



El Resumen de beneficios y cobertura (SBC) lo ayudará a escoger un [plan](#) de salud. El SBC muestra cómo usted y el [plan](#) compartirían los costos de los servicios de atención médica cubiertos. **NOTA:** La información sobre el costo de este [plan](#) (denominado [prima](#)) se proporcionará por separado. Este es solo un resumen. Para obtener más información sobre su cobertura u obtener una copia de los términos completos de la cobertura, visite <https://www-es.ambetterhealth.com/en/nh/2026-brochures.html> o llame al 1-844-265-1278 (TTY 1-855-742-0123). Para ver las definiciones de términos frecuentes, como [cantidad permitida](#), [facturación de saldo](#), [coseguro](#), [copago](#), [deducible](#), [proveedor](#) u otros términos subrayados, consulte el glosario. Puede consultar el glosario en <https://www.healthcare.gov/sbc-glossary> o llamar al 1-844-265-1278 (TTY 1-855-742-0123) para pedir una copia.

| Preguntas importantes | Respuestas | Por qué es importante: |
|---|---|--|
| ¿Cuánto es el deducible total? | \$7,500 por miembro/\$15,000 por familia. | En general, debe pagar todos los costos de los proveedores hasta la cantidad deducible antes de que este plan comience a pagar. Si tiene otros familiares en el plan , cada familiar debe satisfacer su propio deducible individual hasta que la cantidad total de gasto deducibles pagados por todos los familiares satisfagan el deducible familiar total. |
| ¿Hay servicios cubiertos antes de alcanzar su deducible ? | Sí. Los servicios de atención preventiva , de atención primaria, los médicos especialistas y las consultas de atención de urgencia 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? | No. | No debe pagar deducibles por servicios específicos. |
| ¿Cuánto es el límite de gastos de bolsillo para este plan ? | Para atención de proveedores de la red : \$10,000 por miembro/\$20,000 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 . |

| Preguntas importantes | Respuestas | Por qué es importante: |
|---|---|--|
| ¿Pagará menos si acude a un proveedor dentro de la red ? | Sí. Visite https://ambetterhealth.com/en/nh/findadoc o llame al 1-844-265-1278 (TTY 1-855-742-0123) 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 derivación para atenderse con un especialista ? | No. | Puede ver al especialista que usted elija sin una derivación . |

