



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.ambetterhealthofdelaware.com/2024-brochures.html> o [llamar](#) al 1-833-919-3214 (TTY 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 1-833-919-3214 (TTY 711) para pedir una copia.

| Preguntas importantes                                                                       | Respuestas                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | Por qué es importante:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|---------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ¿Cuánto es el <a href="#">deducible</a> total?                                              | \$4,100 por individuo y \$8,200 por familia.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | En general, debe pagar todos los costos de los proveedores hasta la cantidad <a href="#">deducible</a> antes de que este <a href="#">plan</a> comience a pagar. Si tiene otros familiares en el <a href="#">plan</a> , cada familiar debe satisfacer su propio <a href="#">deducible</a> individual hasta que la cantidad total de gastos <a href="#">deducibles</a> pagados por todos los familiares satisfagan el <a href="#">deducible</a> familiar total.                                                                                                                                                                            |
| ¿Hay servicios cubiertos antes de alcanzar su <a href="#">deducible</a> ?                   | Sí, los servicios de <a href="#">atención preventiva</a> , las visitas al consultorio para obtener atención primaria, de especialistas o atención urgente y los medicamentos genéricos y de marca preferidos están cubiertos antes de que satisfaga su <a href="#">deducible</a> , excepto por los medicamentos de marca no preferidos (Nivel 3) y especializados (Nivel 4). | Este <a href="#">plan</a> cubre algunos productos y servicios aunque aún no haya alcanzado la cantidad del <a href="#">deducible</a> . Sin embargo, se podría aplicar un <a href="#">copago</a> o un <a href="#">coseguro</a> . Por ejemplo, este <a href="#">plan</a> cubre ciertos <a href="#">servicios preventivos</a> sin <a href="#">costos compartidos</a> antes de que alcance su <a href="#">deducible</a> . Consulte una lista de <a href="#">servicios preventivos</a> cubiertos en <a href="https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/">https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/</a> |
| ¿Hay otros <a href="#">deducibles</a> para servicios específicos?                           | No.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | No debe pagar <a href="#">deducibles</a> por servicios específicos.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| ¿Cuánto es el <a href="#">límite de gastos de bolsillo</a> para este <a href="#">plan</a> ? | Para <a href="#">proveedores de la red</a> , \$7,250 por individuo y \$14,500 por familia. No es aplicable a los <a href="#">proveedores fuera de la red</a> .                                                                                                                                                                                                               | El <a href="#">límite de gastos de bolsillo</a> es lo máximo que puede pagar en un año por servicios cubiertos. Si tiene otros familiares en este <a href="#">plan</a> , ellos tienen que satisfacer sus propios <a href="#">límite de gastos de bolsillo</a> hasta que se haya satisfecho el <a href="#">límite de gastos de bolsillo</a> familiar total.                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| ¿Qué es lo que no está incluido en el <a href="#">límite de gastos de bolsillo</a> ?        | <a href="#">Primas</a> , <a href="#">facturación de saldo</a> , y atención médica que este <a href="#">plan</a> no cubre.                                                                                                                                                                                                                                                    | Aunque pague estos gastos, no cuentan para el <a href="#">límite de gastos del bolsillo</a> .                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |

|                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ¿Pagará menos si acude a un <a href="#">proveedor dentro de la red</a> ?                      | Sí.<br><a href="https://ambetterhealthofdelaware.com/findadoc">https://ambetterhealthofdelaware.com/findadoc</a> o llame al 1-833-919-3214 (TTY 711) para una lista de <a href="#">proveedores de la red</a> . | Este <a href="#">plan</a> utiliza una <a href="#">red</a> de <a href="#">proveedores</a> . Pagará menos si usa un <a href="#">proveedor</a> que esté incluido en la <a href="#">red</a> del <a href="#">plan</a> . Pagará más si acude a un <a href="#">proveedor fuera de la red</a> , y es posible que reciba una factura de un <a href="#">proveedor</a> por la diferencia entre el cargo del <a href="#">proveedor</a> y lo que su <a href="#">plan</a> paga ( <a href="#">facturación de saldo</a> ). Tenga en cuenta que su <a href="#">proveedor dentro de la red</a> puede usar un <a href="#">proveedor fuera de la red</a> para algunos servicios (como análisis de laboratorio). Consulte con su <a href="#">proveedor</a> antes de recibir los servicios. |
| ¿Necesita una <a href="#">derivación</a> para atenderse con un <a href="#">especialista</a> ? | No.                                                                                                                                                                                                            | Puede ver al <a href="#">especialista</a> que usted elija sin una <a href="#">derivación</a> .                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |

