



El Resumen de beneficios y cobertura (SBC) le ayudará a escoger un [plan](#) de salud. El SBC muestra cómo usted y el [plan](#) compartirían los costos de los servicios de atención de salud 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, visite <https://ambetter-es.wellcarenewjersey.com/2025-brochures.html> o llame al 1-844-606-1926 (TTY 711). Para ver las definiciones de términos frecuentes, como [cantidad permitida](#), [facturación de saldo](#), [coseguro](#), [copago](#), [deducible](#), [proveedor](#) u otros términos subrayados, consulte el glosario. Puede consultar el glosario en <https://www.healthcare.gov/sbc-glossary> o llamar al 1-844-606-1926 (TTY 711) para pedir una copia.

| Preguntas importantes                                                                       | Respuestas                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | Por qué es importante:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
|---------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ¿Cuánto es el <a href="#">deducible</a> total?                                              | \$700 por miembro/\$1,400 por familia.                                                                                                                                                                                                                                                                            | En general, debe pagar todos los costos de los proveedores hasta la cantidad <a href="#">deducible</a> antes de que este <a href="#">plan</a> comience a pagar. Si tiene otros familiares en el <a href="#">plan</a> , cada familiar debe satisfacer su propio <a href="#">deducible</a> individual hasta que la cantidad total de gasto <a href="#">deducibles</a> pagados por todos los familiares satisfagan el <a href="#">deducible</a> familiar total.                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| ¿Hay servicios cubiertos antes de alcanzar su <a href="#">deducible</a> ?                   | Sí. Los servicios de <a href="#">atención preventiva</a> , de atención primaria, los médicos especialistas y las consultas de <a href="#">atención de urgencia</a> y ciertos medicamentos recetados están cubiertos antes de que alcance su <a href="#">deducible</a> (ver información adicional a continuación). | 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 atención de <a href="#">proveedores de la red</a> : \$3,050 por miembro/\$6,100 por familia. No se aplica a <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 otros miembros de su familia pertenecen a este <a href="#">plan</a> , estos tienen que alcanzar sus propios <a href="#">límites de gastos de bolsillo</a> hasta que se alcance el <a href="#">límite de gastos de bolsillo</a> general de la familia.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| ¿Qué es lo que no está incluido en el <a href="#">límite de gastos de bolsillo</a> ?        | <a href="#">Primas</a> , cargos de <a href="#">facturación de saldo</a> , multas por no obtener <a href="#">autorización previa</a> para los servicios y atención de salud que este <a href="#">plan</a> no cubre.                                                                                                | Aunque pague estos gastos, no cuentan para el <a href="#">límite de gastos de bolsillo</a> .                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| ¿Pagará menos si acude a un <a href="#">proveedor de la red</a> ?                           | Sí. Visite <a href="https://ambetter.wellcarenewjersey.com/findadoc">https://ambetter.wellcarenewjersey.com/findadoc</a> o llame al 1-844-606-1926 (TTY 711) para obtener una lista de <a href="#">proveedores de la red</a> .                                                                                    | Este <a href="#">plan</a> utiliza una <a href="#">red</a> de <a href="#">proveedores</a> . Pagará menos si usa un <a href="#">proveedor</a> que esté incluido en la <a href="#">red</a> del <a href="#">plan</a> . Pagará más si acude a un <a href="#">proveedor fuera de la red</a> , y es posible que reciba una factura de un <a href="#">proveedor</a> por la diferencia entre el cargo del <a href="#">proveedor</a> y lo que su <a href="#">plan</a> paga ( <a href="#">facturación de saldo</a> ). Tenga en cuenta que su <a href="#">proveedor de la red</a> puede usar un <a href="#">proveedor fuera de la red</a> para algunos servicios (como análisis de laboratorio). Consulte con su <a href="#">proveedor</a> antes de recibir los servicios. |

| Preguntas importantes                                                                                  | Respuestas | Por qué es importante:                                                                         |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ¿Necesita una <a href="#">remisión</a> del médico para atenderse con un <a href="#">especialista</a> ? | No.        | Puede ver al <a href="#">especialista</a> que usted elija sin una <a href="#">derivación</a> . |



