Ambetter from Home State Health

Cobertura para: Individual/Familiar | Tipo de plan: EPO

Clear Gold: Standard Gold On Exchange Plan

El Resumen de beneficios y cobertura (SBC) lo ayudará a escoger un plan de salud. El SBC muestra cómo usted y el plan compartirían los costos de los servicios de atención médica cubiertos. NOTA: La información sobre el costo de este plan (denominado prima) se proporcionará por separado. Este es solo un resumen. Para obtener más información sobre su cobertura u obtener una copia de los términos completos de la cobertura, https://ambetter-es.homestatehealth.com/2023-brochures.html o llamar al 1-855-650-3789 (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 1-855-650-3789 (TTY 711) para pedir una copia.

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué es importante:
¿Cuánto es el deducible total?	$900 por individuo y $1,800 por familia.	En general, debe pagar todos los costos de los proveedores hasta la cantidad deducible antes de que este plan comience a pagar. Si tiene otros familiares en el plan, cada familiar debe satisfacer su propio deducible individual hasta que la cantidad total de gastos deducibles pagados por todos los familiares satisfagan el deducible familiar total.
¿Hay servicios cubiertos antes de alcanzar su deducible?	Sí, los servicios de atención preventiva, las visitas al consultorio para obtener atención primaria, de especialistas o atención urgente y los medicamentos genéricos y de marca preferidos están cubiertos antes de que satisfaga su deducible.	Este plan cubre algunos productos y servicios aunque aún no haya alcanzado la cantidad del deducible. Sin embargo, se podría aplicar un copago o un coseguro. Por ejemplo, este plan cubre ciertos servicios preventivos sin costos compartidos antes de que alcance su deducible. Consulte una lista de servicios preventivos cubiertos en https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/
¿Hay otros deducibles para servicios específicos?	No.	No debe pagar deducibles por servicios específicos.
¿Cuánto es el límite de gastos de bolsillo para este plan?	Para proveedores de la red, $8,700 por individuo y $17,400 por familia. No es aplicable a los proveedores fuera de la red.	El límite de gastos de bolsillo es lo máximo que puede pagar en un año por servicios cubiertos. Si tiene otros familiares en este plan, ellos tienen que satisfacer sus propios límite de gastos de bolsillo hasta que se haya satisfecho el límite de gastos de bolsillo familiar total.
¿Qué es lo que no está incluido en el límite de gastos de bolsillo?	Primas, facturación de saldo, y atención médica que este plan no cubre.	Aunque pague estos gastos, no cuentan para el límite de gastos del bolsillo.
¿Pagará menos si acude a un proveedor dentro de la red?	Sí. https://ambetter.homestatehealth.com/findadoc o llame al 1-855-650-3789 (TTY 711) para una lista de proveedores de la red.	Este plan utiliza una red de proveedores. Pagará menos si usa un proveedor que esté incluido en la red del plan. Pagará más si acude a un proveedor fuera de la red, y es posible que reciba una factura de un proveedor por la diferencia entre el cargo del proveedor y lo que su plan paga (facturación de saldo). Tenga en cuenta que su proveedor dentro de la red puede usar un proveedor fuera de la red para algunos servicios (como análisis de laboratorio). Consulte con su proveedor antes de recibir los servicios.

¿Necesita una derivación para atenderse con un especialista?	No	Puede ver al especialista que usted elija sin una derivación.

Todos los **copagos** y el **coseguro** que se muestran en este cuadro se aplican después de alcanzar su **deducible**, si se aplica uno.

Circunstancia médica común	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor dentro de la red (Usted pagará el mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará el máximo)	
Si acude al consultorio o clínica del proveedor	Consulta con su médico de atención primaria para tratar una afección o lesión	$25 Copago / ; deducible no se aplica	No cubierto	Las visitas de atención virtual sin límite recibidas de Telesalud de Ambetter están cubiertas sin ningún cargo, los proveedores están cubiertos en su totalidad, los deducibles no se aplican.
	Consulta con un especialista	$60 Copago / ; deducible no se aplica	No cubierto	Cubierto sin límite.
	Atención preventiva/ evaluación/vacunas	Sin cargo; deducible no se aplica	No cubierto	Puede que tenga que pagar por servicios que no son preventivos. Pregunte a su proveedor si los servicios necesarios son preventivos. Luego verifique por lo que su plan pagará.
Si se realiza un examen	Exámenes de diagnóstico (radiografías, análisis de sangre)	30% Coseguro para laboratorio y servicios profesionales 30% Coseguro para rayos X e imágenes de diagnóstico 30% Coseguro para servicios de laboratorio y profesionales e imágenes de diagnóstico y rayos X en otros lugares de servicio	No cubierto	Puede que sea necesaria una autorización previa. Cubierto sin límite. Otros lugares pueden incluir Hospital, Sala de emergencias o Centro ambulatorio. El no obtener autorización previa para un servicio que requiere autorización previa resultará en la denegación de los beneficios. Consulte su póliza para obtener más detalles.
	Diagnóstico por imágenes (tomografía computarizada/ tomografía por emisión de positrones, imágenes por resonancia magnética)	30% Coseguro	No cubierto	Puede que sea necesaria una autorización previa. Cubierto sin límite.

