                                           | No cubierto                                                                   | Puede que sea necesaria una autorización previa. Cubierto sin límite.                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | Tarifas del médico/cirujano                               | Sin cargo                                                                           | No cubierto                                                                   | Puede que sea necesaria una autorización previa. Cubierto sin límite.                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| <b>Si necesita atención médica inmediata</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | <a href="#">Atención en la Sala de Emergencias</a>        | Sin cargo                                                                           | Sin cargo; <a href="#">deducible</a> no se aplica                             | Cubierto sin límite.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | <a href="#">Transporte médico de emergencia</a>           | Sin cargo                                                                           | Sin cargo; <a href="#">deducible</a> no se aplica                             | Con cobertura ilimitada. Nota: El transporte de emergencia no requiere autorización previa; sin embargo, todo el transporte que no es de emergencia requiere autorización previa. Si recibe el servicio de un <a href="#">proveedor</a> de transportes en ambulancia por tierra o agua que está fuera de la <a href="#">red</a> , puede ser que se le cobre un saldo. |

| 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) |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|                                                                                         | <a href="#">Atención de urgencia</a>                  | Sin cargo                                                                           | No cubierto                                                                   | Cubierto sin límite.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| <b>Si necesita hospitalización</b>                                                      | Tarifa del centro (p. ej., habitación del hospital)   | Sin cargo                                                                           | No cubierto                                                                   | Puede que sea necesaria una autorización previa. Cubierto sin límite.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
|                                                                                         | Tarifas del médico/cirujano                           | Sin cargo                                                                           | No cubierto                                                                   | Puede que sea necesaria una autorización previa. Cubierto sin límite.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <b>Si necesita servicios de salud mental, salud conductual o de abuso de sustancias</b> | 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).                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|                                                                                         | Servicios para pacientes hospitalizados               | Sin cargo                                                                           | No cubierto                                                                   | Puede que sea necesaria una autorización previa. Cubierto sin límite.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <b>Si está embarazada</b>                                                               | 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 <a href="#">costo compartido</a> no aplica a <a href="#">servicios preventivos</a> , tales como evaluaciones de rutina prenatales y posnatales. Dependiendo del tipo de servicios, puede que aplique un <a href="#">coseguro</a> , <a href="#">deducible</a> o <a href="#">copago</a> . La atención por maternidad puede incluir las pruebas y servicios descritos en otro sitio en el SBC (por ej. ecografía). |
|                                                                                         | Servicios profesionales para el nacimiento y el parto | 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. Los <a href="#">costos compartidos</a> no aplican para <a href="#">servicios preventivos</a> . Dependiendo del tipo de servicios, puede que aplique un <a href="#">coseguro</a> , <a href="#">deducible</a> o <a href="#">copago</a> . La atención por maternidad puede incluir las pruebas y                                                                                                                      |
|                                                                                         | Servicios hospitalarios para el nacimiento y el parto | Sin cargo                                                                           | No cubierto                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |

| 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) |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
|                                                                                     |                                             |                                                                                     |                                                                               | servicios descritos en otro sitio en el SBC (por ej. ecografía).                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| Si necesita servicios de recuperación o tiene otras necesidades especiales de salud | <a href="#">Atención médica en el hogar</a> | Sin cargo                                                                           | No cubierto                                                                   | Puede que sea necesaria una autorización previa. Limitado a 60 visitas al año.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
|                                                                                     | <a href="#">Servicios de rehabilitación</a> | Paciente ambulatorio(a): Sin cargo;<br>Paciente hospitalizado(a): Sin cargo         | No cubierto                                                                   | Paciente ambulatorio(a): Es posible que se requiera la autorización previa. Limitado a 30 visitas por año para terapia del habla; se aplica un límite combinado de 30 visitas por año para terapia física y ocupacional; se aplica un límite combinado de 36 visitas por año para terapia cardíaca, pulmonar y respiratoria. Nota: Estos límites no aplican cuando se proporciona para un diagnóstico de salud mental/trastorno por uso de sustancias.<br>Paciente hospitalizado(a): Puede que sea necesaria una autorización previa. Cubierto sin límite. |
|                                                                                     | <a href="#">Servicios de habilitación</a>   | Paciente ambulatorio(a): Sin cargo<br>Paciente hospitalizado(a): Sin cargo          | No cubierto                                                                   | Paciente ambulatorio(a): Puede que sea necesaria una autorización previa. Limitado a 30 visitas al año para terapia del habla; un límite combinado de 30 visitas al año aplica para terapia física y ocupacional; un límite combinado de 36 visitas al año aplica para terapia cardíaca, pulmonar y respiratoria. Nota: Estos límites no aplican cuando se proporcionan para un diagnóstico de trastornos de salud mental/uso de sustancia.<br>Paciente hospitalizado(a): Puede que sea necesaria una autorización previa. Cubierto sin límite.            |

