ambetter. FROM sunshine health™

*Insured by Celtic Insurance Company*

# Ambetter

## YOUR HEALTH. OUR PRIORITY.

***Ambetter from Sunshine Health provides healthcare solutions.***

Your health is important to us. And you deserve to get the most out of your health insurance plan.

By choosing Ambetter from Sunshine Health, you'll receive affordable healthcare coverage that includes preventive care and whole health services. And our plans also give you access to valuable programs, educational tools and support. So you can focus on staying healthy.

Our commitment to you goes beyond the doctor's office. Ambetter from Sunshine Health is active in your local community—because we're dedicated to helping you lead a fulfilling life.

**To learn more, visit Ambetter.SunshineHealth.com.**

### Ambetter Telehealth

Convenient, 24-hour phone or video access to healthcare providers for non-emergency health issues.

### Medical Care Services

Medical coverage that includes all of your Essential Health Benefits.

### myhealthpays® Rewards Program

Sign up for our rewards program and earn rewards when you take steps to be healthy.

### Prescription Coverage

Get coverage for your medical prescriptions.

### 24/7 Nurse Advice Line

Call and talk to a registered nurse 24 hours a day, 7 days a week to ask questions or get medical advice.

### Vision Coverage

Pediatric coverage for services such as eye exams and prescription eyewear. Optional adult vision coverage only offered on some plans.

### Optional Adult Dental Coverage

Coverage for services such as teeth cleanings, screenings and exams. Only offered on some plans.

Ambetter from Sunshine Health is a Qualified Health Plan issuer in the Florida Health Insurance Marketplace. Ambetter from Sunshine Health complies with applicable Federal civil rights laws and does not discriminate on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex.

This is a solicitation for insurance. © 2019 Celtic Insurance Company. All rights reserved.

ambetter. FROM | sunshine health
Insured by Celtic Insurance Company

# Ambetter Balanced Care 11 (2020)

*+ **Vision & Adult Dental** (Silver Level)*

| | |
|---|---|
| Medical Annual Deductible | **Individual:** $6,000; **Family:** $12,000 |
| Medical Coinsurance | 40% Coinsurance |
| Prescription Drug Annual Deductible | **Individual:** Integrated with medical deductible ; **Family:** Integrated with medical deductible |
| Prescription Drug Coinsurance | 50% Coinsurance |
| Maximum Annual Out-of-pocket | **Individual:** $8,100; **Family:** $16,200 |

**Covered benefits are for In-network providers only.**
To find our most up to date list of in-network providers, please visit our website at Ambetter.SunshineHealth.com and select "Find a Provider" in the main menu. Providers listed in the Ambetter from Sunshine Health online directory are in-network.

| Emergency Services | Your Cost (In-Network Providers Only) | Out-of-Network |
|---|---|---|
| Emergency Room Services | 40% Coinsurance after deductible | 40% Coinsurance after deductible |
| Emergency Transportation/Ambulance (Air or Ground) | 40% Coinsurance after deductible | 40% Coinsurance after deductible |
| Urgent Care | $60 Copay | Not covered |
| **Provider Services** | | |
| Annual Well Visit/Screening/Immunization/Well Baby | No charge | Not covered |
| Primary Care Visit to treat an injury or illness and Maternity | $30 Copay | Not covered |
| Specialist Visit (e.g. Cardiology, Podiatry, Chiropractic Care) | $60 Copay | Not covered |
| Imaging (CT/PET Scans, MRIs) | 40% Coinsurance after deductible | Not covered |
| X-rays & Diagnostic Imaging | 40% Coinsurance after deductible | Not covered |
| Diagnostic Test* Lab-work/Other (i.e. EKG, Stress Test) | $30 Copay | Not covered |
| **Inpatient & Outpatient Services** | | |
| Inpatient Facility Fee (Includes Mental Health, Substance Use and Maternity) | 40% Coinsurance after deductible | Not covered |
| Inpatient Hospital Physician & Surgical Services | 40% Coinsurance after deductible | Not covered |
| Outpatient Facility Fee (e.g. Ambulatory Surgery Center) | 40% Coinsurance after deductible | Not covered |
| Outpatient Surgery Physician/Surgical Services | 40% Coinsurance after deductible | Not covered |
| **Other Medical Services** | | |
| Mental/Behavioral Health & Substance Use Disorder Outpatient Services | $30 Copay/Office Visit (deductible does not apply); 40% Coinsurance after deductible for all other outpatient services | Not covered |
| Rehabilitation Outpatient Services (includes Speech, Occupational and Physical Therapy) | 40% Coinsurance after deductible | Not covered |
| **Pediatric Vision** | | |
| Routine Eye Exam (1 visit per year) | 100% Covered | Not covered |
| Eyeglasses (frames, 1 item per year) | 100% Covered | Not covered |
| Lenses (per pair) | 100% Covered | Not covered |
| **Prescription Drugs** | | |
| Generics* | $20 Copay | Not covered |
| Preferred Brand Drugs | $50 Copay | Not covered |
| Non-preferred Brand Drugs | 50% Coinsurance after deductible | Not covered |
| Specialty Drugs | 50% Coinsurance after deductible | Not covered |