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

| Circunstancia médica común | Servicios que podría necesitar | Lo que usted pagará | | Limitaciones, excepciones y otra información importante |
|---|---|---|--|--|
| | | Proveedor dentro de la red (Usted pagará el mínimo) | Proveedor fuera de la red (Usted pagará el máximo) | |
| Si acude al consultorio o clínica del proveedor | Consulta con su médico de atención primaria para tratar una afección o lesión | \$50 Copago / visita; deducible no se aplica | Sin cobertura | Cubierto sin límite. |
| | Consulta con un especialista | \$100 Copago / visita; deducible no se aplica | Sin cobertura | Ninguno |
| | Atención preventiva/evaluación /vacunas | Sin cargo; deducible no se aplica | 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) | 50% Coseguro para servicios profesionales y de laboratorio 50% Coseguro para diagnóstico por imágenes y radiografías 50% Coseguro para servicios de laboratorio y profesionales, 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. 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 dentro de la red (Usted pagará el mínimo) | Proveedor fuera de la red (Usted pagará el máximo) | |
| | | y diagnóstico por imágenes en otros lugares de servicio | | |
| | Diagnóstico por imágenes (tomografía computarizada/ tomografía por emisión de positrones, imágenes por resonancia magnética) | 50% Coseguro | 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 dentro de la red (Usted pagará el mínimo) | Proveedor fuera de la red (Usted pagará el máximo) | |
| Si necesita un medicamento para tratar su enfermedad o condición médica. Hay más información disponible sobre la cobertura de medicamentos con receta médica en https://ambetterhealth.com/en/nh/2026formulary | Medicamentos genéricos | Nivel 1a: Venta minorista de medicamentos genéricos preferidos: \$25 Copago / receta; deducible no se aplica Nivel 1b: Venta minorista de medicamentos genéricos: \$25 Copago / receta; deducible 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 costo compartido 3 veces mayor que el de venta minorista. Los anticonceptivos aprobados por la FDA y los de venta libre no están sujetos a costo compartido . |
| | Medicamentos de marca preferidos | Nivel 2: Venta minorista: \$50 Copago / receta | 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 3 veces mayor que el de venta minorista. Los anticonceptivos aprobados por la FDA y los de venta libre no están sujetos a costo compartido . |
| | Medicamentos de marca no preferidos y genéricos no preferidos | Nivel 3: Venta minorista: \$100 Copago / receta | 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. Los anticonceptivos aprobados por la FDA y los de venta libre no están sujetos a costo compartido . |
| | Medicamentos de especialidad | Nivel 4: Venta minorista: \$500 Copago / receta | 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. Los anticonceptivos aprobados por la FDA y los de venta libre no están sujetos a costo compartido . |
| Si le hacen una cirugía ambulatoria | Tarifa del centro (p. ej., centro de cirugía ambulatoria) | 50% Coseguro | Sin cobertura | Se podría requerir una autorización previa. Cubierto sin límite. |
| | Tarifas del médico/cirujano | 50% Coseguro | 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 dentro de la red (Usted pagará el mínimo) | Proveedor fuera de la red (Usted pagará el máximo) | |
| Si necesita atención médica inmediata | Atención en la Sala de Emergencias | 50% Coseguro | 50% Coseguro | Ninguno |
| | Transporte médico de emergencia | 50% Coseguro | 50% 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 | \$75 Copago / visita; deducible no se aplica | \$75 Copago / visita | Ninguno |
| Si necesita hospitalización | Tarifa del centro (p. ej., habitación del hospital) | 50% Coseguro | Sin cobertura | Se podría requerir una autorización previa. Cubierto sin límite. |
| | Tarifas del médico/cirujano | 50% Coseguro | Sin cobertura | Se podría requerir una autorización previa. Cubierto sin límite. |
| Si necesita servicios de salud mental, salud conductual o de abuso de sustancias | Servicios para pacientes ambulatorios | Visita al consultorio: \$50 Copago / visita; deducible no se aplica; Otros servicios para pacientes ambulatorios: 50% 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 | 50% Coseguro | Sin cobertura | Se podría requerir una autorización previa. Cubierto sin límite. |
| Si está embarazada | Visitas al consultorio | \$50 Copago / visita; deducible no se aplica | Sin cobertura | No se requiere autorización previa para entregas dentro del plazo estándar según la normativa federal. 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 |

| Circunstancia médica común | Servicios que podría necesitar | Lo que usted pagará | | Limitaciones, excepciones y otra información importante |
|----------------------------|---|---|--|--|
| | | Proveedor dentro de la red (Usted pagará el mínimo) | Proveedor fuera de la red (Usted pagará el máximo) | |
| | Servicios profesionales para el nacimiento y el parto | 50% Coseguro | Sin cobertura | apartados del Resumen de beneficios y cobertura (SBC) (p. ej., ecografía). No se requiere autorización previa para los servicios profesionales de parto ni para los servicios de parto del centro. 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 | 50% Coseguro | Sin cobertura | |