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

| Circunstancia médica común                                      | Servicios que podría necesitar                                                | Lo que usted pagará                                                                                                                                                                                                                                         |                                                    | Limitaciones, excepciones y otra información importante                                                                                                                                                                                                                                                               |
|-----------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                                 |                                                                               | Proveedor de la red (usted pagará el mínimo)                                                                                                                                                                                                                | Proveedor fuera de la red (usted pagará el máximo) |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| Si acude al consultorio o clínica del <a href="#">proveedor</a> | Consulta con su médico de atención primaria para tratar una afección o lesión | \$10 <a href="#">Copago</a> / visita; <a href="#">deducible</a> no se aplica                                                                                                                                                                                | Sin cobertura                                      | Las Consultas de Atención Virtuales Ilimitadas, disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana, que reciba por parte del <a href="#">proveedor</a> de telesalud designado de Ambetter están cubiertas Sin Cargo, los proveedores cuentan con cobertura completa y no se aplica <a href="#">deducible</a> . |
|                                                                 | Consulta con un <a href="#">especialista</a>                                  | \$25 <a href="#">Copago</a> / visita; <a href="#">deducible</a> no se aplica                                                                                                                                                                                | Sin cobertura                                      | Ninguno                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
|                                                                 | <a href="#">Atención preventiva/exámenes</a> /vacunas                         | Sin cargo; <a href="#">deducible</a> no se aplica                                                                                                                                                                                                           | Sin cobertura                                      | Es posible que tenga que pagar por los servicios que no son preventivos. Consulte a su <a href="#">proveedor</a> si los servicios que necesita son preventivos y luego verifique qué es lo que pagará el <a href="#">plan</a> .                                                                                       |
| Si se realiza un examen                                         | <a href="#">Exámenes de diagnóstico</a> (radiografías, análisis de sangre)    | \$20 <a href="#">Copago</a> / visita; <a href="#">deducible</a> no se aplica para servicios profesionales y de laboratorio<br><br>\$25 <a href="#">Copago</a> / visita; <a href="#">deducible</a> no se aplica para diagnóstico por imágenes y radiografías | Sin cobertura                                      | Se podría requerir una autorización previa. Cubierto sin límite. Otros lugares de servicio pueden ser un hospital, una sala de emergencias o un centro para pacientes ambulatorios.<br><br>Si no obtiene una autorización previa para los servicios que la requieran, eso dará lugar al rechazo de los beneficios.    |