*If the cost of the generic drug is less than the copay, you pay the lesser amount.

Information shown represents a Standard Cost Share Plan. Our plans do not cover all health care expenses. Covered benefits will vary by state and are for in-network providers only. For comprehensive benefit detail, members should review their Evidence of Coverage and Schedule of Benefits prior to receiving services. Exclusions and limitations may apply.

For help understanding the terms used above, see the Health Insurance Terms page on Ambetter.SunshineHealth.com.



This is a solicitation for insurance. © 2019 Celtic Insurance Company. All rights reserved.

ambetter. FROM | sunshine health
Insured by Celtic Insurance Company

# Ambetter Balanced Care 11 (2020)

*+ **Vision & Adult Dental** (Silver Level)*

| Pediatric Vision (Up to 19 years of age) | Your Cost (In-Network Providers Only) | Out-of-Network |
|---|---|---|
| Exams and Eyewear:<br>Routine Eye Exam (1 visit per year) | 100% Covered | Not covered |
| Eyeglasses (frames, 1 item per year) | 100% Covered | Not covered |
| Lenses (per pair):<br>Single | 100% Covered | Not covered |
| Bifocal | 100% Covered | Not covered |
| Trifocal | 100% Covered | Not covered |
| Lenticular | 100% Covered | Not covered |
| Contact Lenses:<br>Contact lenses (in lieu of glasses) | 100% Covered | Not covered |
| Contact lens fitting | 100% Covered | Not covered |
| Specialty lens fitting | 100% Covered | Not covered |

| Adult Vision (Ages 19 years of age and older*) | Your Cost (In-Network Providers Only) | Out-of-Network |
|---|---|---|
| Exams and Eyewear:<br>Routine Eye Exam (1 visit per year) | 100% Covered | Not covered |
| Eyeglasses (frames, 1 item per year) | Covered up to $130 | Not covered |
| Lenses (per pair):<br>Single | 100% Covered | Not covered |
| Bifocal | 100% Covered | Not covered |
| Trifocal | 100% Covered | Not covered |
| Lenticular | 100% Covered | Not covered |
| Contact Lenses:<br>Contact lenses (in lieu of glasses) | Covered up to $130 | Not covered |
| Contact lens fitting | 100% Covered | Not covered |
| Specialty lens fitting | Covered up to $50 | Not covered |

*Adult routine vision does not apply to plan maximum.



This is a solicitation for insurance. © 2019 Celtic Insurance Company. All rights reserved.

ambetter. FROM | sunshine health
Insured by Celtic Insurance Company

# Ambetter Balanced Care 11 (2020)

*+ **Vision & Adult Dental** (Silver Level)*

| Adult Dental* (Ages 19 years of age and older, does not include Pediatric Dental Coverage) | |
|---|---|
| Annual Maximum Dental Benefit** | $1,000 per covered person per calendar year |

