




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://www-es.ambetterhealthofdelaware.com/2025-brochures.html](https://www.es.ambetterhealthofdelaware.com/2025-brochures.html) o llame al 1-833-919-3214 (TTY 711). Para ver las definiciones de términos frecuentes, como [cantidad permitida](#), [facturación de saldo](#), [coseguro](#), [copago](#), [deducible](#), [proveedor](#) u otros términos [subrayados](#), consulte el glosario. Puede consultar el glosario en <https://www.healthcare.gov/sbc-glossary> o llamar al 1-833-919-3214 (TTY 711) para pedir una copia.

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué es importante:
¿Cuánto es el deducible total ?	\$0 por miembro/\$0 por familia.	Consulte la tabla de Circunstancias médicas comunes abajo para conocer los costos de los servicios que cubre este plan .
¿Hay servicios cubiertos antes de alcanzar su deducible ?	Sí. Las consultas médicas y ciertos medicamentos recetados están cubiertos antes de que alcance su deducible (ver información adicional a continuación).	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?	\$100 persona / \$200 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 atención de proveedores de la red : \$1,050 por miembro/\$2,100 por familia. No se aplica a proveedores fuera de la red .	El límite de gastos de bolsillo es lo máximo que puede pagar en un año por servicios cubiertos. Si otros miembros de su familia pertenecen a este plan , estos tienen que alcanzar sus propios límites de gastos de bolsillo hasta que se alcance el límite de gastos de bolsillo general de la familia.
¿Qué es lo que no está incluido en el límite de gastos de bolsillo ?	Primas , cargos de facturación de saldo , multas por no obtener autorización previa para los servicios y atención de salud que este plan no cubre.	Aunque pague estos gastos, no cuentan para el límite de gastos de bolsillo .
¿Pagará menos si acude a un proveedor de la red ?	Sí. Visite https://ambetterhealthofdelaware.com/findadoc o llame al 1-833-919-3214 (TTY 711) para obtener 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 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 remisión del médico 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 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	\$3 Copago / visita	Sin cobertura	Cubierto sin límite.
	Consulta con un especialista	\$10 Copago / visita	Sin cobertura	Ninguno
	Atención preventiva/exámenes /vacunas	Sin cargo	Sin cobertura	Es posible que tenga que pagar por los servicios que no son preventivos. Consulte a su proveedor si los servicios que necesita son preventivos y luego verifique qué es lo que pagará el plan .
Si se realiza un examen	Exámenes de diagnóstico (radiografías, análisis de sangre)	\$10 Copago / visita para servicios profesionales y de laboratorio 25% Coseguro para diagnóstico por imágenes y radiografías 25% Coseguro para servicios de laboratorio y profesionales, y radiografías y diagnóstico por imágenes en otros lugares de servicio	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. Si no obtiene una autorización previa para los servicios que la requieran, eso dará lugar al rechazo de los beneficios.
	Diagnóstico por imágenes (tomografía computarizada (CT)/tomografía por emisión de positrones (PET), imágenes por resonancia magnética (MRI))	25% Coseguro	Sin cobertura	Se podría requerir una autorización previa. Cubierto sin límite.
	Medicamentos genéricos	Nivel 1a: Venta minorista de medicamentos	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)	
<p>Si necesita un medicamento para tratar su enfermedad o condición médica</p> <p>Hay más información disponible sobre la cobertura de medicamentos recetados en https://ambetterhealthofdelaware.com/2025formulary.</p>		<p>genéricos preferidos: \$3 Copago / receta</p> <p>Nivel 1b: Venta minorista de medicamentos genéricos: \$3 Copago / receta</p>		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 costo compartido 2.5 veces mayor que el de venta minorista.
	Medicamentos de marca preferidos	Nivel 2: Venta minorista: 45% Coseguro ; sujeto al deducible de medicamentos Rx	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 costo compartido 2.5 veces mayor que el de venta minorista. \$100 por miembro/\$200 por familia de deducible para medicamentos recetados para medicamentos de marca preferidos y no preferidos de especialidad .
	Medicamentos de marca no preferidos y genéricos no preferidos	Nivel 3: Venta minorista: 45% Coseguro ; sujeto al deducible de medicamentos Rx	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 30 días a través de los servicios de compra por correo. \$100 por miembro/\$200 por familia de deducible para medicamentos recetados de marca preferidos, de marca no preferidos y de especialidad .
	Medicamentos de especialidad	Nivel 4: Venta minorista: 50% Coseguro ; sujeto al deducible de medicamentos Rx. Se aplica un máximo de \$150 después de cubrir el deducible	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 30 días a través de los servicios de compra por correo. \$100 por miembro/\$200 por familia de deducible para medicamentos recetados de marca preferidos, de marca no preferidos y de especialidad .
<p>Si le hacen una cirugía ambulatoria</p>	Tarifa del centro (p. ej., centro de cirugía ambulatoria)	25% Coseguro	Sin cobertura	Se podría requerir una autorización previa. Cubierto sin límite.
	Tarifas del médico/cirujano	25% Coseguro	Sin cobertura	Se podría requerir una autorización previa. Cubierto sin límite.
<p>Si necesita atención médica inmediata</p>	Atención en la sala de emergencias	25% Coseguro	25% Coseguro	Ninguno