| Circunstancia médica común                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | Servicios que podría necesitar                                                                                                               | Lo que usted pagará                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                    | Limitaciones, excepciones y otra información importante                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                              | Proveedor de la red (usted pagará el mínimo)                                                                                                                                                                                                                                                | Proveedor fuera de la red (usted pagará el máximo) |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                              | 20% <a href="#">Coseguro</a> para servicios de laboratorio y profesionales, y radiografías y diagnóstico por imágenes en otros lugares de servicio                                                                                                                                          |                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | Diagnóstico por imágenes (tomografía computarizada (CT)/tomografía por emisión de positrones (PET), imágenes por resonancia magnética (MRI)) | 20% <a href="#">Coseguro</a>                                                                                                                                                                                                                                                                | Sin cobertura                                      | Se podría requerir una autorización previa. Cubierto sin límite.                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| <b>Si necesita un medicamento para tratar su enfermedad o condición médica</b><br><br>Hay más información disponible sobre la <a href="https://ambetter.wellcarenewjersey.com/2025/formulary">cobertura de medicamentos recetados</a> en <a href="https://ambetter.wellcarenewjersey.com/2025/formulary">https://ambetter.wellcarenewjersey.com/2025/formulary</a> . | Medicamentos genéricos                                                                                                                       | Nivel 1a: Venta minorista de medicamentos genéricos preferidos: \$13.80 <a href="#">Copago</a> / receta; <a href="#">deducible</a> no se aplica<br><br>Nivel 1b: Venta minorista de medicamentos genéricos: \$13.80 <a href="#">Copago</a> / receta; <a href="#">deducible</a> no se aplica | Sin cobertura                                      | Se podría requerir una autorización previa. Los medicamentos recetados se entregan en suministros de hasta 30 días a través de venta minorista y de hasta 90 días a través de los servicios de compra por correo. Las compras por correo están sujetas a un monto de <a href="#">costo compartido</a> 3 veces mayor que el de venta minorista. |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | Medicamentos de marca preferidos                                                                                                             | Nivel 2: Venta minorista: 20% <a href="#">Coseguro</a>                                                                                                                                                                                                                                      | Sin cobertura                                      | Se podría requerir una autorización previa. Los medicamentos recetados se entregan en suministros de hasta 30 días a través de venta minorista y de hasta 90 días a través de los servicios de compra por correo. Las compras por correo están sujetas a un monto de <a href="#">costo compartido</a> 3 veces mayor que el de venta minorista. |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | Medicamentos de marca no preferidos y genéricos no preferidos                                                                                | Nivel 3: Venta minorista: 25% <a href="#">Coseguro</a>                                                                                                                                                                                                                                      | Sin cobertura                                      | Se podría requerir una autorización previa. Los medicamentos recetados se entregan en suministros de hasta 30 días a través de venta minorista y de hasta 90 días a través de los servicios de compra por correo. Las compras por correo están sujetas a un monto de <a href="#">costo compartido</a> 3 veces mayor que el de venta minorista. |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | <a href="#">Medicamentos de especialidad</a>                                                                                                 | Nivel 4: Venta minorista: 30% <a href="#">Coseguro</a>                                                                                                                                                                                                                                      | Sin cobertura                                      | Se podría requerir una autorización previa. Los medicamentos recetados se entregan en suministros de hasta 30 días a través de                                                                                                                                                                                                                 |

| Circunstancia médica común                                                               | Servicios que podría necesitar                            | Lo que usted pagará                                                                                                                                                                                 |                                                    | Limitaciones, excepciones y otra información importante                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
|------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                                                          |                                                           | Proveedor de la red (usted pagará el mínimo)                                                                                                                                                        | Proveedor fuera de la red (usted pagará el máximo) |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                                                                                          |                                                           |                                                                                                                                                                                                     |                                                    | venta minorista y de hasta 30 días a través de los servicios de compra por correo.                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| Si le hacen una cirugía ambulatoria                                                      | Tarifa del centro (p. ej., centro de cirugía ambulatoria) | 20% <a href="#">Coseguro</a>                                                                                                                                                                        | Sin cobertura                                      | Se podría requerir una autorización previa. Cubierto sin límite.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|                                                                                          | Tarifas del médico/cirujano                               | 20% <a href="#">Coseguro</a>                                                                                                                                                                        | Sin cobertura                                      | Se podría requerir una autorización previa. Cubierto sin límite.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| Si necesita atención médica inmediata                                                    | <a href="#">Atención en la sala de emergencias</a>        | 20% <a href="#">Coseguro</a>                                                                                                                                                                        | 20% <a href="#">Coseguro</a>                       | Ninguno                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
|                                                                                          | <a href="#">Transporte médico de emergencia</a>           | 20% <a href="#">Coseguro</a>                                                                                                                                                                        | 20% <a href="#">Coseguro</a>                       | Cubierto sin límite. Nota: No se requiere autorización previa para el transporte de emergencia. Sin embargo, todo transporte que no sea de emergencia requiere autorización previa. Si recibe servicios de un <a href="#">proveedor</a> de ambulancia terrestre o acuática fuera de la <a href="#">red</a> , es posible que deba pagar una <a href="#">facturación de saldo</a> . |
|                                                                                          | <a href="#">Atención de urgencia</a>                      | \$50 <a href="#">Copago</a> / visita; <a href="#">deducible</a> no se aplica                                                                                                                        | \$50 <a href="#">Copago</a> / visita               | Ninguno                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| Si necesita hospitalización                                                              | Tarifa del centro (p. ej., habitación del hospital)       | 20% <a href="#">Coseguro</a>                                                                                                                                                                        | Sin cobertura                                      | Se podría requerir una autorización previa. Cubierto sin límite.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|                                                                                          | Tarifas del médico/cirujano                               | 20% <a href="#">Coseguro</a>                                                                                                                                                                        | Sin cobertura                                      | Se podría requerir una autorización previa. Cubierto sin límite.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| Si necesita servicios de salud mental, salud del comportamiento o de abuso de sustancias | Servicios para pacientes ambulatorios                     | Visita al consultorio: \$10 <a href="#">Copago</a> / visita; <a href="#">deducible</a> no se aplica; Otros servicios para pacientes ambulatorios: Sin cargo; <a href="#">deducible</a> no se aplica | Sin cobertura                                      | Se podría requerir una autorización previa. Cubierto sin límite. (No se necesita autorización previa para las visitas al consultorio del <a href="#">proveedor de atención primaria</a> (PCP) o de otro médico).                                                                                                                                                                  |
|                                                                                          | Servicios para pacientes hospitalizados                   | 20% <a href="#">Coseguro</a>                                                                                                                                                                        | Sin cobertura                                      | Se podría requerir una autorización previa. Cubierto sin límite.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |

| Circunstancia médica común                                                                 | Servicios que podría necesitar                        | Lo que usted pagará                                                                                                                                         |                                                    | Limitaciones, excepciones y otra información importante                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
|--------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                                                            |                                                       | Proveedor de la red (usted pagará el mínimo)                                                                                                                | Proveedor fuera de la red (usted pagará el máximo) |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| <b>Si está embarazada</b>                                                                  | Visitas al consultorio                                | \$10 <a href="#">Copago</a> / visita; <a href="#">deducible</a> no se aplica                                                                                | Sin cobertura                                      | No se requiere autorización previa para los partos dentro del plazo estándar según las leyes federales, pero puede ser necesaria para otros servicios. El <a href="#">costo compartido</a> no se aplica a los <a href="#">servicios preventivos</a> , como los exámenes prenatales y postnatales de rutina. Según el tipo de servicios, podría aplicarse un <a href="#">coseguro</a> , un <a href="#">deducible</a> o un <a href="#">copago</a> . La atención por maternidad puede incluir pruebas y servicios descritos en otros apartados del Resumen de beneficios y cobertura (SBC) (p. ej., ecografía). |
|                                                                                            | Servicios profesionales para el nacimiento y el parto | 20% <a href="#">Coseguro</a>                                                                                                                                | Sin cobertura                                      | Se podría requerir una autorización previa. No se aplica <a href="#">costo compartido</a> a los <a href="#">servicios preventivos</a> . Según el tipo de servicios, podría aplicarse un <a href="#">coseguro</a> , un <a href="#">deducible</a> o un <a href="#">copago</a> . La atención por maternidad puede incluir pruebas y servicios descritos en otros apartados del Resumen de beneficios y cobertura (SBC) (p. ej., ecografía).                                                                                                                                                                     |
|                                                                                            | Servicios hospitalarios para el nacimiento y el parto | 20% <a href="#">Coseguro</a>                                                                                                                                | Sin cobertura                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| <b>Si necesita servicios de recuperación o tiene otras necesidades especiales de salud</b> | <a href="#">Atención de salud en el hogar</a>         | \$25 <a href="#">Copago</a> / visita; <a href="#">deducible</a> no se aplica                                                                                | Sin cobertura                                      | Se podría requerir una autorización previa. Cubierto sin límite.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
|                                                                                            | <a href="#">Servicios de rehabilitación</a>           | Atención ambulatoria: \$25 <a href="#">Copago</a> / visita; <a href="#">deducible</a> no se aplica<br>Servicios hospitalarios: 20% <a href="#">Coseguro</a> | Sin cobertura                                      | Pacientes ambulatorios: Se podría requerir una autorización previa. Los <a href="#">servicios de rehabilitación</a> para pacientes ambulatorios están limitados a 30 visitas al año por terapia (terapia ocupacional, fisioterapia, terapia cognitiva y terapia del habla). Nota: Los límites no se aplican para diagnósticos de trastorno por consumo de sustancias o de salud mental.<br>Pacientes hospitalizados: Se podría requerir una autorización previa. Cubierto sin límite.                                                                                                                        |