| 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) |                                                                                                                                                 |
|                                                             | <a href="#">Atención de enfermería especializada</a>            | Sin cargo                                                                           | No cubierto                                                                   | Puede que sea necesaria una autorización previa. Limitado a 120 días al año.                                                                    |
|                                                             | <a href="#">Equipo médico duradero</a>                          | Sin cargo                                                                           | No cubierto                                                                   | Puede que sea necesaria una autorización previa. Cubierto sin límite.                                                                           |
|                                                             | <a href="#">Servicios en un programa de cuidados paliativos</a> | Sin cargo                                                                           | No cubierto                                                                   | Podría requerirse autorización previa. Nota: La atención de relevo se cubre únicamente como parte de los servicios para pacientes desahuciados. |
| <b>Si su hijo necesita servicios dentales o de la vista</b> | Examen de la vista para niños                                   | Sin costo                                                                           | No están cubiertos                                                            | Limitado a 1 examen al año.                                                                                                                     |
|                                                             | Anteojos para niños                                             | Sin costo                                                                           | No están cubiertos                                                            | Limitado a 1 artículo al año.                                                                                                                   |
|                                                             | Control dental para niños                                       | No están cubiertos                                                                  | No están cubiertos                                                            | -----Ninguno-----                                                                                                                               |

#### Servicios excluidos y otros servicios cubiertos:

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                        |  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| <b>Servicios que su <a href="#">Plan</a>, por lo general, NO cubre (consulte la póliza o documento del <a href="#">plan</a> para obtener más información y una lista de otros <a href="#">servicios excluidos</a>).</b>                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                        |  |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Aborto (Excepto en casos de violación, incesto o cuando la vida de la madre está en peligro)</li> <li>• Acupuntura</li> <li>• 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.)</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Atención de la vista de rutina (Adulto)</li> <li>• Atención dental (Adulto)</li> <li>• Audífonos</li> <li>• Cirugía bariátrica</li> <li>• Cirugía estética</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cuidado que no es de emergencia al viajar fuera de Estado Unidos</li> <li>• Programas de pérdida de peso</li> <li>• Servicio de enfermería privada</li> </ul> |  |
| <b>Otros servicios cubiertos (es posible que se apliquen limitaciones a estos servicios. Esta no es una lista completa. Consulte el documento del <a href="#">plan</a>).</b>                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                        |  |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cuidado quiropráctico (Limitado a 20 consultas por año)</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                    | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cuidado rutinario de los pies</li> </ul>                                                                                                                              | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tratamiento de la infertilidad (La inseminación artificial está cubierta; IVF, GIFT y ZIFT están excluidas.)</li> </ul>                                       |  |

**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 from PA Health & Wellness a 1-833-510-4727 (Relay 711); Pennsylvania Insurance Department, 1209 Strawberry Square, Harrisburg, PA 17111, Phone No. 1-877-881-6388.. Department of Labor's Employee Benefits Security Administration at 1-866-444-EBSA (3272); Office of Personnel Management Multi State Plan Program at <https://www.opm.gov/healthcare-insurance/multi-state-plan-program/external-review/>. 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](http://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: Pennsylvania Insurance Department, 1209 Strawberry Square, Harrisburg, PA 17111, Phone No. 1-877-881-6388.

### **¿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? No Corresponde**

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 1-833-510-4727 (Relay 711).