 Todos los [copagos](#) y el [coseguro](#) que se muestran en este cuadro se aplican después de alcanzar su [deducible](#), si se aplica uno.

| Circunstancia médica común                                      | Servicios que podría necesitar                                                | Lo que usted pagará                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                    | Limitaciones, excepciones y otra información importante                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
|-----------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                                 |                                                                               | Proveedor dentro de la red (Usted pagará el mínimo)                                                                                                                                                                                                                                                                                           | Proveedor fuera de la red (Usted pagará el máximo) |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| Si acude al consultorio o clínica del <a href="#">proveedor</a> | Consulta con su médico de atención primaria para tratar una afección o lesión | \$25 <a href="#">Copago</a> / visita; <a href="#">deducible</a> no se aplica                                                                                                                                                                                                                                                                  | No cubierto                                        | Cubierto sin límite.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|                                                                 | Consulta con un <a href="#">especialista</a>                                  | \$50 <a href="#">Copago</a> / visita; <a href="#">deducible</a> no se aplica                                                                                                                                                                                                                                                                  | No cubierto                                        | Cubierto sin límite.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|                                                                 | <a href="#">Atención preventiva/evaluación</a> /vacunas                       | Sin cargo; <a href="#">deducible</a> no se aplica                                                                                                                                                                                                                                                                                             | 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.                                                                                                                               |
| Si se realiza un examen                                         | <a href="#">Exámenes de diagnóstico</a> (radiografías, análisis de sangre)    | \$25 <a href="#">Copago</a> / visita; <a href="#">deducible</a> no se aplica para laboratorio y servicios profesionales<br>40% <a href="#">Coseguro</a> para rayos X e imágenes de diagnóstico<br>40% <a href="#">Coseguro</a> 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. |

| Circunstancia médica común                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | Servicios que podría necesitar                                                                                               | Lo que usted pagará                                                                                                                                                                                             |                                                    | Limitaciones, excepciones y otra información importante                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                              | Proveedor dentro de la red (Usted pagará el mínimo)                                                                                                                                                             | Proveedor fuera de la red (Usted pagará el máximo) |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | Diagnóstico por imágenes (tomografía computarizada/ tomografía por emisión de positrones, imágenes por resonancia magnética) | 40% <a href="#">Coseguro</a>                                                                                                                                                                                    | No cubierto                                        | Puede que sea necesaria una autorización previa. Cubierto sin límite.                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| <b>Si necesita un medicamento para tratar su enfermedad o condición médica.</b><br>Hay más información disponible sobre la <a href="https://ambetterhealthofdelaware.com/2024formulary">cobertura de medicamentos con receta médica</a> en <a href="https://ambetterhealthofdelaware.com/2024formulary">https://ambetterhealthofdelaware.com/2024formulary</a> . | Medicamentos genéricos (Nivel 1)                                                                                             | Vendedor genérico preferido: \$3 <a href="#">Copago</a> / receta; <a href="#">deducible</a> no se aplica<br><br>Vendedor genérico: \$25 <a href="#">Copago</a> / receta; <a href="#">deducible</a> no se aplica | 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. Los pedidos por correo están sujetos a un <a href="#">costo compartido</a> de 2.5 veces la cantidad de venta al por menor. |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | Medicamentos de marca preferidos (Nivel 2)                                                                                   | Al por menor: \$45 <a href="#">Copago</a> / receta; <a href="#">deducible</a> no se aplica                                                                                                                      | No cubierto                                        | Puede que sea necesaria una autorización previa. Los <a href="#">medicamentos con receta</a> se proporcionan hasta por 30 días al por menor y hasta por 90 días por pedidos por correo. Los pedidos por correo están sujetos a una cantidad de <a href="#">costo compartido</a> de 2.5x del precio de venta al por menor.                   |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | Medicamentos de marca no preferidos (Nivel 3)                                                                                | Al por menor: 50% <a href="#">Coseguro</a>                                                                                                                                                                      | 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.                                                                                                                                                             |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | <a href="#">Medicamentos de especialidad</a> (Nivel 4)                                                                       | Al por menor: 50% de coseguro. Se aplica un máximo de \$150 después de cubrir el <a href="#">deducible</a> .                                                                                                    | No cubierto                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| <b>Si le hacen una cirugía ambulatoria</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | Tarifa del centro (p. ej., centro de cirugía ambulatoria)                                                                    | 40% <a href="#">Coseguro</a>                                                                                                                                                                                    | No cubierto                                        | Puede que sea necesaria una autorización previa. Cubierto sin límite.                                                                                                                                                                                                                                                                       |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | Tarifas del médico/cirujano                                                                                                  | 40% <a href="#">Coseguro</a>                                                                                                                                                                                    | 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>                                                                           | 40% <a href="#">Coseguro</a>                                                                                                                                                                                    | 40% <a href="#">Coseguro</a>                       | Cubierto sin límite.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | <a href="#">Transporte médico de emergencia</a>                                                                              | 40% <a href="#">Coseguro</a>                                                                                                                                                                                    | 40% <a href="#">Coseguro</a>                       | Con cobertura ilimitada. Nota: El transporte de emergencia no requiere autorización                                                                                                                                                                                                                                                         |