| Routine Dental (Class 1) | Your Cost (In-Network Providers Only) | Out-of-Network |
|---|---|---|
| Routine Oral Exam (1 per 6 months) | No charge, subject to Annual Maximum | Not covered |
| Routine Cleaning (1 per 6 months) | No charge, subject to Annual Maximum | Not covered |
| Bite-wing X-ray (1 per 12 months) | No charge, subject to Annual Maximum | Not covered |
| Full Mouth X-ray (1 per 60 months) | No charge, subject to Annual Maximum | Not covered |
| Panoramic Film (1 per 60 months) | No charge, subject to Annual Maximum | Not covered |
| Topical Fluoride Application (2 per 12 months) | No charge, subject to Annual Maximum | Not covered |
| Palliative Treatment for relief of pain (minor procedures) | No charge, subject to Annual Maximum | Not covered |

| Basic Dental (Class 2) | Your Cost (In-Network Providers Only) | Out-of-Network |
|---|---|---|
| Basic services:<br>Silver Fillings (1 per 2 years) | 50% coinsurance, subject to Annual Maximum | Not covered |
| Tooth Colored Fillings (1 per 2 years, front teeth only) | 50% coinsurance, subject to Annual Maximum | Not covered |
| Endontics:<br>Therapeutic Pulpotomy on permanent teeth (1 per lifetime per tooth) | 50% coinsurance, subject to Annual Maximum | Not covered |
| Periodontics:<br>Scaling & Root Planning (1 per 24 months) | 50% coinsurance, subject to Annual Maximum | Not covered |
| Periodontal Maintenance (4 in 12 months) | 50% coinsurance, subject to Annual Maximum | Not covered |
| Oral Surgery:<br>Simple Extractions | 50% coinsurance, subject to Annual Maximum | Not covered |
| Surgical Extractions | 50% coinsurance, subject to Annual Maximum | Not covered |
| Removal of Impacted Teeth | 50% coinsurance, subject to Annual Maximum | Not covered |
| Alveoloplasty | 50% coinsurance, subject to Annual Maximum | Not covered |
| Prosthodontics:<br>Relines (1 per 36 months) | 50% coinsurance, subject to Annual Maximum | Not covered |
| Rebase (1 per 36 months) | 50% coinsurance, subject to Annual Maximum | Not covered |
| Adjustments | 50% coinsurance, subject to Annual Maximum | Not covered |
| Repairs | 50% coinsurance, subject to Annual Maximum | Not covered |

*If you require coverage for Pediatric Dental please shop on the Health Insurance Marketplace for a stand alone dental plan.
**Dental Annual Maximum Benefit does not apply toward any other maximums.



This is a solicitation for insurance. © 2019 Celtic Insurance Company. All rights reserved.

## Statement of Non-Discrimination

Ambetter from Sunshine Health complies with applicable Federal civil rights laws and does not discriminate on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex. Ambetter from Sunshine Health does not exclude people or treat them differently because of race, color, national origin, age, disability, or sex.

Ambetter from Sunshine Health:

- Provides free aids and services to people with disabilities to communicate effectively with us, such as:
  - Qualified sign language interpreters
  - Written information in other formats (large print, audio, accessible electronic formats, other formats)
- Provides free language services to people whose primary language is not English, such as:
  - Qualified interpreters
  - Information written in other languages

If you need these services, contact Ambetter from Sunshine Health at 1-877-687-1169 (Relay FL 1-800-955-8770).

If you believe that Ambetter from Sunshine Health has failed to provide these services or discriminated in another way on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex, you can file a grievance with: Grievance/Appeals Unit Sunshine Health, 1301 International Parkway, Suite 400, Sunrise, Florida 33323, 1-877-687-1169 (Relay Florida 1-800-955-8770), Fax, 1-866-534-5972. You can file a grievance by mail, fax, or email. If you need help filing a grievance, Ambetter from Sunshine Health is available to help you. You can also file a civil rights complaint with the U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights electronically through the Office for Civil Rights Complaint Portal, available at https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf, or by mail or phone at: U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue SW., Room 509F, HHH Building, Washington, DC 20201, 1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD).

Complaint forms are available at http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html.



This is a solicitation for insurance. © 2019 Celtic Insurance Company. All rights reserved.

ambetter. DE | sunshine health™

*Insured by Celtic Insurance Company*

# Ambetter

## SU SALUD. NUESTRA PRIORIDAD.

***Ambetter de Sunshine Health brinda soluciones de atención médica.***

Su salud es importante para nosotros. Y usted se merece obtener lo máximo de su plan de seguro de salud.

