



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.nhhealthyfamilies.com/2024-brochures.html> o llamar al 1-844-265-1278 (TTY/TDD 1-855-742-0123). 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 1-844-265-1278 (TTY/TDD 1-855-742-0123) para pedir una copia.

| Preguntas importantes                                                                       | Respuestas                                                                                                                                                    | Por qué es importante:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|---------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ¿Cuánto es el <a href="#">deducible</a> total?                                              | \$0 por individuo y \$0 por familia.                                                                                                                          | Consulte la tabla de Circunstancias médicas comunes abajo para conocer los costos de los servicios que cubre este <a href="#">plan</a> .                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| ¿Hay servicios cubiertos antes de alcanzar su <a href="#">deducible</a> ?                   | No hay <a href="#">deducible</a> .                                                                                                                            | 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> , \$3,150 por individuo y \$6,300 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 <u>proveedor dentro de la red</u> ?             | Sí.<br><a href="https://ambetter.nhhealthyfamilies.com/findadoc">https://ambetter.nhhealthyfamilies.com/findadoc</a> o llame al 1-844-265-1278 (TTY/TDD 1-855-742-0123) 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> .                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |

 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 <u>proveedor</u> | Consulta con su médico de atención primaria para tratar una afección o lesión | \$15 <u>Copago</u> / visita                                                                                                                                                                                                                                                | No cubierto                                        | Las Consultas de Atención Virtuales Ilimitadas, disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana, que reciba por parte del <u>proveedor</u> de telesalud designado de Ambetter están cubiertas Sin Cargo, los proveedores cuentan con cobertura completa.                                                                            |
|                                                        | Consulta con un <u>especialista</u>                                           | \$45 <u>Copago</u> / visita                                                                                                                                                                                                                                                | No cubierto                                        | Cubierto sin límite.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|                                                        | <u>Atención preventiva/evaluación</u> /vacunas                                | Sin cargo                                                                                                                                                                                                                                                                  | No cubierto                                        | Puede que tenga que pagar por servicios que no son preventivos. Pregunte a su <u>proveedor</u> si los servicios necesarios son preventivos. Luego verifique por lo que su <u>plan</u> pagará.                                                                                                                                                 |
| Si se realiza un examen                                | <u>Exámenes de diagnóstico</u> (radiografías, análisis de sangre)             | \$25 <u>Copago</u> / visita para laboratorio y servicios profesionales<br>40% <u>Coseguro</u> para rayos X e imágenes de diagnóstico<br>40% <u>Coseguro</u> 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://ambetter.nh.healthyfamilies.com/2024formulary">cobertura de medicamentos con receta médica</a> en <a href="https://ambetter.nh.healthyfamilies.com/2024formulary">https://ambetter.nh.healthyfamilies.com/2024formulary</a> . | Medicamentos genéricos (Nivel 1)                                                                                             | Vendedor genérico preferido: \$3 <a href="#">Copago</a> / receta<br><br>Vendedor genérico: \$10 <a href="#">Copago</a> / receta | 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 3 veces la cantidad de venta al por menor. Los anticonceptivos aprobados por la FDA y los de venta libre no están sujetos al <a href="#">costo compartido</a> . |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | Medicamentos de marca preferidos (Nivel 2)                                                                                   | Al por menor: \$40 <a href="#">Copago</a> / receta                                                                              | 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 3x del precio de venta al por menor. Los anticonceptivos aprobados por la FDA y los de venta libre no están sujetos a <a href="#">costos compartidos</a> .                  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | 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 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 3x del precio de venta al por menor. Los anticonceptivos aprobados por el FDA y sin receta no están sujetos a <a href="#">costos compartidos</a> .                          |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | <a href="#">Medicamentos de especialidad</a> (Nivel 4)                                                                       | 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 por 30 días al por menor y hasta 30 días por pedidos por correo. Los anticonceptivos aprobados por el FDA y sin receta no están sujetos a <a href="#">costos compartidos</a> .                                                                                                                                                              |
| <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.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |

| 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)                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
|                                                                                  | Tarifas del médico/cirujano                         | 40% <a href="#">Coseguro</a>                                                                                          | No cubierto                                                                  | Puede que sea necesaria una autorización previa. Cubierto sin límite.                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| Si necesita atención médica inmediata                                            | <a href="#">Atención en la Sala de Emergencias</a>  | 40% <a href="#">Coseguro</a>                                                                                          | 40% <a href="#">Coseguro</a> ; <a href="#">deducible</a> no se aplica        | Cubierto sin límite.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|                                                                                  | <a href="#">Transporte médico de emergencia</a>     | 40% <a href="#">Coseguro</a>                                                                                          | 40% <a href="#">Coseguro</a> ; <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. |
|                                                                                  | <a href="#">Atención de urgencia</a>                | \$10 <a href="#">Copago</a> / visita                                                                                  | \$10 <a href="#">Copago</a> / visita; <a href="#">deducible</a> no se aplica | Cubierto sin límite.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| Si necesita hospitalización                                                      | 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.                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| Si necesita servicios de salud mental, salud conductual o de abuso de sustancias | Servicios para pacientes ambulatorios               | \$15 <a href="#">Copago</a> / visita; 40% <a href="#">Coseguro</a> para los demás servicios como paciente ambulatorio | 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.                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| Si está embarazada                                                               | Visitas al consultorio                              | \$15 <a href="#">Copago</a> / visita                                                                                  | No cubierto                                                                  | No se requiere Autorización previa para entregas dentro del marco de tiempo estándar según las normas federales. 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> ,                |

| 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) |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                                                                                     |                                                       |                                                                                                                    |                                                    | <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 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).                                                   |
|                                                                                     | Servicios hospitalarios para el nacimiento y el parto | 40% <a href="#">Coseguro</a>                                                                                       | No cubierto                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| 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 que sea necesaria una autorización previa. Cubierto sin límite.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
|                                                                                     | <a href="#">Servicios de rehabilitación</a>           | Paciente ambulatorio(a): 40% <a href="#">Coseguro</a> ;<br>Paciente hospitalizado(a): 40% <a href="#">Coseguro</a> | No cubierto                                        | Paciente ambulatorio(a): Puede que sea necesaria una autorización previa. Los servicios ambulatorios de rehabilitación están limitados a 20 visitas al año por terapia (terapia ocupacional, terapia física y terapia del habla). Nota: Los límites no aplican cuando se proporcionan para un diagnóstico de trastornos de salud mental/de 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): 40% <a href="#">Coseguro</a><br>Paciente hospitalizado(a): 40% <a href="#">Coseguro</a>   | No cubierto                                        | Paciente ambulatorio(a): Puede requerirse autorización previa. La cobertura de los servicios de recuperación de las habilidades se limita a 20 visitas de terapia por año (para fisioterapia, terapia ocupacional y del habla). Nota: Los límites no se aplican cuando la terapia se realiza debido a un diagnóstico 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) |                                                                                                                                                   |
|                                                             |                                                                 |                                                     |                                                    | trastorno mental o por consumo de sustancias.<br>Paciente hospitalizado(a): 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 que sea necesaria una autorización previa. Limitado a 100 días al año en un centro de atención.                                             |
|                                                             | <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>• Atención a largo plazo</li> <li>• Atención de la vista de rutina (Adulto)</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Atención dental (Adulto)</li> <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 Estado Unidos</li> <li>• Programas de pérdida de peso</li> <li>• Servicio de enfermería privada</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](#)).**

- |                                                                                  |                                                         |                                                                                                                                                                  |
|----------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| • Acupuntura                                                                     | • Cirugía bariátrica                                    | • Cuidado rutinario de los pies                                                                                                                                  |
| • Audífonos (Un audífono por oído cada vez que cambie la receta de un audífono.) | • Cuidado quiropráctico (Limitado a 12 visitas al año.) | • Tratamiento de infertilidad (se limita a servicios relacionados con <a href="#">pruebas de diagnóstico</a> destinadas a descubrir la causa 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 from New Hampshire Healthy Families a 1-844-265-1278 (TTY/TDD 1-855-742-0123); New Hampshire Insurance Department, 21 South Fruit Street, Suite 14, Concord, NH 03301, Phone No. 800-852-3416.. 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: New Hampshire Insurance Department, 21 South Fruit Street, Suite 14, Concord, NH 03301, Phone No. 800-852-3416.

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

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 1-844-265-1278 (TTY/TDD 1-855-742-0123).