| Circunstancia médica común                                                              | Servicios que podría necesitar                        | Lo que usted pagará                                                                                                                                                  |                                                    | Limitaciones, excepciones y otra información importante                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|-----------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                                                         |                                                       | Proveedor dentro de la red (Usted pagará el mínimo)                                                                                                                  | Proveedor fuera de la red (Usted pagará el máximo) |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|                                                                                         |                                                       |                                                                                                                                                                      |                                                    | 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.                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
|                                                                                         | <a href="#">Atención de urgencia</a>                  | \$55 <a href="#">Copago</a> / visita; <a href="#">deducible</a> no se aplica                                                                                         | No cubierto                                        | Cubierto sin límite.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| <b>Si necesita hospitalización</b>                                                      | Tarifa del centro (p. ej., habitación del hospital)   | 40% <a href="#">Coseguro</a>                                                                                                                                         | No cubierto                                        | Puede que sea necesaria una autorización previa. Cubierto sin límite.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
|                                                                                         | Tarifas del médico/cirujano                           | 40% <a href="#">Coseguro</a>                                                                                                                                         | 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                 | Visita al consultorio: \$25 <a href="#">Copago</a> / visita; <a href="#">deducible</a> no se aplica; Para otros servicios ambulatorios: 40% <a href="#">Coseguro</a> | No cubierto                                        | Puede requerirse autorización previa. Sin Límite de Cobertura. (Las consultas con el <a href="#">Proveedor</a> de Cuidado Primario (PCP) y otras visitas al consultorio del médico no requieren autorización previa). (PCP y otras visitas de médico no requieren autorización previa).                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|                                                                                         | Servicios para pacientes hospitalizados               | 40% <a href="#">Coseguro</a>                                                                                                                                         | No cubierto                                        | Puede que sea necesaria una autorización previa. Cubierto sin límite.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <b>Si está embarazada</b>                                                               | Visitas al consultorio                                | \$25 <a href="#">Copago</a> / visita; <a href="#">deducible</a> no se aplica                                                                                         | 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 | 40% <a href="#">Coseguro</a>                                                                                                                                         | No cubierto                                        | Puede que sea necesaria una autorización previa. Los <a href="#">costos compartidos</a> no aplican                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |

| Circunstancia médica común                                                          | Servicios que podría necesitar                        | Lo que usted pagará                                                                                                    |                                                    | Limitaciones, excepciones y otra información importante                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|-------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                                                     |                                                       | Proveedor dentro de la red (Usted pagará el mínimo)                                                                    | Proveedor fuera de la red (Usted pagará el máximo) |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|                                                                                     | Servicios hospitalarios para el nacimiento y el parto | 40% <a href="#">Coseguro</a>                                                                                           | No cubierto                                        | para <a href="#">servicios preventivos</a> . Dependiendo del tipo de servicios, puede que aplique un <a href="#">copago</a> , <a href="#">coseguro</a> o <a href="#">deducible</a> . La atención por maternidad puede incluir las pruebas y 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>           | 40% <a href="#">Coseguro</a>                                                                                           | No cubierto                                        | Puede requerirse autorización previa. Se limita a 100 visitas por año.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
|                                                                                     | <a href="#">Servicios de rehabilitación</a>           | Paciente ambulatorio(a):<br>40% <a href="#">Coseguro</a><br>Paciente hospitalizado(a):<br>40% <a href="#">Coseguro</a> | No cubierto                                        | Paciente ambulatorio(a):<br>Puede requerirse autorización previa. Se limita a 30 visitas por año (combinado para fisioterapia y terapia ocupacional), se limita a 30 visitas por año para la terapia del habla. Nota: Los límites no se aplican cuando el tratamiento se realiza debido a un diagnóstico de trastorno mental o por consumo de sustancias.<br>Paciente hospitalizado(a):<br>Puede que sea necesaria una autorización previa. Cubierto sin límite. |
|                                                                                     | <a href="#">Servicios de habilitación</a>             | Paciente ambulatorio(a):<br>40% <a href="#">Coseguro</a><br>Paciente hospitalizado(a):<br>40% <a href="#">Coseguro</a> | No cubierto                                        | Paciente ambulatorio(a):<br>Puede requerirse autorización previa. Se limita a 30 visitas por año (combinado para fisioterapia y terapia ocupacional), se limita a 30 visitas por año para la terapia del habla. Nota: Los límites no se aplican cuando el tratamiento se realiza debido a un diagnóstico de trastorno mental o por consumo de sustancias.<br>Paciente hospitalizado(a):<br>Puede que sea necesaria una autorización previa. Cubierto sin límite. |
|                                                                                     | <a href="#">Atención de enfermería especializada</a>  | 40% <a href="#">Coseguro</a>                                                                                           | No cubierto                                        | Puede requerirse autorización previa. Se limita a 120 días por ingreso a un centro de                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |

| Circunstancia médica común                                  | Servicios que podría necesitar                                  | Lo que usted pagará                                 |                                                    | Limitaciones, excepciones y otra información importante                            |
|-------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|----------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                             |                                                                 | Proveedor dentro de la red (Usted pagará el mínimo) | Proveedor fuera de la red (Usted pagará el máximo) |                                                                                    |
|                                                             |                                                                 |                                                     |                                                    | salud. Los beneficios se renuevan después de 180 días sin recibir atención médica. |
|                                                             | <a href="#">Equipo médico duradero</a>                          | 40% <a href="#">Coseguro</a>                        | No cubierto                                        | Puede que sea necesaria una autorización previa. Cubierto sin límite.              |
|                                                             | <a href="#">Servicios en un programa de cuidados paliativos</a> | 40% <a href="#">Coseguro</a>                        | No cubierto                                        | Puede que sea necesaria una autorización previa. Cubierto sin límite.              |
| <b>Si su hijo necesita servicios dentales o de la vista</b> | Examen de la vista para niños                                   | Sin costo; <a href="#">deducible</a> no se aplica   | No están cubiertos                                 | Limitado a 1 visita al año.                                                        |
|                                                             | Anteojos para niños                                             | Sin costo; <a href="#">deducible</a> no se aplica   | 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</li> </ul>                | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Atención dental (Niños)</li> <li>• Cirugía estética</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cuidado que no es de emergencia al viajar fuera de Estados Unidos</li> <li>• Programas de pérdida de peso</li> </ul> |

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

- Atención de la vista de rutina (Adulto-una visita y un artículo al año. La prestación de dólares se aplica a los artículos.)
- Atención dental (Adulto-se aplican límites anuales de visitas y artículos. Límite anual de \$1000 por persona.)
- Audífonos (limitado a 1 audífono por oído cada 3 años)
- Cirugía bariátrica
- Cuidado quiropráctico (Limitado a 30 visitas al año.)
- Cuidado rutinario de los pies
- Servicio de enfermería privada
- Tratamiento de la infertilidad

**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 Health of Delaware a 1-833-919-3214 (TTY 711); Delaware Department of Insurance, Insurance Commissioner, 1351 West North Street, Suite 101 Dover, DE 19904, (302) 674-7300. 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: Delaware Department of Insurance, Insurance Commissioner, 1351 West North Street, Suite 101 Dover, DE 19904, (302) 674-7300

**¿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 1-833-919-3214 (TTY 711).

Tagalog (Tagalog): Kung kailangan ninyo ang tulong sa Tagalog tumawag sa 1-833-919-3214 (TTY 711).