Al elegir Ambetter de Sunshine Health, recibirá cobertura de atención médica al alcance de su bolsillo que incluye atención preventiva y servicios de salud integrales. Y también, nuestros planes le brindan acceso a valiosos programas, herramientas educativas y apoyo. Para que pueda enfocarse en mantenerse saludable.

Nuestro compromiso con usted va más allá del consultorio médico. En Ambetter de Sunshine Health estamos activos en su comunidad local — porque estamos dedicados a ayudarle a gozar de una vida plena.

**Para obtener más información, visite Ambetter.SunshineHealth.com.**

### Telesalud de Ambetter

Conveniente acceso las 24 horas por teléfono o video a proveedores de atención médica para tratar asuntos que no son de emergencia.

### Servicios de atención médica

Cobertura médica que incluye todos sus beneficios de salud esenciales.

### Programa de recompensas myhealthpays®

Inscríbase en nuestro programa de recompensas y gane recompensas por tomar medidas para estar saludable.

### Cobertura de medicamentos de venta con receta

Obtenga cobertura para sus medicamentos de venta con receta médica.

### Línea de consejo de enfermería que atiende 24/7

Llame y hable con personal de enfermería registrado las 24 horas del día, los 7 días de la semana para hacer preguntas u obtener consejo médico.

### Cobertura de la vista

Cobertura pediátrica para servicios como exámenes de los ojos y anteojos graduados de venta con receta. La cobertura opcional de la vista para adultos se ofrece únicamente en algunos planes.

### Cobertura dental opcional para adultos

Cobertura para servicios como exámenes, evaluaciones preventivas y limpieza dentales. Sólo se ofrece en algunos planes.

Ambetter de Sunshine Health es una compañía Autorizada de Planes de Salud en el Mercado de seguro médico de Florida. Ambetter de Sunshine Health cumple con las leyes de derechos civiles federales aplicables y no discrimina basándose en la raza, color, origen nacional, edad, discapacidad, o sexo.

Esta es una publicidad para la venta de seguros. © 2019 Celtic Insurance Company. Todos los derechos reservados.

ambetter. DE | sunshine health
Insured by Celtic Insurance Company

# Ambetter Balanced Care 11 (2020)

*+ **Vista y Dental para adultos** (Nivel Plata)*

| | |
|---|---|
| Deducible médico annual | **Individual:** $6,000; **Familiar:** $12,000 |
| Coseguro médico | Coseguro del 40% |
| Deducible anual para medicamentos recetados | **Individual:** Integrado con el deducible médico; **Familiar:** Integrado con el deducible médico |
| Coseguro para medicamentos recetados | Coseguro del 50% |
| Máximo anual de su propio bolsillo | **Individual:** $8,100; **Familiar:** $16,200 |

**Los beneficios cubiertos son solo para proveedores dentro de la red.** Para encontrar nuestra lista más actualizada de proveedores dentro de la red, visite nuestro sitio web en Ambetter.SunshineHealth.com y elija "Encontrar un proveedor" en el menú principal. Los proveedores que aparecen en el directorio en línea de Ambetter de Sunshine Health están dentro de la red.