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

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

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

*Para ver ejemplos de cómo este [plan](#) podría cubrir los costos de una situación médica 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 copago</a>                           | \$45 |
| ■ 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*)

|                                      |                 |
|--------------------------------------|-----------------|
| <b>Costo total del ejemplo</b>       | <b>\$12,700</b> |
| <b>En este ejemplo, Peg pagaría:</b> |                 |
| <i>Costo compartidos</i>             |                 |
| <a href="#">Deducibles</a>           | \$0             |
| <a href="#">Copagos</a>              | \$400           |
| <a href="#">Coseguro</a>             | \$2,800         |
| <i>Lo que no está cubierto</i>       |                 |
| Límites o exclusiones                | \$60            |
| <b>El total que Peg pagaría es</b>   | <b>\$3,210</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 copago</a>                           | \$45 |
| ■ 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*)

|                                      |                |
|--------------------------------------|----------------|
| <b>Costo total del ejemplo</b>       | <b>\$5,600</b> |
| <b>En este ejemplo, Joe pagaría:</b> |                |
| <i>Costo compartidos</i>             |                |
| <a href="#">Deducibles</a>           | \$0            |
| <a href="#">Copagos</a>              | \$1,000        |
| <a href="#">Coseguro</a>             | \$300          |
| <i>Lo que no está cubierto</i>       |                |
| Límites o exclusiones                | \$20           |
| <b>El total que Joe pagaría es</b>   | <b>\$1,320</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 copago</a>                           | \$45 |
| ■ 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*)

|                                      |                |
|--------------------------------------|----------------|
| <b>Costo total del ejemplo</b>       | <b>\$2,800</b> |
| <b>En este ejemplo, Mia pagaría:</b> |                |
| <i>Costo compartidos</i>             |                |
| <a href="#">Deducibles</a>           | \$0            |
| <a href="#">Copagos</a>              | \$100          |
| <a href="#">Coseguro</a>             | \$1,000        |
| <i>Lo que no está cubierto</i>       |                |
| Límites o exclusiones                | \$0            |
| <b>El total que Mia pagaría es</b>   | <b>\$1,100</b> |

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



FROM



nh healthy families.