Tagalog (Tagalog): Kung kailangan ninyo ang tulong sa Tagalog tumawag sa 1-833-510-4727 (Relay 711).

Chinese (中文): 如果需要中文的帮助, 请拨打这个号码 1-833-510-4727 (Relay 711).

Navajo (Dine): Dinek'ehgo shika at'ohwol ninisingo, kwiijigo holne' 1-833-510-4727 (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 <a href="#">deducible</a> general del <a href="#">plan</a> | \$0 |
| ■ <a href="#">Especialista coseguro</a>                         | 0%  |
| ■ Hospital (establecimiento) <a href="#">coseguro</a>           | 0%  |
| ■ Otro <a href="#">coseguro</a>                                 | 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                  |             |
|------------------------------------|-------------|
| <a href="#">Deducibles</a>         | \$0         |
| <a href="#">Copagos</a>            | \$0         |
| <a href="#">Coseguro</a>           | \$0         |
| Lo que no está cubierto            |             |
| Límites o exclusiones              | \$60        |
| <b>El total que Peg pagaría es</b> | <b>\$60</b> |

### Control de la diabetes Tipo 2 de Joe

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

|                                                                 |     |
|-----------------------------------------------------------------|-----|
| ■ El <a href="#">deducible</a> general del <a href="#">plan</a> | \$0 |
| ■ <a href="#">Especialista coseguro</a>                         | 0%  |
| ■ Hospital (establecimiento) <a href="#">coseguro</a>           | 0%  |
| ■ Otro <a href="#">coseguro</a>                                 | 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                  |             |
|------------------------------------|-------------|
| <a href="#">Deducibles</a>         | \$0         |
| <a href="#">Copagos</a>            | \$0         |
| <a href="#">Coseguro</a>           | \$0         |
| Lo que no está cubierto            |             |
| Límites o exclusiones              | \$20        |
| <b>El total que Joe pagaría es</b> | <b>\$20</b> |

### Fractura simple de Mia

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

|                                                                 |     |
|-----------------------------------------------------------------|-----|
| ■ El <a href="#">deducible</a> general del <a href="#">plan</a> | \$0 |
| ■ <a href="#">Especialista coseguro</a>                         | 0%  |
| ■ Hospital (establecimiento) <a href="#">coseguro</a>           | 0%  |
| ■ Otro <a href="#">coseguro</a>                                 | 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                  |            |
|------------------------------------|------------|
| <a href="#">Deducibles</a>         | \$0        |
| <a href="#">Copagos</a>            | \$0        |
| <a href="#">Coseguro</a>           | \$0        |
| Lo que no está cubierto            |            |
| Límites o exclusiones              | \$0        |
| <b>El total que Mia pagaría es</b> | <b>\$0</b> |

