



El Resumen de beneficios y cobertura (SBC) lo ayudará a escoger un [plan](#) de salud. El SBC muestra cómo usted y el [plan](#) compartirían los costos de los servicios de atención médica cubiertos. **NOTA:** La información sobre el costo de este [plan](#) (denominado [prima](#)) se proporcionará por separado. Este es solo un resumen. Para obtener más información sobre su cobertura u obtener una copia de los términos completos de la cobertura, <https://ambetter-es.pahealthwellness.com/2024-brochures.html> o llamar al 1-833-510-4727 (Relay 711). Para ver las definiciones de términos frecuentes, como [cantidad permitida](#), [facturación de saldo](#), [coseguro](#), [copago](#), [deducible](#), [proveedor](#) u otros términos subrayados, consulte el glosario. Puede consultar el glosario en <https://www.healthcare.gov/sbc-glossary> o llamar al 1-833-510-4727 (Relay 711) para pedir una copia.

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué es importante:
¿Cuánto es el deducible total?	\$4,500 por individuo y \$9,000 por familia.	En general, debe pagar todos los costos de los proveedores hasta la cantidad deducible antes de que este plan comience a pagar. Si tiene otros familiares en el plan , cada familiar debe satisfacer su propio deducible individual hasta que la cantidad total de gastos deducibles pagados por todos los familiares satisfagan el deducible familiar total.
¿Hay servicios cubiertos antes de alcanzar su deducible ?	Sí, los servicios de atención preventiva , las visitas al consultorio para obtener atención primaria, de especialistas o atención urgente y los medicamentos genéricos y de marca preferidos están cubiertos os medicamentos de marca no preferidos (Nivel 3) y especializados (Nivel 4).antes de que satisfaga su deducible .	Este plan cubre algunos productos y servicios aunque aún no haya alcanzado la cantidad del deducible . Sin embargo, se podría aplicar un copago o un coseguro . Por ejemplo, este plan cubre ciertos servicios preventivos sin costos compartidos antes de que alcance su deducible . Consulte una lista de servicios preventivos cubiertos en https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/
¿Hay otros deducibles para servicios específicos?	\$300 persona / \$600 familia para cobertura de medicamentos de venta con receta. No hay ningún otro deducible específico.	Antes de que este plan empiece a pagar por estos servicios, usted debe pagar todos los costos de estos servicios hasta la cantidad del deducible específico.
¿Cuánto es el límite de gastos de bolsillo para este plan ?	Para proveedores de la red , \$7,550 por individuo y \$15,100 por familia. No es aplicable a los proveedores fuera de la red .	El límite de gastos de bolsillo es lo máximo que puede pagar en un año por servicios cubiertos. Si tiene otros familiares en este plan , ellos tienen que satisfacer sus propios límite de gastos de bolsillo hasta que se haya satisfecho el límite de gastos de bolsillo familiar total.
¿Qué es lo que no está incluido en el límite de gastos de bolsillo ?	Primas , facturación de saldo , y atención médica que este plan no cubre.	Aunque pague estos gastos, no cuentan para el límite de gastos del bolsillo .

¿Pagará menos si acude a un proveedor dentro de la red ?	Sí. https://ambetter.pahealthwellness.com/findadoc o llame al 1-833-510-4727 (Relay 711) para una lista de proveedores de la red .	Este plan utiliza una red de proveedores . Pagará menos si usa un proveedor que esté incluido en la red del plan . Pagará más si acude a un proveedor fuera de la red , y es posible que reciba una factura de un proveedor por la diferencia entre el cargo del proveedor y lo que su plan paga (facturación de saldo). Tenga en cuenta que su proveedor dentro de la red puede usar un proveedor fuera de la red para algunos servicios (como análisis de laboratorio). Consulte con su proveedor antes de recibir los servicios.
¿Necesita una derivación para atenderse con un especialista ?	No.	Puede ver al especialista que usted elija sin una derivación .

 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 proveedor	Consulta con su médico de atención primaria para tratar una afección o lesión	\$50 Copago / visita; deducible no se aplica	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 proveedor de telesalud designado de Ambetter están cubiertas Sin Cargo, los proveedores cuentan con cobertura completa y no se aplica deducible .
	Consulta con un especialista	\$100 Copago / visita; deducible no se aplica	No cubierto	Cubierto sin límite.
	Atención preventiva/evaluación /vacunas	Sin cargo; deducible no se aplica	No cubierto	Puede que tenga que pagar por servicios que no son preventivos. Pregunte a su proveedor si los servicios necesarios son preventivos. Luego verifique por lo que su plan pagará.
Si se realiza un examen	Exámenes de diagnóstico (radiografías, análisis de sangre)	\$50 Copago / visita; deducible no se aplica para laboratorio y servicios profesionales \$175 Copago / visita; deducible no se aplica para rayos X e imágenes de diagnóstico	No cubierto	Puede que sea necesaria una autorización previa. Cubierto sin límite. Otros lugares pueden incluir Hospital, Sala de emergencias o Centro ambulatorio. El no obtener autorización previa para un servicio que requiere autorización previa resultará en la denegación de los beneficios. Consulte su póliza para obtener más detalles.