|                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>English:</b>        | If you, or someone you are helping, have questions about Ambetter from NH Healthy Families, 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 1-844-265-1278 (TTY 1-855-742-0123).                                                                      |
| <b>Spanish:</b>        | Si usted, o alguien a quien está ayudando, tiene preguntas acerca de Ambetter de NH Healthy Families 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 1-844-265-1278 (TTY 1-855-742-0123).                                                    |
| <b>French:</b>         | Si vous-même ou une personne que vous aidez avez des questions à propos d'Ambetter from NH Healthy Families 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 1-844-265-1278 (TTY 1-855-742-0123).             |
| <b>Chinese:</b>        | 如果您，或是您正在協助的對象，有關於 Ambetter from NH Healthy Families 方面的問題，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 1-844-265-1278 (TTY 1-855-742-0123)。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| <b>Nepali:</b>         | यदि तपाईं स्वयं वा तपाईंले मद्दत गरिरहनुभएको कोही व्यक्तिसँग Ambetter from NH Healthy Families सँग सम्बन्धित प्रश्नहरू छन् र तपाईं दुवै अंग्रेजीमा निपुण हुनुहुन्न भने तपाईंसँग निःशुल्क रूपमा र समयमै आफ्नो भाषामा मद्दत र जानकारी प्राप्त गर्ने अधिकार छ। यदि तपाईं वा तपाईंले मद्दत गरिरहनुभएको व्यक्तिसँग सञ्चारमा बाधा पुऱ्याउने श्रवण र/वा दृश्यसम्बन्धी समस्या छ भने तपाईंसँग निःशुल्क रूपमा र समयमै सहायक उपकरण र सेवाहरू प्राप्त गर्ने अधिकार छ। अनुवाद वा सहायक सेवाहरू प्राप्त गर्न कृपया 1-844-265-1278 (TTY 1-855-742-0123) मा सदस्य सेवाहरू लाई सम्पर्क गर्नुहोस्।                                                  |
| <b>Vietnamese:</b>     | Nếu quý vị hoặc người mà quý vị đang giúp đỡ có câu hỏi về Ambetter from NH Healthy Families 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 1-844-265-1278 (TTY 1-855-742-0123).                                                                      |
| <b>Portuguese:</b>     | Se tiver dúvidas acerca da Ambetter from NH Healthy Families, ou estiver a ajudar uma pessoa com dúvidas acerca desta, e não dominar o inglês, tem o direito de obter ajuda e informações no seu idioma sem qualquer custo e de forma atempada. Se tiver uma condição visual e/ou auditiva que dificulte a comunicação ou estiver a ajudar uma pessoa com uma condição deste tipo, tem o direito de receber equipamentos ou serviços de assistência sem qualquer custo e de forma atempada. Para receber traduções ou serviços de assistência, contacte serviços de membro através do número 1-844-265-1278 (TTY 1-855-742-0123). |
| <b>Greek:</b>          | Εάν εσείς ή κάποιος που βοηθάτε έχετε ερωτήσεις σχετικά με το Ambetter from NH Healthy Families και δεν γνωρίζετε καλά την αγγλική γλώσσα, έχετε το δικαίωμα να λάβετε βοήθεια και πληροφορίες στη γλώσσα σας χωρίς χρέωση και εγκαίρως. Εάν εσείς ή κάποιος που βοηθάτε έχετε δυσκολία στην όραση ή/και την ακοή, που εμποδίζει την επικοινωνία, έχετε το δικαίωμα να λάβετε επικουρικά βοηθήματα και υπηρεσίες χωρίς χρέωση και εγκαίρως. Για μεταφραστικές ή βοηθητικές υπηρεσίες, επικοινωνήστε με την Εξυπηρέτηση Μελών στο 1-844-265-1278 (TTY 1-855-742-0123).                                                             |
| <b>Arabic:</b>         | إذا كان لديك أو لدى شخص تساعد أسئلة حول Ambetter from NH Healthy Families، ولم تكن بارعا بالغة الإنكليزية، فلهذا الحق في الحصول على المساعدة والمعلومات بلغتك من دون أي تكلفة وفي الوقت المناسب. إذا كنت أنت أو أي شخص تساعد تعاني من حالة سمعية و/أو بصرية تعيق التواصل، فلهذا الحق في تلقي مساعدات وخدمات إضافية من دون أي تكلفة وفي الوقت المناسب. لتلقي خدمات الترجمة أو خدمات إضافية، يرجى الاتصال بـ خدمات الأعضاء على 1-844-265-1278 (TTY 1-855-742-0123).                                                                                                                                                                 |
| <b>Serbo-Croatian:</b> | Ako Vi, ili neko kome pomažete, imate pitanja u vezi sa Ambetter from NH Healthy Families, a ne govorite engleski jezik, imate pravo na besplatnu i blagovremenu pomoć i informacije na sopstvenom jeziku. Ako Vi, ili neko kome pomažete, imate neki poremećaj sluha i/ili vida zbog kojeg je onemogućena komunikacija, imate pravo da besplatno i blagovremeno dobijete pomagala i pomoćne usluge. Obratite se odjeljenju za pružanje usluga članovima pozivom na broj 1-844-265-1278 (TTY 1-855-742-0123) da biste dobili usluge prevoda ili pomoćne usluge.                                                                   |
| <b>Indonesian:</b>     | Jika Anda atau seseorang yang Anda bantu memiliki pertanyaan tentang Ambetter from NH Healthy Families, tetapi tidak mahir berbahasa Inggris, Anda berhak mendapatkan bantuan dan informasi dalam bahasa Anda secara gratis dan tepat waktu. Jika Anda atau seseorang yang Anda bantu memiliki kondisi pendengaran dan/atau penglihatan yang menghambat komunikasi, Anda berhak menerima bantuan dan layanan tambahan secara gratis dan tepat waktu. Untuk menerima layanan tambahan atau terjemahan, silakan hubungi Layanan Anggota di 1-844-265-1278 (TTY 1-855-742-0123).                                                     |