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)	
	Transporte médico de emergencia	25% Coseguro	25% Coseguro	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 proveedor de ambulancia terrestre o acuática fuera de la red , es posible que deba pagar una facturación de saldo .
	Atención de urgencia	\$10 Copago / visita	Sin cobertura	Ninguno
Si necesita hospitalización	Tarifa del centro (p. ej., habitación del hospital)	25% Coseguro	Sin cobertura	Se podría requerir una autorización previa. Cubierto sin límite.
	Tarifas del médico/cirujano	25% Coseguro	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: \$3 Copago / visita; Otros servicios para pacientes ambulatorios: 25% Coseguro	Sin cobertura	Se podría requerir una autorización previa. Cubierto sin límite. (No se necesita autorización previa para las visitas al consultorio del proveedor de atención primaria (PCP) o de otro médico).
	Servicios para pacientes hospitalizados	25% Coseguro	Sin cobertura	Se podría requerir una autorización previa. Cubierto sin límite.
Si está embarazada	Visitas al consultorio	\$3 Copago / visita	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 costo compartido no se aplica a los servicios preventivos , como los exámenes prenatales y postnatales de rutina. Según el tipo de servicios, podría aplicarse un coseguro , un deducible o un copago . La atención por maternidad puede incluir pruebas y servicios descritos en otros apartados del Resumen de beneficios y cobertura (SBC) (p. ej., ecografía).

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)	
	Servicios profesionales para el nacimiento y el parto	25% Coseguro	Sin cobertura	Se podría requerir una autorización previa. No se aplica costo compartido a los servicios preventivos . Según el tipo de servicios, podría aplicarse un coseguro , un deducible o un copago . 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	25% Coseguro	Sin cobertura	
Si necesita servicios de recuperación o tiene otras necesidades especiales de salud	Atención de salud en el hogar	25% Coseguro	Sin cobertura	Se podría requerir una autorización previa. Se limita a 100 visitas por año.
	Servicios de rehabilitación	Atención ambulatoria: 25% Coseguro Servicios hospitalarios: 25% Coseguro	Sin cobertura	Atención ambulatoria: Se podría requerir una autorización previa. Se limita a 30 visitas al año (combinadas para terapia ocupacional y fisioterapia); se limita a 30 visitas al año para terapia del habla. Nota: Los límites no se aplican para tratamiento de trastorno por consumo de sustancias o de salud mental. Servicios hospitalarios Se podría requerir una autorización previa. Cubierto sin límite.
	Servicios de habilitación	Pacientes ambulatorios: 25% Coseguro Pacientes hospitalizados: 25% Coseguro	Sin cobertura	Pacientes ambulatorios: Se podría requerir una autorización previa. Se limita a 30 visitas al año (combinadas para terapia ocupacional y fisioterapia); se limita a 30 visitas al año para terapia del habla. Nota: Los límites no se aplican para tratamiento de trastorno por consumo de sustancias o de salud mental. Pacientes hospitalizados: Se podría requerir una autorización previa. Cubierto sin límite.
	Atención de enfermería especializada	25% Coseguro	Sin cobertura	Se podría requerir una autorización previa. Se limita a 120 días por admisión en un