Chinese (中文): 如果需要中文的帮助, 请拨打这个号码 1-833-919-3214 (TTY 711).

Navajo (Dine): Dinekehgo shika at'ohwol ninisingo, kwijigo holne' 1-833-919-3214 (TTY 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> | \$4,100 |
| ■ <a href="#">Especialista copago</a>                           | \$50    |
| ■ Hospital (establecimiento) <a href="#">coseguro</a>           | 40%     |
| ■ Otro <a href="#">coseguro</a>                                 | 40%     |

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>         | \$4,100        |
| <a href="#">Copagos</a>            | \$400          |
| <a href="#">Coseguro</a>           | \$1,900        |
| Lo que no está cubierto            |                |
| Límites o exclusiones              | \$60           |
| <b>El total que Peg pagaría es</b> | <b>\$6,460</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> | \$4,100 |
| ■ <a href="#">Especialista copago</a>                           | \$50    |
| ■ Hospital (establecimiento) <a href="#">coseguro</a>           | 40%     |
| ■ Otro <a href="#">coseguro</a>                                 | 40%     |

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>         | \$800          |
| <a href="#">Copagos</a>            | \$1,200        |
| <a href="#">Coseguro</a>           | \$0            |
| Lo que no está cubierto            |                |
| Límites o exclusiones              | \$20           |
| <b>El total que Joe pagaría es</b> | <b>\$2,020</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> | \$4,100 |
| ■ <a href="#">Especialista copago</a>                           | \$50    |
| ■ Hospital (establecimiento) <a href="#">coseguro</a>           | 40%     |
| ■ Otro <a href="#">coseguro</a>                                 | 40%     |

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>         | \$2,500        |
| <a href="#">Copagos</a>            | \$200          |
| <a href="#">Coseguro</a>           | \$0            |
| Lo que no está cubierto            |                |
| Límites o exclusiones              | \$0            |
| <b>El total que Mia pagaría es</b> | <b>\$2,700</b> |