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)	
		\$350 Copago / visita para servicios de laboratorio y profesionales e imágenes de diagnóstico y rayos X en otros lugares de servicio		
	Diagnóstico por imágenes (tomografía computarizada/ tomografía por emisión de positrones, imágenes por resonancia magnética)	\$400 Copago / visita; deducible no se aplica	No cubierto	Puede que sea necesaria una autorización previa. Cubierto sin límite.
Si necesita un medicamento para tratar su enfermedad o condición médica. Hay más información disponible sobre la cobertura de medicamentos con receta médica en https://ambetter.pa.healthwellness.com/2024formulary .	Medicamentos genéricos (Nivel1)	Vendedor genérico preferido: \$3 Copago / receta; deducible no se aplica Vendedor genérico: \$7 Copago / receta; deducible 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 costo compartido de 3 veces la cantidad de venta al por menor.
	Medicamentos de marca preferidos (Nivel 2)	Al por menor: 50% Coseguro ; sujeto al deducible de medicamentos Rx	No cubierto	Puede que sea necesaria una autorización previa. Los medicamentos con receta 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 costo compartido de 3x del precio de venta al por menor.
	Medicamentos de marca no preferidos (Nivel 3)	Al por menor: 50% Coseguro ; sujeto al deducible de medicamentos Rx	No cubierto	Puede que sea necesaria una autorización previa. Los medicamentos con receta 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 costo compartido de 3x del precio de venta al por menor. Deducible de \$300 persona / \$600 familia por fármaco de venta

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)	
				con receta por marca preferida, marca no preferida y medicamentos especializados .
	Medicamentos de especialidad (Nivel 4)	Al por menor: 50% Coseguro ; sujeto al deducible de medicamentos Rx	No cubierto	Puede que sea necesaria una autorización previa. Los medicamentos con receta se proporcionan hasta 30 días al por menor y hasta 30 días por pedidos por correo. Deducible de \$300 persona / \$600 familia por fármaco de venta con receta por marca preferida, marca no preferida y medicamentos especializados .
Si le hacen una cirugía ambulatoria	Tarifa del centro (p. ej., centro de cirugía ambulatoria)	\$350 Copago / visita	No cubierto	Puede que sea necesaria una autorización previa. Cubierto sin límite.
	Tarifas del médico/cirujano	\$50 Copago / visita	No cubierto	Puede que sea necesaria una autorización previa. Cubierto sin límite.
Si necesita atención médica inmediata	Atención en la Sala de Emergencias	\$800 Copago / visita; deducible no se aplica (\$400 Copago / visita; deducible no se aplica por centro; \$400 Copago / visita; deducible no se aplica por honorarios del médico)	\$800 Copago / visita; deducible no se aplica (\$400 Copago / visita; deducible no se aplica por centro; \$400 Copago / visita; deducible no se aplica por honorarios del médico)	Cubierto sin límite.
	Transporte médico de emergencia	\$300 Copago / visita; deducible no se aplica	\$300 Copago / visita; deducible 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 proveedor de transportes en ambulancia por tierra o agua que está fuera de la red , puede ser que se le cobre un saldo.
	Atención de urgencia	\$60 Copago / visita; deducible no se aplica	No cubierto	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)	
Si necesita hospitalización	Tarifa del centro (p. ej., habitación del hospital)	Copago de \$650 al día, hasta 5 días.	No cubierto	Puede que sea necesaria una autorización previa. Cubierto sin límite.
	Tarifas del médico/cirujano	Sin cargo; deducible no se aplica	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	Visita al consultorio: \$50 Copago / visita; deducible no se aplica; Para otros servicios ambulatorios: \$350 Copago / visita	No cubierto	Puede requerirse autorización previa. Sin Límite de Cobertura. (Las consultas con el Proveedor 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	Copago de \$650 al día, hasta 5 días.	No cubierto	Puede que sea necesaria una autorización previa. Cubierto sin límite.
Si está embarazada	Visitas al consultorio	\$50 Copago / visita; deducible 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 costo compartido no aplica a servicios preventivos , tales como evaluaciones de rutina prenatales y posnatales. Dependiendo del tipo de servicios, puede que aplique un coseguro , deducible o copago . La atención por maternidad puede incluir las pruebas y servicios descritos en otro sitio en el SBC (por ej. ecografía).
	Servicios profesionales para el nacimiento y el parto	Sin cargo; deducible no se aplica	No cubierto	Puede que sea necesaria una autorización previa. Los costos compartidos no aplican para servicios preventivos . Dependiendo del tipo de servicios, puede que aplique un copago , coseguro o deducible . 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	Copago de \$650 al día, hasta 5 días.	No cubierto	