|                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
|-----------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Korean:</b>        | 귀하 또는 귀하의 도움을 받는 분이 Ambetter from NH Healthy Families에 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 1-844-265-1278(TTY 1-855-742-0123)번으로 가입자 서비스부에 연락해주시시오.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <b>Russian:</b>       | Если у вас или у лица, которому вы помогаете, возникли какие-либо вопросы о программе страхования Ambetter from NH Healthy Families, при этом вы недостаточно хорошо владеете английским языком, вы имеете право на бесплатную и своевременную помощь и информацию на своем родном языке. Если у вас или у лица, которому вы помогаете, наблюдается какое-либо нарушение слуха и/или зрения, которое препятствует коммуникации, вы имеете право на бесплатные и своевременные вспомогательные услуги и помощь. Для получения услуг перевода или вспомогательных услуг обратитесь в отдел обслуживания участников программы страхования по номеру 1-844-265-1278 (TTY 1-855-742-0123). |
| <b>French Creole:</b> | Si ou menm, oswa yon moun w ap ede, gen kesyon sou Ambetter from NH Healthy Families, 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 tandè 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 1-844-265-1278 (TTY 1-855-742-0123).                                                                                                                                       |
| <b>Bantu:</b>         | Nimba wewe, canke undi muntu wewe se uri gufasha, yoba afise ico asiguza kijanye na Ambetter from NH Healthy Families, kandi adatahura neza icongereza, ufise agateka ko kurungikirwa ubufasha n'amakuru atanyishu kandi mu kiringo gikwiye. Nimba wewe, canke undi wewe se uri gufasha, afise nkenerwa zo kumva na/canke kuraba bitambamira itumanako, ufise agateka ko kurungikirwa agafasha kumviriza na serevise atanyishu kandi mu kiringo gikwiye. Kugira urungikirwe serevise z'ubusiguzi canke agafasha kumviriza, turagusavye yaga na Serevise z'Abanyamuryango kuri 1-844-265-1278 (TTY 1-855-742-0123).                                                                    |
| <b>Polish:</b>        | Jeśli Ty lub osoba, której pomagasz, macie pytania dotyczące Ambetter from NH Healthy Families, ale nie posługujecie się biegle językiem angielskim, macie prawo do uzyskania pomocy i informacji w swoim języku bez dodatkowych kosztów i w odpowiednim czasie. Jeśli Ty lub osoba, której pomagasz, macie problemy ze słuchem i/lub wzrokiem, które utrudniają komunikację, macie prawo do otrzymania pomocy i usług pomocniczych bez dodatkowych kosztów i w odpowiednim czasie. Aby uzyskać tłumaczenie lub usługi pomocnicze, należy skontaktować się z Usługi członkowskie pod numerem 1-844-265-1278 (TTY 1-855-742-0123).                                                     |

AMB23-NH-C-00057

## Declaración de No Discriminación

Ambetter de NH Healthy Families está suscrito por Celtic Insurance Company, que es un emisor del Plan de salud calificado en el Mercado de seguros de salud de New Hampshire. 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 publicidad de seguro. Ambetter de NH Healthy Families está suscrito por Celtic Insurance Company. © 2023 Celtic Insurance Company. Todos los derechos reservados. [Ambetter.NHhealthyfamilies.com](https://Ambetter.NHhealthyfamilies.com)

Si usted, o alguien a quien está ayudando, tiene preguntas acerca de Ambetter de NH Healthy Families 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 1-844-265-1278 (TTY 1-855-742-0123). 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 1-844-265-1278 (TTY 1-855-742-0123). También puede presentar una queja por teléfono al 1-844-265-1278 (TTY 1-855-742-0123). 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>.

Ambetter de NH Healthy Families está suscrito por Celtic Insurance Company, que es un emisor del Plan de salud calificado en el Mercado de seguros de salud de New Hampshire. Esta es publicidad de seguro. © 2023 Celtic Insurance Company. Todos los derechos reservados.

La póliza, solicitud u otro formulario es una traducción que no ha sido aprobada por el comisionado y la versión en inglés de la póliza, solicitud u otros formularios prevalecerá en cualquier disputa, queja o litigio.

AMB23-NH-C-00056

Ambetter de NH Healthy Families está suscrito por Celtic Insurance Company, que es un emisor del Plan de salud calificado en el Mercado de seguros de salud de New Hampshire. Esta es publicidad de seguro. © 2023 Celtic Insurance Company. Todos los derechos reservados.

La póliza, solicitud u otro formulario es una traducción que no ha sido aprobada por el comisionado y la versión en inglés de la póliza, solicitud u otros formularios prevalecerá en cualquier disputa, queja o litigio.