|                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
|-----------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>English:</b>       | If you, or someone you are helping, have questions about Ambetter Health of Delaware, and are not proficient in English, you have the right to get help and information in your language at no cost and in a timely manner. If you, or someone you are helping, have an auditory and/or visual condition that impedes communication, you have the right to receive auxiliary aids and services at no cost and in a timely manner. To receive translation or auxiliary services, please contact Member Services at 1-833-919-3214 (TTY 711).                                                          |
| <b>Spanish:</b>       | Si usted, o alguien a quien está ayudando, tiene preguntas acerca de Ambetter Health de Delaware y no domina el inglés, tiene derecho a obtener ayuda e información en su idioma sin costo alguno y de manera oportuna. Si usted, o alguien a quien está ayudando, tiene un impedimento auditivo o visual que le dificulta la comunicación, tiene derecho a recibir ayuda y servicios auxiliares sin costo alguno y de manera oportuna. Para recibir servicios auxiliares o de traducción, comuníquese con Servicios para Miembros al 1-833-919-3214 (TTY 711).                                      |
| <b>Chinese:</b>       | 如果您，或是您正在協助的對象，有關於 Ambetter Health of Delaware 方面的問題，且不精通英語，您有權利免費並及時以您的母語獲幫助和訊息。如果您，或您正在協助的對象有聽力和/或視力上的問題，阻礙了溝通，您有權利免費並及時獲得輔助支援與服務。若要取得翻譯或輔助服務，請聯絡會員服務部，電話是 1-833-919-3214 (TTY 711)。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| <b>French Creole:</b> | Si ou menm, oswa yon moun w ap ede, gen kesyon sou Ambetter Health of Delaware, epi nou pa mètrize Anglè, nou gen dwa pou jwenn èd ak enfòmasyon nan lang nou gratis epi nan moman ki apwopriye a. Si ou menm, oswa yon moun w ap ede, gen yon pwoblèm pou tande ak/oswa yon pwoblèm pou wè ki pètibe kominikasyon nou, nou gen dwa pou resevwa asistans ak sèvis oksilyè gratis epi nan moman ki apwopriye a. Pou resevwa sèvis tradiksyon oswa sèvis oksilyè yo, tanpri kontakte Sèvis Manm yo nan 1-833-919-3214 (TTY 711).                                                                       |
| <b>Gujarati:</b>      | જો તમને અથવા તમે જેમની મદદ કરી રહ્યા હો એવી કોઈ વ્યક્તિને Ambetter Health of Delaware વિશે પ્રશ્નો હોય અને અંગ્રેજીમાં પ્રવીણ ન હોય, તો તમને કોઈ ખર્ચ કર્યા વિના અને સમયસર તમારી ભાષામાં મદદ તથા માહિતી મેળવવાનો અધિકાર છે. જો તમે અથવા તમે જેમની મદદ કરી રહ્યા હો એવી કોઈ વ્યક્તિ શ્રવણશક્તિ અને/અથવા દૃષ્ટિવિષયક અવસ્થાથી પીડિત હોય કે જે સંચારને અવરોધતી હોય, તો તમને કોઈ ખર્ચ કર્યા વિના અને સમયસર સહાયક સહાય તથા સેવાઓ પ્રાપ્ત કરવાનો અધિકાર છે. અનુવાદ અથવા સહાયક સેવાઓ પ્રાપ્ત કરવા માટે, કૃપા કરીને 1-833-919-3214 (TTY 711) પર સભ્યની સેવાઓનો સંપર્ક કરો.                                   |
| <b>French:</b>        | Si vous-même ou une personne que vous aidez avez des questions à propos d'Ambetter Health of Delaware et que vous ne maîtrisez pas l'anglais, vous pouvez bénéficier gratuitement et en temps utile d'aide et d'informations dans votre langue. Si vous-même ou une personne que vous aidez souffrez d'un trouble auditif ou visuel qui entrave la communication, vous pouvez bénéficier gratuitement et en temps utile d'aides et de services auxiliaires. Pour profiter de services de traduction ou de services auxiliaires, veuillez contacter Services aux membres au 1-833-919-3214 (TTY 711). |
| <b>Korean:</b>        | 귀하 또는 귀하의 도움을 받는 분이 Ambetter Health of Delaware에 대한 질문이 있는 경우 영어에 능숙하지 않으시면 해당 언어로 시의적절하게 무료 지원과 정보를 받을 권리가 있습니다. 귀하 또는 귀하의 도움을 받는 분이 청각 및/또는 시각적으로 의사소통에 장애가 있는 경우 시의적절하게 무료 보조 도구 및 서비스를 받을 권리가 있습니다. 번역 또는 보조 서비스를 받으시려면 1-833-919-3214 (TTY 711)번으로 가입자 서비스부에 연락해주시십시오.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| <b>Italian:</b>       | Se Lei o una persona a cui sta fornendo assistenza ha domande su Ambetter Health of Delaware e non ha una perfetta padronanza della lingua inglese, ha il diritto di ricevere aiuto e informazioni nella Sua lingua gratuitamente e tempestivamente. Se Lei o una persona a cui sta fornendo assistenza presenta una condizione uditiva e/o visiva che impedisce la comunicazione, ha il diritto di ricevere servizi ausiliari gratuitamente e tempestivamente. Per ricevere una traduzione o un servizio ausiliario, contatti i Servizi per i membri al numero 1-833-919-3214 (TTY 711).            |
| <b>Vietnamese:</b>    | Nếu quý vị hoặc người mà quý vị đang giúp đỡ có câu hỏi về Ambetter Health of Delaware và không thành thạo tiếng Anh, quý vị có quyền được trợ giúp và nhận thông tin bằng ngôn ngữ của mình miễn phí và kịp thời. Nếu quý vị hoặc người mà quý vị đang giúp đỡ mắc bệnh về thính giác và/hoặc thị giác gây cản trở giao tiếp, quý vị có quyền được nhận các hỗ trợ và dịch vụ phụ trợ miễn phí và kịp thời. Để nhận dịch vụ thông dịch hoặc dịch vụ phụ trợ, vui lòng liên hệ bộ phận Dịch Vụ Thành Viên theo số 1-833-919-3214 (TTY 711).                                                          |
| <b>German:</b>        | Falls Sie oder jemand, dem Sie helfen, Fragen zu Ambetter Health of Delaware hat und nicht Englisch spricht, haben Sie das Recht, kostenlos und zeitnah Hilfe und Informationen in Ihrer Sprache zu erhalten. Falls Sie oder jemand, dem Sie helfen, eine Hör- und/oder Sehbeeinträchtigung hat, die die Kommunikation beeinflusst, haben Sie das Recht, kostenlos und zeitnah                                                                                                                                                                                                                       |