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 necesita servicios de recuperación o tiene otras necesidades especiales de salud	Atención médica en el hogar	\$50 Copago / visita; deducible no se aplica	No cubierto	Puede que sea necesaria una autorización previa. Limitado a 60 visitas al año. Nota: Este límite de visitas no se aplica cuando el tratamiento se proporciona para un diagnóstico de trastorno de salud mental/consumo de sustancias.
	Servicios de rehabilitación	Paciente ambulatorio(a): \$60 Copago / visita; deducible no se aplica Paciente hospitalizado(a): Copago de \$650 al día, hasta 5 días.	No cubierto	Paciente ambulatorio(a): Es posible que se requiera la autorización previa. Limitado a 30 visitas por año para terapia del habla; se aplica un límite combinado de 30 visitas por año para terapia física y ocupacional; se aplica un límite combinado de 36 visitas por año para terapia cardíaca, pulmonar y respiratoria. Nota: Estos límites no aplican cuando se proporciona para un diagnóstico de salud mental/trastorno por uso de sustancias. Paciente hospitalizado(a): Puede que sea necesaria una autorización previa. Cubierto sin límite.
	Servicios de habilitación	Paciente ambulatorio(a): \$60 Copago / visita; deducible no se aplica Paciente hospitalizado(a): Copago de \$650 al día, hasta 5 días.	No cubierto	Paciente ambulatorio(a): Puede que sea necesaria una autorización previa. Limitado a 30 visitas al año para terapia del habla; un límite combinado de 30 visitas al año aplica para terapia física y ocupacional; un límite combinado de 36 visitas al año aplica para terapia cardíaca, pulmonar y respiratoria. Nota: Estos límites no aplican cuando se proporcionan para un diagnóstico de trastornos de salud mental/uso de sustancia. Paciente hospitalizado(a): Puede que sea necesaria una autorización previa. Cubierto sin límite.

Circunstancia médica común	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor dentro de la red (Usted pagará el mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará el máximo)	
	Atención de enfermería especializada	40% Coseguro	No cubierto	Puede que sea necesaria una autorización previa. Limitado a 120 días al año.
	Equipo médico duradero	40% Coseguro	No cubierto	Puede que sea necesaria una autorización previa. Cubierto sin límite.
	Servicios en un programa de cuidados paliativos	40% Coseguro ; deducible no se aplica	No cubierto	Puede que sea necesaria una autorización previa. Cubierto sin límite.
Si su hijo necesita servicios dentales o de la vista	Examen de la vista para niños	Sin costo; deducible no se aplica	No están cubiertos	Limitado a 1 examen al año.
	Anteojos para niños	Sin costo; deducible 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:

Servicios que su Plan, por lo general, NO cubre (consulte la póliza o documento del plan para obtener más información y una lista de otros servicios excluidos).		
• Aborto (Excepto en casos de violación, incesto o cuando la vida de la madre está en peligro) • Acupuntura • Atención a largo plazo • Atención de la vista de rutina (Adulto)	• Atención dental (Adulto) • Atención dental (Niños) • Audífonos • Cirugía bariátrica	• Cirugía estética • Cuidado que no es de emergencia al viajar fuera de Estado Unidos • Programas de pérdida de peso • Servicio de enfermería privada

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

- Cuidado quiropráctico (Limitado a 20 consultas por año)
- Cuidado rutinario de los pies
- Tratamiento de la infertilidad (La inseminación artificial está cubierta; IVF, GIFT y ZIFT están excluidas.)