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)	
				centro. Los beneficios se renuevan después de 180 días sin atención.
	Equipos médicos duraderos	25% Coseguro	Sin cobertura	Se podría requerir una autorización previa. Cubierto sin límite.
	Servicios para enfermos terminales	25% Coseguro	Sin cobertura	Se podría requerir una autorización previa. Cubierto sin límite.
Si su hijo necesita servicios dentales o de la vista	Examen ocular para niños	Sin cargo	Sin cobertura	Limitado a 1 consulta por año.
	Anteojos para niños	Sin cargo	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).		
<ul style="list-style-type: none"> • Aborto (excepto en casos de violación, incesto o cuando la vida de la miembro está en peligro) • Acupuntura • Atención a largo plazo. 	<ul style="list-style-type: none"> • Atención dental (niños) • Atención que no es de emergencia cuando viaja fuera de los EE. UU. 	<ul style="list-style-type: none"> • 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](#)).

- Atención de quiropráctico (limitada a 30 visitas por año).
- Atención médica de la vista de rutina (adultos: una consulta y un artículo por año; la cobertura asignada en dólares se aplica a artículos físicos).
- Atención odontológica (Se aplican los límites anuales de visitas y artículos para adultos. Límite anual de \$1000 al año por persona).
- Audífonos (limitado a 1 audífono por oído cada 3 años)
- Cirugía bariátrica.
- Cuidado de los pies de rutina.
- Enfermería privada.
- Tratamiento de la infertilidad.

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 Health of Delaware, 1-833-919-3214 (TTY 711); Delaware Department of Insurance, Insurance Commissioner, 1351 West North Street, Suite 101 Dover, DE 19904, (302) 674-7300.; 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.HealthCare.gov o llame al 1-800-318-2596.

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 Delaware Department of Insurance, Insurance Commissioner, 1351 West North Street, Suite 101 Dover, DE 19904, (302) 674-7300.

¿Este plan proporciona cobertura esencial mínima? Sí.

La [cobertura esencial mínima](#) generalmente incluye [planes](#), [seguros 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 1-833-919-3214 (TTY 711).

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

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

Navajo (Dine): Dinek'ehgo shika at'ohwol ninisingo, kwijigo holne' 1-833-919-3214 (TTY 711).

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

Acerca de estos ejemplos de cobertura:



Esta no es una herramienta de cálculo de costos. Los tratamientos que se muestran son solo ejemplos de cómo puede este [plan](#) cubrir la atención médica. Sus costos reales pueden variar según el tratamiento real que reciba, los precios que sus [proveedores](#) cobren y muchos otros factores. Fíjese en las cantidades de [costo compartido](#) ([deducibles](#), [copagos](#) y [coseguro](#)) y en los [servicios excluidos](#) por el [plan](#). Use esta información para comparar la parte de los costos que podría pagar con los distintos [planes](#) 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 deducible general del plan	\$0
■ Médico especialista copago	\$10
■ Hospital (centro) coseguro	25%
■ Otro coseguro	25%

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:

Costos compartidos	
Deducibles*	\$0
Copagos	\$200
Coseguro	\$900
Lo que no está cubierto	
Límites o exclusiones	\$60
El total que Peg pagaría es	\$1,110