zusätzliche Hilfe und Dienstleistungen zu erhalten. Um eine Übersetzung oder zusätzliche Dienstleistungen zu erhalten, wenden Sie sich an den Kundendienst unter 1-833-919-3214 (TTY 711).

**Tagalog:**

Kung ikaw, o ang iyong tinutulongan, ay may mga katanungan tungkol sa Ambetter Health of Delaware, at hindi ka mahusay sa Ingles, may karapatan ka na makakuha ng tulong at impormasyon sa iyong wika nang walang gastos at sa maagap na paraan. Kung ikaw, o ang iyong tinutulongan, ay may kondisyon sa pandinig at/o paningin na nakakaapekto sa komunikasyon, may karapatan kang makatanggap ng mga karagdagang tulong at serbisyo nang walang gastos at sa maagap na paraan. Para makatanggap ng mga serbisyo sa pagsasalin o mga karagdagang serbisyo, mangyaring makipag-ugnayan sa Mga Serbisyo para sa Miyembro sa 1-833-919-3214 (TTY 711).

**Hindi:**

अगर आप या कोई ऐसा व्यक्ति जिसकी आप सहायता कर रहे हैं, के पास Ambetter Health of Delaware से जुड़े प्रश्न हैं और आप दोनों अंग्रेज़ी में माहिर नहीं हैं, तो आपको अपनी भाषा में मुफ्त और समय पर सहायता और जानकारी प्राप्त करने का अधिकार है. अगर आपको या किसी ऐसे व्यक्ति को जिसकी आप मदद कर रहे हैं, सुनने और/या देखने में समस्या होती है और इससे बातचीत बाधित होती है, तो आपको बिना किसी लागत के और समय पर सहायक सहायता और सेवाएं प्राप्त करने का अधिकार है. अनुवाद या सहायक सेवाएं प्राप्त करने के लिए कृपया 1-833-919-3214 (TTY 711) पर सदस्य सेवाएं से संपर्क करें.

**Urdu:**

اگر آپ، یا جس کی آپ مدد کر رہے ہیں وہ Ambetter Health of Delaware کے بارے میں سوالات کرنا چاہتے ہیں، اور وہ انگریزی میں ماہر نہیں ہیں، تو آپ کو اپنی زبان میں بلا معاوضہ اور بروقت مدد اور معلومات حاصل کرنے کا حق ہے۔ اگر آپ، یا جس کی آپ مدد کر رہے ہیں، انہیں سماعت اور/یا بصارت میں کوئی پریشانی درپیش ہو جس سے مواصلت میں رکاوٹ پیدا ہوتی ہے، تو آپ کو مفت اور ہر وقت معاون امداد اور خدمات حاصل کرنے کا حق ہے۔ ترجمہ یا معاون خدمات حاصل کرنے کے لیے، براہ کرم 1-833-919-3214 (TTY 711) پر ممبر سروسز سے رابطہ کریں۔

**Arabic:**

إذا كان لديك أو لدى شخص تساعدك حول Ambetter Health of Delaware ، ولم تكن بارعًا باللغة الإنكليزية، فلدنياك الحق في الحصول على المساعدة والمعلومات بلغتك من دون أي تكلفة وفي الوقت المناسب. إذا كنت أنت أو أي شخص تساعدك تعاني من حالة سمعية و/أو بصرية تعيق التواصل، فلدنياك الحق في تلقي مساعدات وخدمات إضافية من دون أي تكلفة وفي الوقت المناسب. لتلقي خدمات الترجمة أو خدمات إضافية، يرجى الاتصال بخدمات الأعضاء على 1-833-919-3214 (TTY 711).