| Circunstancia médica común | Servicios que podría necesitar | Lo que usted pagará | | Limitaciones, excepciones y otra información importante |
|--|---|---|--|--|
| | | Proveedor dentro de la red (Usted pagará el mínimo) | Proveedor fuera de la red (Usted pagará el máximo) | |
| Si necesita servicios de recuperación o tiene otras necesidades especiales de salud | Atención médica en el hogar | 50% Coseguro | Sin cobertura | Se podría requerir una autorización previa. Cubierto sin límite. |
| | Servicios de rehabilitación | Pacientes ambulatorios: \$50 Copago / visita; deducible no se aplica; Pacientes hospitalizados: 50% Coseguro | Sin cobertura | Pacientes ambulatorios: Se podría requerir una autorización previa. Los servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios están limitados a 20 visitas al año por terapia (terapia ocupacional, fisioterapia y terapia del habla). Nota: Los límites no se aplican para diagnósticos de trastorno por consumo de sustancias o de salud mental. Servicios hospitalarios: Se podría requerir una autorización previa. Cubierto sin límite. |
| | Servicios de habilitación | Atención ambulatoria: \$50 Copago / visita; deducible no se aplica Servicios hospitalarios 50% Coseguro | Sin cobertura | Pacientes ambulatorios: Se podría requerir una autorización previa. Los servicios de habilitación están limitados a 20 visitas al año por terapia (terapia ocupacional, fisioterapia y terapia del habla). Pacientes hospitalizados: Se podría requerir una autorización previa. Cubierto sin límite. |
| | Atención de enfermería especializada | 50% Coseguro | Sin cobertura | Se podría requerir una autorización previa. Se limita a 100 días por año en un centro. |
| | Equipo médico duradero | 50% Coseguro | Sin cobertura | Se podría requerir una autorización previa. Cubierto sin límite. |
| | Servicios en un programa de cuidados paliativos | 50% Coseguro | Sin cobertura | Se podría requerir una autorización previa. Cubierto sin límite. |
| | Si su hijo necesita servicios dentales o de la vista | Examen de la vista para niños | Sin cargo; No se aplica deducible | Sin cobertura |
| Anteojos para niños | | Sin cargo; No se aplica deducible | 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)• Atención a largo plazo.• Atención dental (niños) | <ul style="list-style-type: none">• Atención que no es de emergencia cuando viaja fuera de los EE. UU.• Cirugía cosmética. | <ul style="list-style-type: none">• Enfermería privada.• 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](#)).

- | | | |
|---|--|---|
| <ul style="list-style-type: none">• Acupuntura• Atención de quiropráctico (limitada a 12 visitas por año)• Atención odontológica (Se aplican los límites anuales de visitas y artículos para adultos. Límite anual de \$1000 al año por persona). | <ul style="list-style-type: none">• Atención oftalmológica de rutina (adultos: una consulta, un marco y un par de lentes. la cobertura asignada en dólares se aplica a artículos físicos).• Audífonos (los beneficios cubren un audífono por oído cada vez que cambie la receta médica de un audífono).• Cirugía bariátrica. | <ul style="list-style-type: none">• Cuidado de los pies de rutina.• Tratamiento de infertilidad (se limita a servicios relacionados con pruebas de diagnóstico destinadas a descubrir la causa de la infertilidad) |
|---|--|---|

Su derecho a continuar con 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 NH Healthy Families, 1-844-265-1278 (TTY 1-855-742-0123); New Hampshire Insurance Department, 21 South Fruit Street, Suite 14, Concord, NH, 03301, Phone: 800-735-2964; 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 ayudarlo si tiene una queja contra su [plan](#) por la denegación de una [reclamación](#). Esta queja se denomina [queja](#) formal o [apelación](#). Para obtener más información sobre sus derechos, consulte la explicación de beneficios que recibirá por dicha [reclamación](#) médica. Los documentos de su [plan](#) también dan toda la información para presentar una [reclamación](#), una [apelación](#) o una [queja formal](#) por cualquier motivo a su [plan](#). Para obtener más información sobre sus derechos, sobre este aviso o si necesita ayuda, comuníquese con: New Hampshire Insurance Department, 21 South Fruit Street, Suite 14, Concord, NH, 03301, Phone: 800-735-2964.

¿Este plan proporciona cobertura esencial mínima? Sí

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

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

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

Servicio de acceso a idiomas:

Spanish (Español): Para obtener asistencia en español, llame al 1-844-265-1278 (TTY 1-855-742-0123).