Su derecho a continuar con la cobertura: Hay organismos que pueden ayudarlo si quiere mantener la cobertura después de que esta finalice. La información de contacto de esos organismos es: Ambetter from PA Health & Wellness a 1-833-510-4727 (Relay 711); Pennsylvania Insurance Department, 1209 Strawberry Square, Harrisburg, PA 17111, Phone No. 1-877-881-6388.. Department of Labor's Employee Benefits Security Administration at 1-866-444-EBSA (3272); Office of Personnel Management Multi State [Plan](#) Program at <https://www.opm.gov/healthcare-insurance/multi-state-plan-program/external-review/>. Es posible que haya otras opciones de cobertura disponibles para usted, como contratar una cobertura de seguro individual a través del [Mercado](#) de Seguros Médicos. Para obtener más información sobre el [Mercado](#), visite www.HealthCare.gov o llame al 1-800-318-2596.

Su derecho a presentar una queja o una apelación: Hay organismos que pueden ayudarlo si tiene una queja contra su [plan](#) por la denegación de una [reclamación](#). Esta queja se denomina [queja](#) formal o [apelación](#). Para obtener más información sobre sus derechos, consulte la explicación de beneficios que recibirá por dicha [reclamación](#) médica. Los documentos de su [plan](#) también dan toda la información para presentar una [reclamación](#), una [apelación](#) o una [queja formal](#) por cualquier motivo a su [plan](#). Para obtener más información sobre sus derechos, sobre este aviso o si necesita ayuda, comuníquese con: Pennsylvania Insurance Department, 1209 Strawberry Square, Harrisburg, PA 17111, Phone No. 1-877-881-6388. Además un programa de ayuda al consumidor le puede ayudar a presentar su apelación. Póngase en contacto 1-877-881-6388

¿Este plan proporciona cobertura esencial mínima? Sí

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

¿Cumple este plan el valor mínimo estándar? No Corresponde

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

Servicio de acceso a idiomas:

Spanish (Español): Para obtener asistencia en Español, llame al 1-833-510-4727 (Relay 711).

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

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

Navajo (Dine): Dinek'ehgo shika at'ohwol ninisingo, kwijigo holne' 1-833-510-4727 (Relay 711).

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

Acerca de estos ejemplos de cobertura:



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

Peg va a tener un bebé

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

■ El deducible general del plan	\$4,500
■ Especialista copago	\$100
■ Hospital (establecimiento) copago	\$650
Otro coseguro	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	
Deducibles*	\$4,500
Copagos	\$1,500
Coseguro	\$0
Lo que no está cubierto	
Límites o exclusiones	\$60
El total que Peg pagaría es	\$6,060

Control de la diabetes Tipo 2 de Joe

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

■ El deducible general del plan	\$4,500
■ Especialista copago	\$100
■ Hospital (establecimiento) copago	\$650
■ Otro coseguro	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	
Deducibles*	\$1,100
Copagos	\$800
Coseguro	\$1,500
Lo que no está cubierto	
Límites o exclusiones	\$20
El total que Joe pagaría es	\$3,420

Fractura simple de Mia

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

■ El deducible general del plan	\$4,500
■ Especialista copago	\$100
■ Hospital (establecimiento) copago	\$650
■ Otro coseguro	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	
Deducibles*	\$300
Copagos	\$1,800
Coseguro	\$0
Lo que no está cubierto	
Límites o exclusiones	\$0
El total que Mia pagaría es	\$2,100

Nota: Este [plan](#) tiene otros [deducibles](#) para servicios específicos incluidos en este ejemplo de cobertura. Consulte "¿Hay otros [deducibles](#) para servicios específicos?" en la fila más arriba.