| Circunstancia médica común                                  | Servicios que podría necesitar                       | Lo que usted pagará                                                                                                                                        |                                                    | Limitaciones, excepciones y otra información importante                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
|-------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                             |                                                      | Proveedor de la red (usted pagará el mínimo)                                                                                                               | Proveedor fuera de la red (usted pagará el máximo) |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|                                                             | <a href="#">Servicios de rehabilitación</a>          | Atención ambulatoria: \$25 <a href="#">Copago</a> / visita; <a href="#">deducible</a> no se aplica<br>Servicios hospitalarios 20% <a href="#">Coseguro</a> | Sin cobertura                                      | Pacientes ambulatorios: Se podría requerir una autorización previa. Los <a href="#">servicios de rehabilitación</a> para pacientes ambulatorios están limitados a 30 visitas al año por terapia (terapia ocupacional, fisioterapia, terapia cognitiva y terapia del habla). Pacientes hospitalizados: Se podría requerir una autorización previa. Cubierto sin límite. |
|                                                             | <a href="#">Atención de enfermería especializada</a> | 20% <a href="#">Coseguro</a>                                                                                                                               | Sin cobertura                                      | Se podría requerir una autorización previa. Cubierto sin límite.                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
|                                                             | <a href="#">Equipos médicos duraderos</a>            | 20% <a href="#">Coseguro</a>                                                                                                                               | Sin cobertura                                      | Se podría requerir una autorización previa. Cubierto sin límite.                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
|                                                             | <a href="#">Servicios para enfermos terminales</a>   | 20% <a href="#">Coseguro</a>                                                                                                                               | Sin cobertura                                      | Se podría requerir una autorización previa. Cubierto sin límite.                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| <b>Si su hijo necesita servicios dentales o de la vista</b> | Examen ocular para niños                             | Sin cargo; No se aplica <a href="#">deducible</a>                                                                                                          | Sin cobertura                                      | Limitado a 1 consulta por año.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
|                                                             | Anteojos para niños                                  | Sin cargo; No se aplica <a href="#">deducible</a>                                                                                                          | Sin cobertura                                      | Se limita a 1 artículo por 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](#)).

- Atención a largo plazo.
- Atención de la vista de rutina (adultos).
- Atención dental (adultos)
- Atención dental (niños)
- Atención que no es de emergencia cuando viaja fuera de los EE. UU.
- Cirugía cosmética.
- Programas para bajar de peso.

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

- Acupuntura (la acupuntura está cubierta cuando se utiliza como alternativa a la anestesia)
- Atención de quiropráctico (limitada a 30 visitas por año).
- Audífonos (limitado a 1 audífono por oído cada 2 años)
- Cirugía bariátrica.
- Cuidado de los pies de rutina.
- Servicio privado de enfermería (solo se cubre como parte de un [plan](#) de atención de salud en el hogar)
- Servicios de aborto.
- Tratamiento de la infertilidad (la cobertura incluye la inseminación artificial y las dosis estándares, la duración del tratamiento y los ciclos de terapia de los medicamentos recetados utilizados para estimular la ovulación para la inseminación artificial o la concepción no asistida).