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	\$0
■ Médico especialista copago	\$10
■ Hospital (centro) coseguro	25%
■ Otro coseguro	25%

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)

Costo total del ejemplo	\$5,600
--------------------------------	----------------

En este ejemplo, Joe pagaría:

Costos compartidos	
Deducibles*	\$100
Copagos	\$100
Coseguro	\$800
Lo que no está cubierto	
Límites o exclusiones	\$20
El total que Joe pagaría es	\$1,020

Fractura simple de Mia

(visita a la sala de emergencias dentro de la red y atención de seguimiento)

■ El deducible general del plan	\$0
■ Médico especialista copago	\$10
■ Hospital (centro) coseguro	25%
■ Otro coseguro	25%

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:

Costos compartidos	
Deducibles*	\$0
Copagos	\$30
Coseguro	\$600
Lo que no está cubierto	
Límites o exclusiones	\$0
El total que Mia pagaría es	\$630

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



English:	If you, or someone you are helping, have questions about Ambetter Health of Delaware, and are not proficient in English, you have the right to get help and information in your language at no cost and in a timely manner. If you, or someone you are helping, have an auditory and/or visual condition that impedes communication, you have the right to receive auxiliary aids and services at no cost and in a timely manner. To receive translation or auxiliary services, please contact Member Services at 1-833-919-3214 (TTY 711).
Spanish:	Si usted, o alguien a quien está ayudando, tiene preguntas acerca de Ambetter Health of Delaware y no domina el inglés, tiene derecho a obtener ayuda e información en su idioma sin costo alguno y de manera oportuna. Si usted, o alguien a quien está ayudando, tiene un impedimento auditivo o visual que le dificulta la comunicación, tiene derecho a recibir ayuda y servicios auxiliares sin costo alguno y de manera oportuna. Para recibir servicios auxiliares o de traducción, comuníquese con Servicios para Miembros al 1-833-919-3214 (TTY 711).
Chinese:	如果您，或是您正在協助的對象，有關於 Ambetter Health of Delaware 方面的問題，且不精通英語，您有權利免費並及時以您的母語獲幫助和訊息。如果您，或您正在協助的對象有聽力和/或視力上的問題，阻礙了溝通，您有權利免費並及時獲得輔助支援與服務。若要取得翻譯或輔助服務，請聯絡會員服務部，電話是 1-833-919-3214 (TTY 711)。
Frenche Creole:	Si ou menm, oswa yon moun w ap ede, gen kesyon sou Ambetter Health of Delaware, epi nou pa mètrize Anglè, nou gen dwa pou jwenn èd ak enfòmasyon nan lang nou gratis epi nan moman ki apwopriye a. Si ou menm, oswa yon moun w ap ede, gen yon pwoblèm pou tande ak/oswa yon pwoblèm pou wè ki pètibe kominikasyon nou, nou gen dwa pou resevwa asistans ak sèvis oksilyè gratis epi nan moman ki apwopriye a. Pou resevwa sèvis tradiksyon oswa sèvis oksilyè yo, tanpri kontakte Sèvis Manm yo nan 1-833-919-3214 (TTY 711).
Gujarati:	જો તમને અથવા તમે જેમની મદદ કરી રહ્યા હો એવી કોઈ વ્યક્તિને Ambetter Health of Delaware વિશે પ્રશ્નો હોય અને અંગ્રેજીમાં પ્રવીણ ન હોય, તો તમને કોઈ ખર્ચ કર્યા વિના અને સમયસર તમારી ભાષામાં મદદ તથા માહિતી મેળવવાનો અધિકાર છે. જો તમે અથવા તમે જેમની મદદ કરી રહ્યા હો એવી કોઈ વ્યક્તિ શ્રવણશક્તિ અને/અથવા દૃષ્ટિવિષયક અવસ્થાથી પીડિત હોય કે જે સંચારને અવરોધતી હોય, તો તમને કોઈ ખર્ચ કર્યા વિના અને સમયસર સહાયક સહાય તથા સેવાઓ પ્રાપ્ત કરવાનો અધિકાર છે. અનુવાદ અથવા સહાયક સેવાઓ પ્રાપ્ત કરવા માટે, કૃપા કરીને 1-833-919-3214 (TTY 711) પર સભ્યની સેવાઓનો સંપર્ક કરો.
French:	Si vous-même ou une personne que vous aidez avez des questions à propos d'Ambetter Health of Delaware et que vous ne maîtrisez pas l'anglais, vous pouvez bénéficier gratuitement et en temps utile d'aide et d'informations dans votre langue. Si vous-même ou une personne que vous aidez souffrez d'un trouble auditif ou visuel qui entrave la communication, vous pouvez bénéficier gratuitement et en temps utile d'aides et de services auxiliaires. Pour profiter de services de traduction ou de services auxiliaires, veuillez contacter Services aux membres au 1-833-919-3214 (TTY 711).
Korean:	귀하 또는 귀하의 도움을 받는 분이 Ambetter Health of Delaware에 대한 질문이 있는 경우 영어에 능숙하지 않으시면 해당 언어로 시의적절하게 무료 지원과 정보를 받을 권리가 있습니다. 귀하 또는 귀하의 도움을 받는 분이 청각 및/또는 시각적으로 의사소통에 장애가 있는 경우 시의적절하게 무료 보조 도구 및 서비스를 받을 권리가 있습니다. 번역 또는 보조 서비스를 받으시려면 1-833-919-3214 (TTY 711)번으로 가입자 서비스부에 연락해주시요.