Circunstancia médica común	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor dentro de la red (Usted pagará el mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará el máximo)	
Si necesita un medicamento para tratar su enfermedad o condición médica. Hay más información disponible sobre la **cobertura de medicamentos con receta médica** en **https://ambetter.homestatehealth.com/2023formulary**.	Medicamentos genéricos (Nivel1)	Vendedor genérico preferido: $5 Copago / ; deducible no se aplica Vendedor genérico: $15 Copago / ; deducible no se aplica	No cubierto	Es posible que se requiera la autorización previa. Los medicamentos recetados se suministran hasta por 30 días en los establecimientos de venta al por menor y hasta por 90 días a través de pedidos por correo. Los pedidos por correo están sujetos a un costo compartido de 2.5 veces la cantidad de venta al por menor.
	Medicamentos de marca preferidos (Nivel 2)	Al por menor: $40 Copago / ; deducible no se aplica	No cubierto	Puede que sea necesaria una autorización previa. Los medicamentos con receta se proporcionan hasta por 30 días al por menor y hasta por 90 días por pedidos por correo. Los pedidos por correo están sujetos a una cantidad de costo compartido de 2.5x del precio de venta al por menor.
	Medicamentos de marca no preferidos (Nivel 3)	Al por menor: 50% Coseguro	No cubierto	
	Medicamentos de especialidad (Nivel 4)	Al por menor: 50% Coseguro	No cubierto	Puede que sea necesaria una autorización previa. Los medicamentos con receta se proporcionan hasta 30 días al por menor y hasta 30 días por pedidos por correo.
Si le hacen una cirugía ambulatoria	Tarifa del centro (p. ej., centro de cirugía ambulatoria)	30% Coseguro	No cubierto	Puede que sea necesaria una autorización previa. Cubierto sin límite.
	Tarifas del médico/cirujano	30% Coseguro	No cubierto	Puede que sea necesaria una autorización previa. Cubierto sin límite.
Si necesita atención médica inmediata	Atención en la Sala de Emergencias	30% Coseguro	30% Coseguro	Cubierto sin límite.
	Transporte médico de emergencia	30% Coseguro	30% Coseguro	Cobertura sin límite. Nota: No se requiere la autorización previa para el transporte de emergencia, sin embargo, todo transporte que no sea de emergencia requiere autorización previa.
	Atención de urgencia	$60 Copago / ; deducible no se aplica	$60 Copago / ; deducible no se aplica	Cubierto sin límite.

Circunstancia médica común	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor dentro de la red (Usted pagará el mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará el máximo)	
Si necesita hospitalización	Tarifa del centro (p. ej., habitación del hospital)	30% Coseguro	No cubierto	Puede que sea necesaria una autorización previa. Cubierto sin límite.
	Tarifas del médico/cirujano	30% Coseguro	No cubierto	Puede que sea necesaria una autorización previa. Cubierto sin límite.
Si necesita servicios de salud mental, salud conductual o de abuso de sustancias	Servicios para pacientes ambulatorios	$25 Copago / visita de oficina; deducible no se aplica; 30% Coseguro para los demás servicios como paciente ambulatorio	No cubierto	Puede que sea necesaria una autorización previa. Nota: Los servicios (excluidos los servicios de emergencia) prestados por un proveedor fuera de la red no están cubiertos por este plan, con la excepción de dos (2) sesiones al año para la diagnosis/evaluación por un proveedor de salud mental con licencia. (PCP y otras visitas de médico no requieren autorización previa).
	Servicios para pacientes hospitalizados	30% Coseguro	No cubierto	Puede que sea necesaria una autorización previa. Cubierto sin límite.
Si está embarazada	Visitas al consultorio	$25 Copago / ; deducible no se aplica	No cubierto	No se requiere Autorización previa para entregas dentro del marco de tiempo estándar según las normas federales, pero se puede requerir para otros servicios. El costo compartido no aplica a servicios preventivos, tales como evaluaciones de rutina prenatales y posnatales. Dependiendo del tipo de servicios, puede que aplique un coseguro, deducible o copago. La atención por maternidad puede incluir las pruebas y servicios descritos en otro sitio en el SBC (por ej. ecografía).
	Servicios profesionales para el nacimiento y el parto	30% Coseguro	No cubierto	Puede que sea necesaria una autorización previa. Los costos compartidos no aplican para servicios preventivos. Dependiendo del tipo de servicios, puede que aplique un copago, coseguro o deducible. La atención por maternidad puede incluir las pruebas y
	Servicios hospitalarios para el nacimiento y el parto	30% Coseguro	No cubierto	