**Sus derechos de mantener la cobertura:** Hay organismos que pueden ayudarle si quiere mantener la cobertura después de que esta finalice. La información de contacto de esas agencias es: Ambetter from WellCare of New Jersey, 1-844-606-1926 (TTY 711); 550 Broad St Newark, New Jersey 07102; Administración de Seguridad de Beneficios para Empleados del Departamento de Trabajo, 1-866-444-EBSA (3272); u Programa de Plan Multiestatal de la Oficina de Gestión de Personal, <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 de Salud. Para obtener más información sobre el [Mercado](#), visite [www.getcovered.nj.gov](http://www.getcovered.nj.gov) o llame al 1-833-677-1010.



**Su derecho a presentar una queja o una apelación:** Hay organismos que pueden ayudarle si tiene un reclamo contra su [plan](#) por la denegación de una [reclamación](#). Este reclamo se denomina [queja](#) 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](#) por cualquier motivo a su [plan](#). Para obtener más información sobre sus derechos o sobre este aviso, o si necesita ayuda, comuníquese con 550 Broad St Newark, New Jersey 07102

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

La [cobertura esencial mínima](#) generalmente incluye [planes](#), [seguros de salud](#) 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 tributario para primas](#).

**¿Cumple este plan el valor mínimo estándar? No se aplica.**

Si su [plan](#) no cumple con el [valor mínimo estándar](#), es posible que sea elegible para recibir un [crédito tributario para primas](#) que le ayudará a pagar un [plan](#) en el [Mercado](#).

**Servicio de acceso a idiomas:**

Spanish (Español): Para obtener asistencia en Español, llame al 1-844-606-1926 (TTY 711).

Tagalog (Tagalog): Kung kailangan ninyo ang tulong sa Tagalog tumawag sa 1-844-606-1926 (TTY 711).

Chinese (中文): 如果需要中文的帮助, 请拨打这个号码 1-844-606-1926 (TTY 711).

Navajo (Dine): Dinek'ehgo shika at'ohwol ninisingo, kwijigo holne' 1-844-606-1926 (TTY 711).

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



## Acerca de estos ejemplos de cobertura:



**Esta no es una herramienta de cálculo de costos.** Los tratamientos que se muestran son solo ejemplos de cómo puede este [plan](#) cubrir la atención médica. Sus costos reales pueden variar según el tratamiento real que reciba, los precios que sus [proveedores](#) cobren y muchos otros factores. Fíjese en las cantidades de [costo compartido](#) ([deducibles](#), [copagos](#) y [coseguro](#)) y en los [servicios excluidos](#) por el [plan](#). Use esta información para comparar la parte de los costos que podría pagar con los distintos [planes](#) de salud. 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> | \$700 |
| ■ <a href="#">Médico especialista coseguro</a>                  | \$25  |
| ■ Hospital (centro) <a href="#">coseguro</a>                    | 20%   |
| ■ Otro <a href="#">coseguro</a>                                 | 20%   |

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> |
|--------------------------------|-----------------|

En este ejemplo, Peg pagaría:

| Costos compartidos                 |                |
|------------------------------------|----------------|
| <a href="#">Deducibles</a>         | \$700          |
| <a href="#">Copagos</a>            | \$400          |
| <a href="#">Coseguro</a>           | \$1,600        |
| Lo que no está cubierto            |                |
| Límites o exclusiones              | \$60           |
| <b>El total que Peg pagaría es</b> | <b>\$2,760</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> | \$700 |
| ■ <a href="#">Médico especialista copago</a>                    | \$25  |
| ■ Hospital (centro) <a href="#">coseguro</a>                    | 20%   |
| ■ Otro <a href="#">coseguro</a>                                 | 20%   |

Este EJEMPLO de evento incluye servicios como:

Visitas al consultorio del [médico de atención](#)

[primaria](#) (incluye la educación sobre enfermedades)

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

[Medicamentos recetados](#)

[Equipo médico duradero](#) (glucómetro)

|                                |                |
|--------------------------------|----------------|
| <b>Costo total del ejemplo</b> | <b>\$5,600</b> |
|--------------------------------|----------------|