English:	If you, or someone you are helping, have questions about Ambetter from PA Health & Wellness, 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 1-833-510-4727 (Relay 711).
Spanish:	Si usted, o alguien a quien está ayudando, tiene preguntas acerca de Ambetter de PA Health & Wellness 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 1-833-510-4727 (Relay 711).
Chinese:	如果您，或是您正在協助的對象，有關於 Ambetter from PA Health & Wellness 方面的問題，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 1-833-510-4727 (Relay 711)。
Vietnamese:	Nếu quý vị hoặc người mà quý vị đang giúp đỡ có câu hỏi về Ambetter from PA Health & Wellness 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 1-833-510-4727 (Relay 711).
Russian:	Если у вас или у лица, которому вы помогаете, возникли какие-либо вопросы о программе страхования Ambetter from PA Health & Wellness, 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 1-833-510-4727 (Relay 711).
Pennsylvanian Dutch:	Wann du, odder epper wer dir helft, hen Frooge iwwer Ambetter from PA Health & Wellness, un sin net proficient in Englisch, du hoscht die Recht um Helf zu griege un Information in dei Schprooch mitaus Koscht un in en zeitlich Manner. Wann du, odder epper wer dir helft, hen en Auditory un/odder Sehlich Condition die iss schlecht fer Communication, du hoscht die Recht Auxiliary Aids zu griege un Services mitaus Koscht un in en zeitlich Manner. Fer Iwwersetzung odder Auxiliary Services zu griege, sei so gut un ruff Member Services um 1-833-510-4727 (Relay 711).
Korean:	귀하 또는 귀하의 도움을 받는 분이 Ambetter from PA Health & Wellness에 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 1-833-510-4727(Relay 711)번으로가입자 서비스부에 연락해주시시오.
Italian:	Se Lei o una persona a cui sta fornendo assistenza ha domande su Ambetter from PA Health & Wellness 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 1-833-510-4727 (Relay 711).
Arabic:	إذا كان لديك أو لدى شخص تساعد أسئلة حول Ambetter from PA Health & Wellness، ولم تكن بارعا باللغة الإنكليزية، ف لديك 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، ف لديك 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 1-833-510-4727 (Relay 711).
French:	Si vous-même ou une personne que vous aidez avez des questions à propos d'Ambetter from PA Health & Wellness 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 1-833-510-4727 (Relay 711).
German:	Falls Sie oder jemand, dem Sie helfen, Fragen zu Ambetter from PA Health & Wellness 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 1-833-510-4727 (Relay 711).
Gujarati:	જો તમને અથવા તમે જેમની મદદ કરી રહ્યા હો એવી કોઈ વ્યક્તિને Ambetter from PA Health & Wellness 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 1-833-510-4727 (Relay 711) પર સભ્યની સેવાઓનો સંપર્ક કરો.
Polish:	Jeśli Ty lub osoba, której pomagasz, macie pytania dotyczące Ambetter from PA Health & Wellness, 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 1-833-510-4727 (Relay 711).

French Creole:	Si ou menm, oswa yon moun w ap ede, gen kesyon sou Ambetter from PA Health & Wellness, 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 1-833-510-4727 (Relay 711).
Mon-Khmer, Cambodian:	ប្រសិនបើអ្នក ឬនរណាម្នាក់ដែលអ្នកកំពុងជួយ មានសំណួរអំពី Ambetter from PA Health & Wellness ហើយមិនមានភាពស្ម័គ្រចិត្តក្នុងការប្រើភាសាអង់គ្លេស អ្នកមានសិទ្ធិទទួលបានជំនួយ និងព័ត៌មានជាភាសារបស់អ្នកដោយឥតគិតថ្លៃ និងទៅតាមពេលវេលាសមស្រប។ ប្រសិនបើអ្នក ឬនរណាម្នាក់ដែលអ្នកកំពុងជួយ មានបញ្ហាគំហើញ និង/ឬការស្តាប់ដែលរារាំងដល់ការទំនាក់ទំនង អ្នកមានសិទ្ធិទទួលបានជំនួយ និងសេវាកម្មចាំបាច់នានាដោយឥតគិតថ្លៃ និងក្នុងពេលវេលាសមស្រប។ ដើម្បីទទួលបានសេវាកម្មបកប្រែ ឬសេវាកម្មចាំបាច់នានាសូមទាក់ទង សេវាកម្មសមាជិក តាមរយៈលេខ 1-833-510-4727 (Relay 711)។
Portuguese:	Se tiver dúvidas acerca da Ambetter from PA Health & Wellness, 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 1-833-510-4727 (Relay 711).

Declaración de No Discriminación

Ambetter de PA Health & Wellness está suscrito por Pennsylvania Health & Wellness, Inc. que es un emisor del Plan de salud calificado en el Mercado de seguros de salud de Pennsylvania. Pennsylvania Health & Wellness, Inc. 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. © 2023 Pennsylvania Health & Wellness, Inc. Todos los derechos reservados. [Ambetter.PAhealthwellness.com](https://www.Ambetter.PAhealthwellness.com)

Si usted, o alguien a quien está ayudando, tiene preguntas acerca de Ambetter de PA Health & Wellness 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 1-833-510-4727 (Servicio de Retransmisión 711). Si considera que Pennsylvania Health & Wellness, Inc. 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 1-833-510-4727 (Servicio de Retransmisión 711). También puede presentar una queja por teléfono al 1-833-510-4727 (Servicio de Retransmisión 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-PA-C-00056

Ambetter de PA Health & Wellness está suscrito por Pennsylvania Health & Wellness, Inc. que es un emisor del Plan de salud calificado en el Mercado de seguros de salud de Pennsylvania. Esta es publicidad de seguro. © 2023 Pennsylvania Health & Wellness, Inc. Todos los derechos reservados.