Circunstancia médica común	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor dentro de la red (Usted pagará el mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará el máximo)	
				servicios descritos en otro sitio en el SBC (por ej. ecografía).
Si necesita servicios de recuperación o tiene otras necesidades especiales de salud	Atención médica en el hogar	30% Coseguro	No cubierto	Puede que sea necesaria una autorización previa. Limitado a 100 visitas al año.
	Servicios de rehabilitación	Paciente ambulatorio(a): $25 Copago / ; deducible no se aplica Paciente hospitalizado(a): 30% Coseguro	No cubierto	Paciente ambulatorio(a): Es posible que se requiera la autorización previa. Límite de 20 visitas al año por terapia (terapia ocupacional y física); no se aplica límite para terapia del habla o terapia pulmonar; límite de 36 visitas al año para terapia cardiaca. Nota: los límites no aplican cuando se proporcionan para un diagnóstico de trastornos de salud mental/de uso de substancias. Paciente hospitalizado(a): Puede que sea necesaria una autorización previa. Cubierto sin límite.
	Servicios de habilitación	Paciente ambulatorio(a): $35 Copago / ; deducible no se aplica Paciente hospitalizado(a): 30% Coseguro	No cubierto	Paciente ambulatorio(a): Podría requerirse autorización previa. Con límite de 20 visitas al año por terapia (fisioterapia y terapia ocupacional); no se aplican límites para terapia del habla o pulmonar; con límite de 36 visitas al año para la terapia cardiaca. Nota: Los límites de terapia de habilitación no se aplican al suministrarse para un diagnóstico de trastorno de salud mental/consumo de sustancias. (Consulte el Programa de Beneficios para ver el costo compartido aplicable al suministrarse para un diagnóstico no médico.) Paciente hospitalizado(a): Puede que sea necesaria una autorización previa. Cubierto sin límite.

Circunstancia médica común	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor dentro de la red (Usted pagará el mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará el máximo)	
	Atención de enfermería especializada	30% Coseguro	No cubierto	Puede que sea necesaria una autorización previa. Limitado a 150 días al año.
	Equipo médico duradero	30% Coseguro	No cubierto	Puede que sea necesaria una autorización previa. Cubierto sin límite.
	Servicios en un programa de cuidados paliativos	30% Coseguro	No cubierto	Puede que sea necesaria una autorización previa. Cubierto sin límite.
Si su hijo necesita servicios dentales o de la vista	Examen de la vista para niños	Sin costo; deducible no se aplica	No están cubiertos	Limitado a 1 visita al año.
	Anteojos para niños	Sin costo; deducible no se aplica	No están cubiertos	Limitado a 1 artículo al año.
	Control dental para niños	No están cubiertos	No están cubiertos	-----Ninguno-----

Servicios excluidos y otros servicios cubiertos:

Servicios que su Plan, por lo general, NO cubre (consulte la póliza o documento del plan para obtener más información y una lista de otros servicios excluidos).

- Aborto (Excepto en los casos en que la vida de la madre esté en peligro.)
- Acupuntura
- Atención a largo plazo (La atención aguda a largo plazo es un beneficio cubierto. La atención de enfermería a largo plazo/Atención asistencial no es un beneficio cubierto.)
- Atención de la vista de rutina (Adulto)
- Atención dental (Aduto)
- Cirugía bariátrica
- Cirugía estética
- Cuidado que no es de emergencia al viajar fuera de Estado Unidos
- Programas de pérdida de peso
- Tratamiento de la infertilidad (Servicios cubiertos incluyen pruebas de diagnóstico para averiguar la causa de la infertilidad y los servicios para tratar afecciones médicas subyacentes que causan infertilidad)

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

- Audífonos (Limitado a 1 por oído al año.)
- Cuidado quiropráctico (Limitado a 26 consultas por año. Las consultas que excedan de 26 requieren autorización previa.)
- Cuidado rutinario de los pies
- Servicio de enfermería privada (Limitado a 82 visitas al año.)