En este ejemplo, Joe pagaría:

| Costos compartidos                 |                |
|------------------------------------|----------------|
| <a href="#">Deducibles</a>         | \$700          |
| <a href="#">Copagos</a>            | \$400          |
| <a href="#">Coseguro</a>           | \$600          |
| Lo que no está cubierto            |                |
| Límites o exclusiones              | \$20           |
| <b>El total que Joe pagaría es</b> | <b>\$1,720</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> | \$700 |
| ■ <a href="#">Médico especialista copago</a>                    | \$25  |
| ■ Hospital (centro) <a href="#">coseguro</a>                    | 20%   |
| ■ Otro <a href="#">coseguro</a>                                 | 20%   |

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> |
|--------------------------------|----------------|

En este ejemplo, Mia pagaría:

| Costos compartidos                 |                |
|------------------------------------|----------------|
| <a href="#">Deducibles</a>         | \$700          |
| <a href="#">Copagos</a>            | \$200          |
| <a href="#">Coseguro</a>           | \$300          |
| Lo que no está cubierto            |                |
| Límites o exclusiones              | \$0            |
| <b>El total que Mia pagaría es</b> | <b>\$1,200</b> |

|                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
|--------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>English:</b>    | If you, or someone you are helping, have questions about Ambetter from WellCare of New Jersey, 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 1-844-606-1926 (TTY 711).                                                                      |
| <b>Spanish:</b>    | Si usted, o alguien a quien está ayudando, tiene preguntas acerca de Ambetter from WellCare of New Jersey 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 1-844-606-1926 (TTY 711).                                                  |
| <b>Chinese:</b>    | 如果您，或是您正在協助的對象，有關於 Ambetter from WellCare of New Jersey 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 1-844-606-1926 (TTY 711)。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| <b>Korean:</b>     | 귀하 또는 귀하의 도움을 받는 분이 Ambetter from WellCare of New Jersey에 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 1-844-606-1926 (TTY 711)번으로 가입자 서비스부에 연락해주시오.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <b>Portuguese:</b> | Se tiver dúvidas acerca da Ambetter from WellCare of New Jersey, 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 1-844-606-1926 (TTY 711). |
| <b>Gujarati:</b>   | જો તમને અથવા તમે જેમની મદદ કરી રહ્યા હો એવી કોઈ વ્યક્તિને Ambetter from WellCare of New Jersey 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 1-844-606-1926 (TTY 711) પર સભ્યની સેવાઓનો સંપર્ક કરો.                                               |