Italian:	Se Lei o una persona a cui sta fornendo assistenza ha domande su Ambetter Health of Delaware e non ha una perfetta padronanza della lingua inglese, ha il diritto di ricevere aiuto e informazioni nella Sua lingua gratuitamente e tempestivamente. Se Lei o una persona a cui sta fornendo assistenza presenta una condizione uditiva e/o visiva che impedisce la comunicazione, ha il diritto di ricevere servizi ausiliari gratuitamente e tempestivamente. Per ricevere una traduzione o un servizio ausiliario, contatti i Servizi per i membri al numero 1-833-919-3214 (TTY 711).
Vietnamese:	Nếu quý vị hoặc người mà quý vị đang giúp đỡ có câu hỏi về Ambetter Health of Delaware và không thành thạo tiếng Anh, quý vị có quyền được trợ giúp và nhận thông tin bằng ngôn ngữ của mình miễn phí và kịp thời. Nếu quý vị hoặc người mà quý vị đang giúp đỡ mắc bệnh về thính giác và/hoặc thị giác gây cản trở giao tiếp, quý vị có quyền được nhận các hỗ trợ và dịch vụ phụ trợ miễn phí và kịp thời. Để nhận dịch vụ thông dịch hoặc dịch vụ phụ trợ, vui lòng liên hệ bộ phận Dịch Vụ Thành Viên theo số 1-833-919-3214 (TTY 711).
German:	Falls Sie oder jemand, dem Sie helfen, Fragen zu Ambetter Health of Delaware hat und nicht Englisch spricht, haben Sie das Recht, kostenlos und zeitnah Hilfe und Informationen in Ihrer Sprache zu erhalten. Falls Sie oder jemand, dem Sie helfen, eine Hör- und/oder Sehbeeinträchtigung hat, die die Kommunikation beeinflusst, haben Sie das Recht, kostenlos und zeitnah zusätzliche Hilfe und Dienstleistungen zu erhalten. Um eine Übersetzung oder zusätzliche Dienstleistungen zu erhalten, wenden Sie sich an den Kundendienst unter 1-833-919-3214 (TTY 711).
Tagalog:	Kung ikaw, o ang iyong tinutulungan, ay may mga katanungan tungkol sa Ambetter Health of Delaware, at hindi ka mahusay sa Ingles, may karapatan ka na makakuha ng tulong at impormasyon sa iyong wika nang walang gastos at sa maagap na paraan. Kung ikaw, o ang iyong 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 pagsasalín o mga karagdagang serbisyo, mangyaring makipag-ugnayan sa Mga Serbisyo para sa Miyembro sa 1-833-919-3214 (TTY 711).
Hindi:	अगर आप या कोई ऐसा व्यक्ति जिसकी आप सहायता कर रहे हैं, के पास Ambetter Health of Delaware से जुड़े प्रश्न हैं और आप दोनों अंग्रेज़ी में माहिर नहीं हैं, तो आपको अपनी भाषा में मुफ्त और समय पर सहायता और जानकारी प्राप्त करने का अधिकार है। अगर आपको या किसी ऐसे व्यक्ति को जिसकी आप मदद कर रहे हैं, सुनने और/या देखने में समस्या होती है और इससे बातचीत बाधित होती है, तो आपको बिना किसी लागत के और समय पर सहायक सहायता और सेवाएं प्राप्त करने का अधिकार है। अनुवाद या सहायक सेवाएं प्राप्त करने के लिए कृपया 1-833-919-3214 (TTY 711) पर सदस्य सेवाएं से संपर्क करें।
Urdu:	اگر آپ، یا جس کی آپ مدد کر رہے ہیں وہ Ambetter Health of Delaware کے بارے میں سوالات کرنا چاہتے ہیں، اور وہ انگریزی میں ماہر نہیں ہیں، تو آپ کو اپنی زبان میں بلا معاوضہ اور بروقت مدد اور معلومات حاصل کرنے کا حق ہے۔ اگر آپ، یا جس کی آپ مدد کر رہے ہیں، انہیں سماعت اور/یا بصارت میں کوئی پریشانی درپیش 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 1-833-919-3214 (TTY 711) پر ممبر سروسز سے رابطہ کریں۔
Arabic:	إذا كان لديك أو لدى شخص تساعده أسئلة حول Ambetter Health of Delaware، 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 تساعده 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 (1-833-919-3214 (TTY 711)).