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

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

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

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

Acerca de estos ejemplos de cobertura:



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

Peg va a tener un bebé

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

- El [deducible](#) general del [plan](#) \$7,500
- [Médico especialista copago](#) \$100
- Hospital (centro) [coseguro](#) 50%
- Otro [coseguro](#) 50%

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 | \$7,500 |
| Copagos | \$60 |
| Coseguro | \$1,200 |
| Lo que no está cubierto | |
| Límites o exclusiones | \$60 |
| El total que Peg pagaría es | \$8,820 |

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](#) \$7,500
- [Médico especialista copago](#) \$100
- Hospital (centro) [coseguro](#) 50%
- Otro [coseguro](#) 50%

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 | \$4,000 |
| Copagos | \$700 |
| Coseguro | \$0 |
| Lo que no está cubierto | |
| Límites o exclusiones | \$20 |
| El total que Joe pagaría es | \$4,720 |

Fractura simple de Mia

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

- El [deducible](#) general del [plan](#) \$7,500
- [Médico especialista copago](#) \$100
- Hospital (centro) [coseguro](#) 50%
- Otro [coseguro](#) 50%

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 | \$2,100 |
| Copagos | \$500 |
| Coseguro | \$0 |
| Lo que no está cubierto | |
| Límites o exclusiones | \$0 |
| El total que Mia pagaría es | \$2,600 |

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



FROM



nh healthy families.

| | |
|--------------------|---|
| English: | If you, or someone you are helping, have questions about Ambetter from NH Healthy Families, and are not proficient in English, you have the right to get help and information in your language at no cost and in a timely manner. If you, or someone you are helping, have an auditory and/or visual condition that impedes communication, you have the right to receive auxiliary aids and services at no cost and in a timely manner. To receive translation or auxiliary services, please contact Member Services at 1-844-265-1278 (TTY 1-855-742-0123). |
| Spanish: | Si usted, o alguien a quien está ayudando, tiene preguntas acerca de Ambetter from NH Healthy Families y no domina el inglés, tiene derecho a obtener ayuda e información en su idioma sin costo alguno y de manera oportuna. Si usted, o alguien a quien está ayudando, tiene un impedimento auditivo o visual que le dificulta la comunicación, tiene derecho a recibir ayuda y servicios auxiliares sin costo alguno y de manera oportuna. Para recibir servicios auxiliares o de traducción, comuníquese con Servicios para Miembros al 1-844-265-1278 (TTY 1-855-742-0123). |