|                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
|-----------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Polish:</b>        | Jeśli Ty lub osoba, której pomagasz, macie pytania dotyczące Ambetter from WellCare of New Jersey, 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 1-844-606-1926 (TTY 711).                                                     |
| <b>Italian:</b>       | Se Lei o una persona a cui sta fornendo assistenza ha domande su Ambetter from WellCare of New Jersey 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 1-844-606-1926 (TTY 711).                                                                            |
| <b>Arabic:</b>        | إذا كان لديك أو لدى شخص تساعد أسئلة حول Ambetter from WellCare of New Jersey، ولم تكن بارعًا باللغة الإنكليزية، فلديك 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، فلديك الحق في تلقي مساعدات وخدمات إضافية من دون أي تكلفة وفي الوقت المناسب. لتلقي خدمات الترجمة أو خدمات إضافية، يرجى الاتصال بخدمات الأعضاء على (1-844-606-1926 (TTY 711).                                                                                                                                                                                                                    |
| <b>Tagalog:</b>       | Kung ikaw, o ang iyong tinutulungan, ay may mga katanungan tungkol sa Ambetter from WellCare of New Jersey, at hindi ka mahusay sa Ingles, may karapatan ka na makakuha ng tulong at impormasyon sa iyong wika nang walang gastos at sa maagap na paraan. Kung ikaw, o ang iyong tinutulungan, ay may kondisyon sa pandinig at/o pannikin na nakakaapekto sa komunikasyon, may karapatan kang makatanggap ng mga karagdagang tulong at serbisyo nang walang gastos at sa maagap na paraan. Para makatanggap ng mga serbisyo sa pagsasalin o mga karagdagang serbisyo, mangyaring makipag-ugnayan sa Mga Serbisyo para sa Miyembro sa 1-844-606-1926 (TTY 711).                |
| <b>Russian:</b>       | Если у вас или у лица, которому вы помогаете, возникли какие-либо вопросы о программе страхования Ambetter from WellCare of New Jersey, 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 1-844-606-1926 (TTY 711). |
| <b>French Creole:</b> | Si ou menm, oswa yon moun w ap ede, gen kesyon sou Ambetter from WellCare of New Jersey, 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 1-844-606-1926 (TTY 711).                                                                                                                                       |
| <b>Hindi:</b>         | अगर आप या कोई ऐसा व्यक्ति जिसकी आप सहायता कर रहे हैं, के पास Ambetter from WellCare of New Jersey से जुड़े प्रश्न हैं और आप दोनों अंग्रेज़ी में माहिर नहीं हैं, तो आपको अपनी भाषा में मुफ्त और समय पर सहायता और जानकारी प्राप्त करने का अधिकार है. अगर आपको या किसी ऐसे व्यक्ति को जिसकी आप मदद कर रहे हैं, सुनने और/या देखने में समस्या होती है और इससे बातचीत बाधित होती है, तो आपको बिना किसी लागत के और समय पर सहायक सहायता और सेवाएं प्राप्त करने का अधिकार है. अनुवाद या सहायक सेवाएं प्राप्त करने के लिए कृपया 1-844-606-1926 (TTY 711) पर सदस्य सेवाएं से संपर्क करें.                                                                                                |

|                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
|--------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Vietnamese:</b> | Nếu quý vị hoặc người mà quý vị đang giúp đỡ có câu hỏi về Ambetter from WellCare of New Jersey 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 1-844-606-1926 (TTY 711).                                                          |
| <b>French:</b>     | Si vous-même ou une personne que vous aidez avez des questions à propos d'Ambetter from WellCare of New Jersey 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 1-844-606-1926 (TTY 711). |
| <b>Urdu:</b>       | اگر آپ، یا جس کی آپ مدد کر رہے ہیں وہ Ambetter from WellCare of New Jersey کے بارے میں سوالات کرنا چاہتے ہیں، اور وہ انگریزی میں ماہر نہیں ہیں، تو آپ کو اپنی زبان میں بلا معاوضہ اور بروقت مدد اور معلومات حاصل کرنے کا حق ہے۔ اگر آپ، یا جس کی آپ مدد کر رہے ہیں، انہیں سماعت اور/یا بصارت میں کوئی پریشانی درپیش ہے جس سے مواصلت میں رکاوٹ پیدا ہوتی ہے، تو آپ کو مفت اور بروقت معاون امداد اور خدمات حاصل کرنے کا حق ہے۔ ترجمہ یا معاون خدمات حاصل کرنے کے لیے، براہ کرم 1-844-606-1926 (TTY 711) پر ممبر سروسز سے رابطہ کریں۔                                                                            |

AMB24-NJ-C-00014

Ambetter from WellCare of New Jersey is underwritten by WellCare Health Insurance Company of New Jersey, Inc. which is a Qualified Health Plan issuer in the New Jersey Health Insurance Marketplace. This is a solicitation for insurance. ©2024 WellCare Health Insurance Company of New Jersey, Inc., Ambetter.WellCareNewJersey.com. If you, or someone you're helping, have questions about Ambetter from WellCare of New Jersey, 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're 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 1-844-606-1926 (TTY 711). For more information on your right to receive an Ambetter from WellCare of New Jersey plan free of discrimination, or your right to receive language, auditory and/or visual assistance services, please visit AmbetterHealth.com and scroll to the bottom of the page.