|                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Spanish:</b>              | Si usted, o alguien a quien está ayudando, tiene preguntas acerca de Ambetter from PA Health & Wellness, tiene derecho a obtener ayuda e información en su idioma sin costo alguno. Para hablar con un intérprete, llame al 1-833-510-4727 (Relay 711).                                                           |
| <b>Chinese:</b>              | 如果您，或是您正在協助的對象，有關於Ambetter from PA Health & Wellness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1-833-510-4727 (Relay 711)。                                                                                                                                                                                          |
| <b>Vietnamese:</b>           | Nếu quý vị, hay người mà quý vị đang giúp đỡ, có câu hỏi về Ambetter from PA Health & Wellness, 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 1-833-510-4727 (Relay 711).                                                     |
| <b>Russian:</b>              | В случае возникновения у вас или у лица, которому вы помогаете, каких-либо вопросов о программе страхования Ambetter from PA Health & Wellness, вы имеете право получить бесплатную помощь и информацию на своем родном языке. Чтобы поговорить с переводчиком, позвоните по телефону 1-833-510-4727 (Relay 711). |
| <b>Pennsylvania Dutch:</b>   | Vann du, adda ebbah's du am helfa bisht, ennichi questions hott veyyich Ambetter from PA Health & Wellness, dann hosht du's recht fa hilf greeya adda may aus finna diveyya in dei shprohch un's kosht nix. Fa shvetza mitt ebbah diveyya, kawl 1-833-510-4727 (Relay 711).                                       |
| <b>Korean:</b>               | 만약 귀하 또는 귀하가 돕고 있는 어떤 사람이 Ambetter from PA Health & Wellness,에 관해서 질문이 있다면 귀하는 그러한 도움과 정보를 귀하의 언어로 비용 부담없이 얻을 수 있는 권리가 있습니다. 그렇게 통역사와 얘기하기 위해서는 1-833-510-4727 (Relay 711) 로 전화하십시오.                                                                                                                              |
| <b>Italian:</b>              | Se lei, o una persona che lei sta aiutando, avesse domande su Ambetter from PA Health & Wellness, ha diritto a usufruire gratuitamente di assistenza e informazioni nella sua lingua. Per parlare con un interprete, chiami l'1-833-510-4727 (Relay 711).                                                         |
| <b>Arabic:</b>               | إذا كان لديك أو لدى شخص تساعد أسئلة حول Ambetter from PA Health & Wellness، لديك الحق في الحصول على المساعدة والمعلومات الضرورية بلغتك من دون أية تكلفة. للتحدث مع مترجم اتصل بـ 1-833-510-4727 (Relay 711).                                                                                                      |
| <b>French:</b>               | Si vous-même ou une personne que vous aidez avez des questions à propos Ambetter from PA Health & Wellness, vous avez le droit de bénéficier gratuitement d'aide et d'informations dans votre langue. Pour parler à un interprète, appelez le 1-833-510-4727 (Relay 711).                                         |
| <b>German:</b>               | Falls Sie oder jemand, dem Sie helfen, Fragen zu Ambetter from PA Health & Wellness, 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 1-833-510-4727 (Relay 711) an.                                   |
| <b>Gujarati:</b>             | જે તમને અથવા તમે જેમની મદદ કરી રહ્યા હોય તેમને, Ambetter from PA Health & Wellness, વિશે કોઈ પ્રશ્ન હોય તો તમને, કોઈ ખર્ચ વિના તમારી ભાષામાં મદદ અને માહિતી પ્રાપ્ત કરવાનો અધિકાર છે. દુભાષિયા સાથે વાત કરવા માટે 1-833-510-4727 (Relay 711) ઉપર કોલ કરો.                                                         |
| <b>Polish:</b>               | Jeżeli ty lub osoba, której pomagasz, macie pytania na temat planów za pośrednictwem Ambetter from PA Health & Wellness, macie prawo poprosić o bezpłatną pomoc i informacje w języku ojczystym. Aby skorzystać z pomocy tłumacza, zadzwoń pod numer 1-833-510-4727 (Relay 711).                                  |
| <b>French Creole:</b>        | Si oumenm, oubyen yon moun w ap ede, gen kesyon nou ta renmen poze sou Ambetter from PA Health & Wellness, 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 1-833-510-4727 (Relay 711).                                        |
| <b>Mon-Khmer, Cambodian:</b> | ប្រសិនបើអ្នកឬ នរណាម្នាក់ដែលអ្នកកំពុងតែជួយមានបញ្ហាអំពី Ambetter from PA Health & Wellness អ្នកមានសិទ្ធិទទួលបានជំនួយនិងព័ត៌មានជាភាសាខ្មែរដោយឥតគិតថ្លៃ។ សូមនិយាយទៅកាន់អ្នកបកប្រែភាសាលេខ 1-833-510-4727 (Relay 711)។                                                                                                  |
| <b>Portuguese:</b>           | Se você, ou alguém a quem você está ajudando, tem perguntas sobre o Ambetter from PA Health & Wellness, você tem o direito de obter ajuda e informação em seu idioma e sem custos. Para falar com um intérprete, ligue para 1-833-510-4727 (Relay 711).                                                           |

### Declaración de no discriminación

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

Ambetter de PA Health & Wellness:

- 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 de PA Health & Wellness, 1-833-510-4727 (Relay 711).

Si cree que Ambetter de PA Health & Wellness 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 from PA Health & Wellness, Attn: Grievances and Appeals Department, PO Box 10341 Van Nuys, CA, 91410, 1-833-510-4727 (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 de PA Health & Wellness 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>.