| French: | Si vous-même ou une personne que vous aidez avez des questions à propos d'Ambetter from NH Healthy Families et que vous ne maîtrisez pas l'anglais, vous pouvez bénéficier gratuitement et en temps utile d'aide et d'informations dans votre langue. Si vous-même ou une personne que vous aidez souffrez d'un trouble auditif ou visuel qui entrave la communication, vous pouvez bénéficier gratuitement et en temps utile d'aides et de services auxiliaires. Pour profiter de services de traduction ou de services auxiliaires, veuillez contacter Services aux membres au 1-844-265-1278 (TTY 1-855-742-0123). |
| Chinese: | 如果您或您正在協助的對象有關於 Ambetter from NH Healthy Families 方面的問題，且不精通英語，您有權利免費並及時以您的母語獲得幫助和資訊。如果您或您正在協助的對象有聽力和/或視力上的問題，阻礙了溝通，您有權利免費並及時獲得輔助支援與服務。若要取得翻譯或輔助服務，請聯絡會員服務部，電話是 1-844-265-1278 (TTY 1-855-742-0123)。 |
| Nepali: | यदि तपाईं स्वयं वा तपाईंले मदद गरिरहनुभएको कोही व्यक्तिसँग Ambetter from NH Healthy Families सँग सम्बन्धित प्रश्नहरू छन् र तपाईं दुवै अंग्रेजीमा निपुण हुनुहुन्न भने तपाईंसँग निःशुल्क रूपमा र समयमै आफ्नो भाषामा मदद र जानकारी प्राप्त गर्ने अधिकार छ। यदि तपाईं वा तपाईंले मदद गरिरहनुभएको व्यक्तिसँग सञ्चारमा बाधा पुऱ्याउने श्रवण र/वा दृश्यसम्बन्धी समस्या छ भने तपाईंसँग निःशुल्क रूपमा र समयमै सहायक उपकरण र सेवाहरू प्राप्त गर्ने अधिकार छ। अनुवाद वा सहायक सेवाहरू प्राप्त गर्न कृपया 1-844-265-1278 (TTY 1-855-742-0123) मा सदस्य सेवाहरू लाई सम्पर्क गर्नुहोस्। |
| Vietnamese: | Nếu quý vị hoặc người mà quý vị đang giúp đỡ có câu hỏi về Ambetter from NH Healthy Families và không thành thạo tiếng Anh, quý vị có quyền được trợ giúp và nhận thông tin bằng ngôn ngữ của mình miễn phí và kịp thời. Nếu quý vị hoặc người mà quý vị đang giúp đỡ mắc bệnh về thính giác và/hoặc thị giác gây cản trở giao tiếp, quý vị có quyền được nhận các hỗ trợ và dịch vụ phụ trợ miễn phí và kịp thời. Để nhận dịch vụ dịch thuật hoặc dịch vụ phụ trợ, vui lòng liên hệ bộ phận Dịch Vụ Thành Viên theo số 1-844-265-1278 (TTY 1-855-742-0123). |
| Portuguese: | Se tiver dúvidas ou estiver a ajudar uma pessoa com dúvidas acerca do Ambetter from Peach State Health Plan e não falar inglês, tem direito a 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 direito a receber equipamentos ou serviços de assistência, sem qualquer custo e de forma atempada. Para ter acesso a traduções ou a serviços de assistência, contacte os "Member Services" (Serviços de Membros) através do número 1-877-687-1180 (TTY 1-877-941-9231). |
| Greek: | Εάν εσείς ή κάποιος που βοηθάτε έχετε ερωτήσεις σχετικά με το Ambetter from NH Healthy Families και δεν γνωρίζετε καλά την αγγλική γλώσσα, έχετε το δικαίωμα να λάβετε βοήθεια και πληροφορίες στη γλώσσα σας χωρίς χρέωση και εγκαίρως. Εάν εσείς ή κάποιος που βοηθάτε έχετε δυσκολία στην όραση ή/και την ακοή, που εμποδίζει την επικοινωνία, έχετε το δικαίωμα να λάβετε επικουρικά βοηθήματα και υπηρεσίες χωρίς χρέωση και εγκαίρως. Για μεταφραστικές ή βοηθητικές υπηρεσίες, επικοινωνήστε με την Εξυπηρέτηση Μελών στο 1-844-265-1278 (TTY 1-855-742-0123). |