| Servicios de emergencia | Su costo (solo Proveedores dentro de la red) | Fuera de la red |
|---|---|---|
| Servicios en la sala de emergencia | Coseguro del 40% después del deducible | Coseguro del 40% después del deducible |
| Transporte de emergencia/Ambulancia (aéreo o terrestre) | Coseguro del 40% después del deducible | Coseguro del 40% después del deducible |
| Atención médica de urgencia | Copago de $60 | No están cubiertos |
| **Servicios de proveedores** | | |
| Visita anual de la persona sana/Evaluaciones/Inmunizaciones/Del bebé sano | Sin costo | No están cubiertos |
| Visita de atención primaria para tratar una lesión o enfermedad y maternidad | Copago de $30 | No están cubiertos |
| Visita al especialista (p. ej., cardiología, podiatría, cuidado quiropráctico) | Copago de $60 | No están cubiertos |
| Obtención de imágenes (CT/PET, MRI) | Coseguro del 40% después del deducible | No están cubiertos |
| Radiografías y obtención de imágenes diagnósticas | Coseguro del 40% después del deducible | No están cubiertos |
| Análisis de diagnóstico* Análisis de laboratorio/Otro (es decir, electrocardiograma, prueba de esfuerzo) | Copago de $30 | No están cubiertos |
| **Servicios para pacientes internados y ambulatorios** | | |
| Tarifa en instalaciones para pacientes internados (incluye salud mental, abuso de sustancias y maternidad) | Coseguro del 40% después del deducible | No están cubiertos |
| Servicios quirúrgicos y de médicos en hospitales como paciente internado | Coseguro del 40% después del deducible | No están cubiertos |
| Tarifas de instituciones para pacientes ambulatorios (p.ej., centro quirúrgico para pacientes ambulatorios) | Coseguro del 40% después del deducible | No están cubiertos |
| Médico cirujano/Servicios quirúrgicos para pacientes ambulatorios | Coseguro del 40% después del deducible | No están cubiertos |
| **Otros servicios médicos** | | |
| Salud mental/del comportamiento y servicios para pacientes ambulatorios para trastorno por abuso de sustancias | Copago de $30 /visita al consultorio (deducible no aplica); coseguro del 40% después del deducible para todos los demás servicios como paciente ambulatorio | No están cubiertos |
| Servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios (incluye terapia del habla, ocupacional y física) | Coseguro del 40% después del deducible | No están cubiertos |
| **Vista pediátrica** | | |
| Examen de los ojos de rutina (1 visita por año) | Cubierto 100% | No están cubiertos |
| Anteojos (monturas, 1 artículo por año) | Cubierto 100% | No están cubiertos |
| Lentes (por par) | Cubierto 100% | No están cubiertos |
| **Medicamentos recetados** | | |
| Genéricos* | Copago de $20 | No están cubiertos |
| Medicamentos de marca preferidos | Copago de $50 | No están cubiertos |
| Medicamentos de marca no preferidos | Coseguro del 50% después del deducible | No están cubiertos |
| Medicamentos especializados | Coseguro del 50% después del deducible | No están cubiertos |

* Si el costo del medicamento genérico es menor que el copago, usted paga la menor cantidad.

La información que se muestra representa un plan de costo compartido estándar. Nuestros planes no cubren todos los gastos de atención médica. Los beneficios cubiertos variarán por estado y son solo para proveedores dentro de la red. Para obtener detalles completos sobre beneficios, los miembros deberían revisar su Evidencia de cobertura y Lista de beneficios antes de recibir servicios. Puede haber exclusiones y limitaciones.

Si necesita ayuda para entender los términos que se usan arriba, consulte la página Términos de seguro médico en Ambetter.SunshineHealth.com.



Esta es una publicidad para la venta de seguros. © 2019 Celtic Insurance Company. Todos los derechos reservados.

# Ambetter Balanced Care 11 (2020)

*+ **Vista y Dental para adultos** (Nivel Plata)*

| Vista pediátrica (hasta los 19 años de edad) | Su costo (solo Proveedores dentro de la red) | Fuera de la red |
|---|---|---|
| Exámenes y anteojos:<br>Examen de los ojos de rutina (1 visita por año) | Cubierto 100% | No están cubiertos |
| Anteojos (monturas, 1 artículo por año) | Cubierto 100% | No están cubiertos |
| Lentes (por par):<br>Simples | Cubierto 100% | No están cubiertos |
| Bifocales | Cubierto 100% | No están cubiertos |
| Trifocales | Cubierto 100% | No están cubiertos |
| Lenticulares | Cubierto 100% | No están cubiertos |
| Lentes de contacto:<br>Lentes de contacto (en lugar de anteojos) | Cubierto 100% | No están cubiertos |
| Ajuste de lentes de contacto | Cubierto 100% | No están cubiertos |
| Ajuste de lentes especializados | Cubierto 100% | No están cubiertos |