**Telugu:**

మీకు లేదా మీకు సహాయం చేస్తున్న ఎవరికైనా Ambetter Health of Delaware గురించి ప్రశ్నలు ఉంటే మరియు ఇంగ్లీష్‌లో ప్రావిణ్యం లేకుంటే, ఎటువంటి ఖర్చు లేకుండా మరియు సకాలంలో మీ భాషలో సహాయం మరియు సమాచారాన్ని పొందే హక్కు మీకు ఉంది. మీకు లేదా మీకు సహాయం చేస్తున్న ఎవరికైనా కమ్యూనికేషన్‌కు అటంకం కలిగించే వినికిడి మరియు/లేదా కంటిచూపుకి సంబంధించిన సమస్య ఉంటే, ఎటువంటి ఖర్చు లేకుండా మరియు సకాలంలో అనుబంధ సహాయాలు మరియు సేవలను పొందే హక్కు మీకు ఉంది. అనువాదం లేదా అనుబంధ సేవలను పొందడానికి, దయచేసి సభ్యుడి సేవలను 1-833-919-3214 (TTY 711)లో సంప్రదించండి.

**Dutch:**

Als u, of iemand die u helpt, vragen heeft over Ambetter Health of Delaware en de Engelse taal niet machtig is, hebt u het recht om kosteloos en tijdig hulp en informatie in uw taal te krijgen. Als u, of iemand die u helpt, een auditieve en/of visuele beperking heeft die de communicatie belemmert, hebt u recht om kosteloos en tijdig hulpmiddelen en ondersteuning te ontvangen. Om vertaal- of ondersteuningsdiensten te ontvangen, kunt u contact opnemen met Ledenservice via 1-833-919-3214 (TTY 711).

## Declaración de No Discriminación

Ambetter Health de Delaware está suscrito por Celtic Insurance Company, que es un proveedor Calificado de Planes de Salud en el Mercado de Seguros de Salud de Delaware. Celtic Insurance Company cumple con las leyes de derechos civiles Federales aplicables y no discrimina por motivos de raza, color de piel, nacionalidad de origen (incluidos un nivel de inglés limitado y la lengua materna), edad, discapacidad o sexo (incluidos el embarazo, la orientación sexual, la identidad de género o las características sexuales). Esta es una solicitud de seguro. © 2023 Celtic Insurance Company. Todos los derechos reservados.

[AmbetterHealthofDelaware.com](http://AmbetterHealthofDelaware.com)

Si usted, o alguien a quien está ayudando, tiene preguntas acerca de Ambetter Health de Delaware y no domina el inglés, tiene derecho a obtener ayuda e información en su idioma sin costo alguno y de manera oportuna. Si usted, o alguien a quien está ayudando, tiene un impedimento auditivo o visual que le dificulta la comunicación, tiene derecho a recibir ayuda y servicios auxiliares sin costo alguno y de manera oportuna. Para recibir servicios auxiliares o de traducción, comuníquese con Servicios para Miembros al 1-833-919-3214 (TTY 711). Si considera que Celtic Insurance Company no le proporcionó estos servicios o lo discriminó de otra manera por motivos de raza, color de piel, nacionalidad de origen (incluidos un nivel de inglés limitado y la lengua materna), edad, discapacidad o sexo (incluidos el embarazo, la orientación sexual, la identidad de género o las características sexuales), comuníquese con Servicios para Miembros al 1-833-919-3214 (TTY 711). También puede presentar una queja por teléfono al 1-833-919-3214 (TTY 711). Para obtener información sobre cómo presentar una queja por discriminación directamente ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU., visite <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/smartscreen/main.jsf>.

AMB23-DE-C-00056

Ambetter Health de Delaware está asegurada por Celtic Insurance Company, que es un emisor calificado de planes de seguro de salud en el Mercado de seguros de salud de Delaware. Esto es publicidad de seguros. © 2023 Celtic Insurance Company. Todos los derechos reservados.