| | |
|------------------------|--|
| Arabic: | <p>إذا كان لديك أو لدى شخص تساعد أسئلة حول Ambetter from NH Healthy Families، ولم تكن تجيد التحدث باللغة الإنكليزية، فلديك الحق في الحصول على المساعدة والمعلومات بلغتك من دون أي تكلفة وفي الوقت المناسب. إذا كنت تعاني، أنت أو أي شخص تساعد، 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 .1-844-265-1278 (TTY 1-855-742-0123).</p> |
| Serbo-Croatian: | <p>Ako Vi, ili neko kome pomažete, imate pitanja u vezi sa Ambetter from NH Healthy Families, a ne govorite engleski jezik, imate pravo na besplatnu i blagovremenu pomoć i informacije na sopstvenom jeziku. Ako Vi, ili neko kome pomažete, imate neki poremećaj sluha i/ili vida zbog kojeg je onemogućena komunikacija, imate pravo da besplatno i blagovremeno dobijete pomagala i pomoćne usluge. Obratite se odeljenju za pružanje usluga članovima pozivom na broj 1-844-265-1278 (TTY 1-855-742-0123) da biste dobili usluge prevoda ili pomoćne usluge.</p> |
| Indonesian: | <p>Jika Anda atau seseorang yang Anda bantu memiliki pertanyaan tentang Ambetter from NH Healthy Families, tetapi tidak mahir berbahasa Inggris, Anda berhak mendapatkan bantuan dan informasi dalam bahasa Anda secara gratis dan tepat waktu. Jika Anda atau seseorang yang Anda bantu memiliki kondisi pendengaran dan/atau penglihatan yang menghambat komunikasi, Anda berhak menerima bantuan dan layanan tambahan secara gratis dan tepat waktu. Untuk menerima layanan tambahan atau terjemahan, silakan hubungi Layanan Anggota di 1-844-265-1278 (TTY 1-855-742-0123).</p> |
| Korean: | <p>귀하 또는 귀하의 도움을 받는 분이 Ambetter from NH Healthy Families에 대한 질문이 있는 경우 영어에 능숙하지 않으시면 해당 언어로 시의적절하게 무료 지원과 정보를 받을 권리가 있습니다. 귀하 또는 귀하의 도움을 받는 분이 청각 및/또는 시각적으로 의사소통에 장애가 있는 경우 시의적절하게 무료 보조 도구 및 서비스를 받을 권리가 있습니다. 통역 또는 보조 서비스를 받으시려면 1-844-265-1278(TTY 1-855-742-0123)번으로 가입자 서비스부에 연락하십시오.</p> |
| Russian: | <p>Если у вас или у лица, которому вы помогаете, возникли какие-либо вопросы о программе страхования Ambetter from NH Healthy Families, при этом вы недостаточно хорошо владеете английским языком, вы имеете право на бесплатную и своевременную помощь и информацию на своем родном языке. Если у вас или у лица, которому вы помогаете, наблюдается какое-либо нарушение слуха и/или зрения, которое препятствует коммуникации, вы имеете право на бесплатные и своевременные вспомогательные услуги и помощь. Для получения услуг перевода или вспомогательных услуг обратитесь в отдел обслуживания участников по номеру 1-844-265-1278 (TTY 1-855-742-0123).</p> |
| French Creole: | <p>Si ou menm, oswa yon moun w ap ede, gen kesyon sou Ambetter from NH Healthy Families, epi nou pa mètrize Anglè, nou gen dwa pou jwenn èd ak enfòmasyon nan lang nou gratis epi nan moman ki apwopriye a. Si ou menm, oswa yon moun w ap ede, gen yon pwoblèm pou 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 1-844-265-1278 (TTY 1-855-742-0123).</p> |
| Bantu: | <p>Nimba wewe, canke undi muntu wewe se uri gufasha, yoba afise ico asiguza kijanye na Ambetter from NH Healthy Families, kandi adatahura neza icongereza, ufise agateka ko kurungikirwa ubufasha n'amakuru ku buntu kandi mu kiringo gikwiye. Nimba wewe, canke undi wewe se uri gufasha, afise nkenerwa zo kumva na/canke kuraba bibuza itumanako, ufise agateka ko kurungikirwa agafasha kumviriza na serevise atanyishu kandi mu kiringo gikwiye. Kugira urungikirwe serevise z'ubusiguzi canke agafasha kumviriza, turagusavye yaga na Serevise z'Abanyamuryango kuri 1-844-265-1278 (TTY 1-855-742-0123).</p> |
| Polish: | <p>Jeśli Ty lub osoba, której pomagasz, macie pytania dotyczące Ambetter from NH Healthy Families, ale nie posługujecie się biegle językiem angielskim, macie prawo do uzyskania pomocy i informacji w swoim języku bez dodatkowych kosztów i w odpowiednim czasie. Jeśli Ty lub osoba, której pomagasz, macie problemy ze słuchem i/lub wzrokiem, które utrudniają komunikację, macie prawo do otrzymania pomocy i usług pomocniczych bez dodatkowych kosztów i w odpowiednim czasie. Aby uzyskać tłumaczenie lub usługi pomocnicze, należy skontaktować się z Usługami członkowskie pod numerem 1-844-265-1278 (TTY 1-855-742-0123).</p> |
| Swahili: | <p>Ikiwa wewe, au mtu unayemsaidia, ana maswali kuhusu Ambetter from NH Healthy Families, na huelewi Kiingereza vizuri, una haki ya kupata usaidizi na maelezo kwa lugha yako bila kulipa ada yoyote na kwa wakati ufaao. Ikiwa wewe, au mtu unayemsaidia, ana tatizo la kusikia na/au la kuona ambalo linazuia mawasiliano, una haki ya kupata usaidizi na huduma za ziada bila kulipa ada yoyote na kwa wakati unaofaa. Ili kupata huduma za tafsiri au za ziada, tafadhali wasiliana na Huduma kwa Wanachama 1-844-265-1278 (TTY 1-855-742-0123).</p> |