| Vista para adultos (19 años de edad y mayores*) | Su costo (solo Proveedores dentro de la red) | Fuera de la red |
|---|---|---|
| Exámenes y anteojos:<br>Examen de los ojos de rutina (1 visita por año) | Cubierto 100% | No están cubiertos |
| Anteojos (monturas, 1 artículo por año) | Cubierto hasta $130 | No están cubiertos |
| Lentes (por par):<br>Simples | Cubierto 100% | No están cubiertos |
| Bifocales | Cubierto 100% | No están cubiertos |
| Trifocales | Cubierto 100% | No están cubiertos |
| Lenticulares | Cubierto 100% | No están cubiertos |
| Lentes de contacto:<br>Lentes de contacto (en lugar de anteojos) | Cubierto hasta $130 | No están cubiertos |
| Ajuste de lentes de contacto | Cubierto 100% | No están cubiertos |
| Ajuste de lentes especializados | Cubierto hasta $50 | No están cubiertos |

*El cuidado de la vista de rutina para adultos no aplica al máximo del plan.



Esta es una publicidad para la venta de seguros. © 2019 Celtic Insurance Company. Todos los derechos reservados.

ambetter. DE | sunshine health
Insured by Celtic Insurance Company

# Ambetter Balanced Care 11 (2020)

*+ **Vista y Dental para adultos** (Nivel Plata)*

| Dental para adultos* (19 años de edad y mayores, no incluye cobertura dental pediátrica) | | |
|---|---|---|
| Beneficio dental anual máximo** | $1,000 por persona cubierta por año del calendario | |
| **Dental rutina (Clase 1)** | **Su costo (solo Proveedores dentro de la red)** | **Fuera de la red** |
| Examen oral de rutina (1 cada 6 meses) | Sin cargo, sujeto al máximo annual | No están cubiertos |
| Limpieza de rutina (1 cada 6 meses) | Sin cargo, sujeto al máximo annual | No están cubiertos |
| Radiografía con aleta mordida (1 cada 12 meses) | Sin cargo, sujeto al máximo annual | No están cubiertos |
| Radiografía completa de la boca (1 cada 60 meses) | Sin cargo, sujeto al máximo annual | No están cubiertos |
| Película panorámica (1 cada 60 meses) | Sin cargo, sujeto al máximo annual | No están cubiertos |
| Aplicación tópica de flúor (2 cada 12 meses) | Sin cargo, sujeto al máximo annual | No están cubiertos |
| Tratamiento paliativo para alivio del dolor (procedimientos menores) | Sin cargo, sujeto al máximo annual | No están cubiertos |
| **Dental básico (Clase 2)** | **Su costo (solo Proveedores dentro de la red)** | **Fuera de la red** |
| Servicios básicos:<br>Empastes de plata (1 cada 2 años) | Coseguro del 50%, sujeto al máximo anual | No están cubiertos |
| Empastes de color del diente (1 cada 2 años, solo para dientes delanteros) | Coseguro del 50%, sujeto al máximo anual | No están cubiertos |
| Endodoncia:<br>Pulpotomía terapéutica en dientes permanentes (1 por toda la vida por diente) | Coseguro del 50%, sujeto al máximo anual | No están cubiertos |
| Periodoncia:<br>Elminación profunda del sarro y alisado radicular (1 cada 24 meses) | Coseguro del 50%, sujeto al máximo anual | No están cubiertos |
| Mantenimiento periodóntico (4 en 12 meses) | Coseguro del 50%, sujeto al máximo anual | No están cubiertos |
| Cirugía oral:<br>Extracciones simples | Coseguro del 50%, sujeto al máximo anual | No están cubiertos |
| Extracciones quirúrgicas | Coseguro del 50%, sujeto al máximo anual | No están cubiertos |
| Extracción de dientes impactados | Coseguro del 50%, sujeto al máximo anual | No están cubiertos |
| Alveoplastía | Coseguro del 50%, sujeto al máximo anual | No están cubiertos |
| Prostodoncia:<br>Recubrimientos (1 cada 36 meses) | Coseguro del 50%, sujeto al máximo anual | No están cubiertos |
| Rebases (1 cada 36 meses) | Coseguro del 50%, sujeto al máximo anual | No están cubiertos |
| Ajustes | Coseguro del 50%, sujeto al máximo anual | No están cubiertos |
| Reparaciones | Coseguro del 50%, sujeto al máximo anual | No están cubiertos |

*Si requiere cobertura dental pediátrica busque un plan dental independiente en el Mercado de Seguros de Salud.
**El beneficio dental máximo anual no aplica a ningún otro máximo.