Telugu:

మీకు లేదా మీరు సహాయం చేస్తున్న ఎవరికైనా Ambetter Health of Delaware గురించి ప్రశ్నలు ఉంటే అలాగే ఆంగ్లంలో ప్రావీణ్యం లేకుంటే, ఎటువంటి ఖర్చు లేకుండా, సకాలంలో సహాయం అలాగే సమాచారాన్ని మీ భాషలో పొందే హక్కు మీకు ఉంది. మీరు, లేదా మీరు సహాయం చేస్తున్న ఎవరైనా, కమ్యూనికేషన్ కు ఆటంకం కలిగించే శ్రవణ మరియు/లేదా దృశ్యమాన స్థితిని కలిగి ఉంటే, ఎటువంటి ఖర్చు లేకుండా, సకాలంలో సహాయక సహాయాలు, సేవలను పొందే హక్కు మీకు ఉంటుంది. అనువాదం లేదా సహాయక సేవలను అందుకోవడానికి, దయచేసి 1-833-919-3214 (TTY 711) లో సభ్యుల సేవలను సంప్రదించండి.

Dutch:

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

AMB24-DE-C-00014

Ambetter Health of Delaware is underwritten by Celtic Insurance Company, which is a Qualified Health Plan issuer in the Delaware Health Insurance Marketplace. This is a solicitation for insurance. ©2024 Celtic Insurance Company, AmbetterHealthofDelaware.com. If you, or someone you're helping, have questions about Ambetter Health of Delaware, and are not proficient in English, you have the right to get help and information in your language at no cost and in a timely manner. If you, or someone you'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 1-833-919-3214 (TTY 711). For more information on your right to receive an Ambetter Health of Delaware 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.