Su derecho a continuar con la cobertura: Hay organismos que pueden ayudarlo si quiere mantener la cobertura después de que esta finalice. La información de contacto de esos organismos es: Ambetter from Home State Health a 1-855-650-3789 (TTY 711); Missouri Department of Insurance, PO Box 690, Jefferson City, MO 65102-0690, Phone No. 1-573-751-4126.; Department of Labor's Employee Benefits Security Administration at 1-866-444-EBSA (3272); Office of Personnel

Management Multi State Plan Program at https://www.opm.gov/healthcare-insurance/multi-state-plan-program/external-review/. Es posible que haya otras opciones de cobertura disponibles para usted, como contratar una cobertura de seguro individual a través del Mercado de Seguros Médicos. Para obtener más información sobre el Mercado, visite www.HealthCare.gov o llame al 1-800-318-2596.

Su derecho a presentar una queja o una apelación: Hay organismos que pueden ayudarlo si tiene una queja contra su plan por la denegación de una reclamación. Esta queja se denomina queja formal o apelación. Para obtener más información sobre sus derechos, consulte la explicación de beneficios que recibirá por dicha reclamación médica. Los documentos de su plan también dan toda la información para presentar una reclamación, una apelación o una queja formal por cualquier motivo a su plan. Para obtener más información sobre sus derechos, sobre este aviso o si necesita ayuda, comuníquese con: Missouri Department of Insurance, PO Box 690, Jefferson City, MO 65102-0690, Phone No. 1-573-751-4126. Además un programa de ayuda al consumidor le puede ayudar a presentar su apelación. Póngase en contacto 800-726-7390.

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

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

¿Cumple este plan el valor mínimo estándar? **No Corresponde**

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

Servicio de acceso a idiomas:

Spanish (Español): Para obtener asistencia en Español, llame al 1-855-650-3789 (TTY 711).
Tagalog (Tagalog): Kung kailangan ninyo ang tulong sa Tagalog tumawag sa 1-855-650-3789 (TTY 711).
Chinese (中文): 如果需要中文的帮助， 请拨打这个号码 1-855-650-3789 (TTY 711).
Navajo (Dine): Dinek'ehgo shika at'ohwol ninisingo, kwiijigo holne' 1-855-650-3789 (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 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	$900
Especialista copago	$60
Hospital (establecimiento) coseguro	30%
Otro coseguro	30%

Este EJEMPLO de evento incluye servicios como:
Visitas al consultorio del especialista *(atención prenata*
Servicios profesionales para el nacimiento y el parto
Servicios hospitalarios para el nacimiento y el parto
Exámenes de diagnóstico *(ecografías y análisis de sangre)*
Consulta con un especialista *(anestesia)*

Costo total del ejemplo	**$12,700**

En este ejemplo, Peg pagaría:

Costo compartidos	
Deducibles	900.00
Copagos	40.00
Coseguro	2700.00
Lo que no está cubierto	
Límites o exclusiones	60.00
El total que Peg pagaría es	**3700.00**

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	$900
Especialista copago	$60
Hospital (establecimiento) coseguro	30%
Otro coseguro	30%

Este EJEMPLO de evento incluye servicios como
Visitas en el consultorio del médico de atención primaria *(incluye la educación sobre enfermedades)*
Exámenes de diagnóstico *(análisis de sangre)*
Medicamentos con receta médica
Equipo médico duradero *(glucómetro)*

Costo total del ejemplo	**$5,600**

En este ejemplo, Joe pagaría:

Costo compartidos	
Deducibles	900.00
Copagos	1000.00
Coseguro	$0
Lo que no está cubierto	
Límites o exclusiones	20.00
El total que Joe pagaría es	**1920.00**

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

El deducible general del plan	$900
Especialista copago	$60
Hospital (establecimiento) coseguro	30%
Otro coseguro	30%

Este EJEMPLO de evento incluye servicios como
Atención en la Sala de Emergencias *(incluye suministros médicos)*
Exámenes de diagnóstico *(radiografías)*
Equipo médico duradero *(muletas)*
Servicios de rehabilitación *(fisioterapia)*

Costo total del ejemplo	**$2,800**

En este ejemplo, Mia pagaría:

Costo compartidos	
Deducibles	900.00
Copagos	300.00
Coseguro	400.00
Lo que no está cubierto	
Límites o exclusiones	$0
El total que Mia pagaría es	**1600.00**

El plan sería responsable de los demás costos de los servicios cubiertos de este EJEMPLO.