Esta es una publicidad para la venta de seguros. © 2019 Celtic Insurance Company. Todos los derechos reservados.

## Declaración de no discriminación

Ambetter de Sunshine Health Corporation cumple con las leyes de derechos civiles federales aplicables y no discrimina basándose en la raza, color, origen nacional, edad, discapacidad, o sexo. Ambetter de Sunshine Health no excluye personas o las trata de manera diferente debido a su raza, color, origen nacional, edad, discapacidad, o sexo.

Ambetter de Sunshine Health:

- Proporciona ayuda y servicios gratuitos a las personas con discapacidad para que se comuniquen eficazmente con nosotros, tales como:
  - Intérpretes calificados de lenguaje por señas
  - Información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos)
- Proporciona servicios de idiomas a las personas cuyo lenguaje primario no es el inglés, tales como:
  - Intérpretes calificados
  - Información escrita en otros idiomas

Si necesita estos servicios, comuníquese con Ambetter de Sunshine Health a 1-877-687-1169 (Relay FL 1-800-955-8770).

Si considera que Ambetter de Sunshine Health no le ha proporcionado estos servicios, o en cierto modo le ha discriminado debido a su raza, color, origen nacional, edad, discapacidad o sexo, puede presentar una queja ante: Grievance/Appeals Unit Sunshine Health, 1301 International Parkway, Suite 400, Sunrise, Florida 33323, 1-877-687-1169 (Relay Florida 1-800-955-8770), Fax, 1-866-534-5972. Usted puede presentar una queja por correo, fax, o correo electrónico. Si necesita ayuda para presentar una queja, Ambetter de Sunshine Health está disponible para brindarle ayuda. También puede presentar una queja de violación a sus derechos civiles ante la Oficina de derechos civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos (U.S. Department of Health and Human Services), en forma electrónica a través del portal de quejas de la Oficina de derechos civiles, disponible en https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf, o por correo o vía telefónica llamando al: U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue SW., Room 509F, HHH Building, Washington, DC 20201, 1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD).

Los formularios de queja están disponibles en http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html.



Esta es una publicidad para la venta de seguros. © 2019 Celtic Insurance Company. Todos los derechos reservados.

| | |
|---|---|
| **Spanish:** | Si usted, o alguien a quien está ayudando, tiene preguntas acerca de Ambetter de Sunshine Health, tiene derecho a obtener ayuda e información en su idioma sin costo alguno. Para hablar con un intérprete, llame al 1-877-687-1169 (Relay Florida 1-800-955-8770). |
| **French Creole:** | Si oumenm, oubyen yon moun w ap ede, gen kesyon nou ta renmen poze sou Ambetter from Sunshine Health, ou gen tout dwa pou w jwenn èd ak enfòmasyon nan lang manman w san sa pa koute w anyen. Pou w pale avèk yon entèprèt, sonnen nimewo 1-877-687-1169 (Relay Florida 1-800-955-8770). |
| **Vietnamese:** | Nếu quý vị, hay người mà quý vị đang giúp đỡ, có câu hỏi về Ambetter from Sunshine Health, quý vị sẽ có quyền được giúp và có thêm thông tin bằng ngôn ngữ của mình miễn phí. Để nói chuyện với một thông dịch viên, xin gọi 1-877-687-1169 (Relay Florida 1-800-955-8770). |
| **Portuguese:** | Se você, ou alguém a quem você está ajudando, tem perguntas sobre o Ambetter from Sunshine Health, você tem o direito de obter ajuda e informação em seu idioma e sem custos. Para falar com um intérprete, ligue para 1-877-687-1169 (Relay Florida 1-800-955-8770). |
| **Chinese:** | 如果您，或是您正在協助的對象，有關於 Ambetter from Sunshine Health 方面的問題，您有權利免費以您的母語得到幫助和訊息。如果要與一位翻譯員講話，請撥電話 1-877-687-1169 (Relay Florida 1-800-955-8770)。 |
| **French:** | Si vous-même ou une personne que vous aidez avez des questions à propos d'Ambetter from Sunshine Health, vous avez le droit de bénéficier gratuitement d'aide et d'informations dans votre langue. Pour parler à un interprète, appelez le 1-877-687-1169 (Relay Florida 1-800-955-8770). |
| **Tagalog:** | Kung ikaw, o ang iyong tinutulangan, ay may mga katanungan tungkol sa Ambetter from Sunshine Health, may karapatan ka na makakuha nang tulong at impormasyon sa iyong wika ng walang gastos. Upang makausap ang isang tagasalin, tumawag sa 1-877-687-1169 (Relay Florida 1-800-955-8770). |
| **Russian:** | В случае возникновения у вас или у лица, которому вы помогаете, каких-либо вопросов о программе страхования Ambetter from Sunshine Health вы имеете право получить бесплатную помощь и информацию на своем родном языке. Чтобы поговорить с переводчиком, позвоните по телефону 1-877-687-1169 (Relay Florida 1-800-955-8770). |
| **Arabic:** | إذا كان لديك أو لدى شخص تساعده أسئلة حول Ambetter from Sunshine Health ، لديك الحق في الحصول على المساعدة والمعلومات الضرورية بلغتك من دون أية تكلفة. للتحدث مع مترجم اتصل بـ 1-877-687-1169 (Relay Florida 1-800-955-8770). |
| **Italian:** | Se lei, o una persona che lei sta aiutando, avesse domande su Ambetter from Sunshine Health, ha diritto a usufruire gratuitamente di assistenza e informazioni nella sua lingua. Per parlare con un interprete, chiami l'1-877-687-1169 (Relay Florida 1-800-955-8770). |
| **German:** | Falls Sie oder jemand, dem Sie helfen, Fragen zu Ambetter from Sunshine Health hat, haben Sie das Recht, kostenlose Hilfe und Informationen in Ihrer Sprache zu erhalten. Um mit einem Dolmetscher zu sprechen, rufen Sie bitte die Nummer 1-877-687-1169 (Relay Florida 1-800-955-8770) an. |
| **Korean:** | 만약 귀하 또는 귀하가 돕고 있는 어떤 사람이 Ambetter from Sunshine Health 에 관해서 질문이 있다면 귀하는 그러한 도움과 정보를 귀하의 언어로 비용 부담없이 얻을 수 있는 권리가 있습니다. 그렇게 통역사와 얘기하기 위해서는 1-877-687-1169 (Relay Florida 1-800-955-8770) 로 전화하십시오. |
| **Polish:** | Jeżeli ty lub osoba, której pomagasz, macie pytania na temat planów za pośrednictwem Ambetter from Sunshine Health, macie prawo poprosić o bezpłatną pomoc i informacje w języku ojczystym. Aby skorzystać z pomocy tłumacza, zadzwoń pod numer 1-877-687-1169 (Relay Florida 1-800-955-8770). |
| **Gujarati:** | જે તમને અથવા તમે જેમની મદદ કરી રહ્યા હોય તેમને, Ambetter from Sunshine Health વિશે કોઈ પ્રશ્ન હોય તો તમને, કોઈ ખર્ચ વિના તમારી ભાષામાં મદદ અને માહિતી પ્રાપ્ત કરવાનો અધિકાર છે. દુભાષિયા સાથે વાત કરવા માટે 1-877-687-1169 (Relay Florida 1-800-955-8770) ઉપર કૉલ કરો. |
| **Thai:** | หากท่านหรือผู้ที่ท่านให้ความช่วยเหลืออยู่ในขณะนี้มีคำถามเกี่ยวกับ Ambetter from Sunshine Health ท่านมีสิทธิ์ที่จะได้รับความช่วยเหลือและข้อมูลในภาษาของท่าน โดยไม่เสียค่าใช้จ่ายใด ๆ ทั้งสิ้น หากต้องการใช้บริการล่าม กรุณาโทรศัพท์ติดต่อที่หมายเลข 1-877-687-1169 (Relay Florida 1-800-955-8770) |



Esta es una publicidad para la venta de seguros. © 2019 Celtic Insurance Company. Todos los derechos reservados.