Spanish:	Si usted, o alguien a quien está ayudando, tiene preguntas acerca de Ambetter from Home State Health, tiene derecho a obtener ayuda e información en su idioma sin costo alguno. Para hablar con un intérprete, llame al 1-855-650-3789 (TTY: 711).
Chinese:	如果您，或是您正在協助的對象，有關於 Ambetter from Home State 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 1-855-650-3789 (TTY: 711)。
Vietnamese:	Nếu quý vị, hay người mà quý vị đang giúp đỡ, có câu hỏi về Ambetter from Home State 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 1-855-650-3789 (TTY: 711).
Serbo-Croatian:	Ako Vi, ili neko kome pomažete, imate pitanja u vezi Ambetter from Home State Health, imate pravo na besplatnu pomoć i informaciju na sopstvenom jeziku. Ukoliko želite da pričate sa prevodiocem, pozovite broj 1-855-650-3789 (TTY: 711).
German:	Falls Sie oder jemand, dem Sie helfen, Fragen zu Ambetter from Home State 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 1-855-650-3789 (TTY: 711) an.
Arabic:	إذا كان لديك أو لدى شخص تساعده أسئلة حول Ambetter from Home State Health، لديك الحق في الحصول على المساعدة والمعلومات الضرورية بلغتك من دون أية تكلفة. للتحدث مع مترجم اتصل بـ 1-855-650-3789 (TTY: 711).
Korean:	만약 귀하 또는 귀하가 돕고 있는 어떤 사람이 Ambetter from Home State Health 에 관해서 질문이 있다면 귀하는 그러한 도움과 정보를 귀하의 언어로 비용 부담없이 얻을 수 있는 권리가 있습니다. 그렇게 통역사와 얘기하기 위해서는 1-855-650-3789 (TTY: 711) 로 전화하십시오.
Russian:	В случае возникновения у вас или у лица, которому вы помогаете, каких-либо вопросов о программе страхования Ambetter from Home State Health вы имеете право получить бесплатную помощь и информацию на своем родном языке. Чтобы поговорить с переводчиком, позвоните по телефону 1-855-650-3789 (TTY: 711).
French:	Si vous-même ou une personne que vous aidez avez des questions à propos d'Ambetter from Home State Health, vous avez le droit de bénéficier gratuitement d'aide et d'informations dans votre langue. Pour parler à un interprète, appelez le 1-855-650-3789 (TTY: 711).
Tagalog:	आप या जिसकी आप मदद कर रहे हैं उनके, Ambetter from Home State Health के बारे में कोई सवाल हों, तो आपको बिना किसी खर्च के अपनी भाषा में मदद और जानकारी प्राप्त करने का अधिकार है। किसी दुभाषिये से बात करने के लिए 1-855-650-3789 (TTY: 711) पर कॉल करें।
Pennsylvania Dutch:	Vann du, adda ebbah's du am helfa bisht, ennichi questions hott veyyich Ambetter from Home State Health, dann hosht du's recht fa hilf greeya adda may aus finna diveyya in dei shprohch un's kosht nix. Fa shvetza mitt ebbah diveyya, kawl 1-855-650-3789 (TTY: 711).
Persian:	اگر شما، یا کسي که به او کمک مي کنید سؤالي در مورد Ambetter from Home State Health دارید، از این حق برخوردارید که کمک و اطلاعات را بصورت رایگان به زبان خود دریافت کنید. براي صحبت کردن با مترجم با شماره 1-855-650-3789 (TTY: 711) تماس بگیرید.
Cushite:	Yoo sii ykn namaa gargaaraa jirtuu wa'ee Ambetter from Home State Health irra gaaffi qabaatan ta'ee gargaarsaa fi odeeffanoo afaan ketiin kaffaltii alla argachuuf mirgaa qabdaa. Turjumaana wajiin dubadhuu,1-855-650-3789 irra bilbilli (TTY: 711).
Portuguese:	Se você, ou alguém a quem você está ajudando, tem perguntas sobre o Ambetter from Home State Health, você tem o direito de obter ajuda e informação em seu idioma e sem custos. Para falar com um intérprete, ligue para 1-855-650-3789 (TTY: 711).
Amharic:	እርስዎ ወይም እርሰዎ የሚረዱት ሰው ስለ Ambetter from Home State Health ግብር ጥያቄ ካለዎት ያለምንም ወጪ በቋንቋዎ ድጋፍ እንዲሁም መረጃ የማግኘት መብት አለዎት፣ ፣ አስተርጓሚ ለማነጋገር በ 1-855-650-3789 (TTY: 711) ይደውሉ፤ ፤

Declaración de no discriminación

Ambetter de Home State Health Plan cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina en base a raza, color, origen nacional, edad, discapacidad o sexo. Ambetter de Home State Health Plan no excluye a las personas ni las trata de manera distinta debido a su raza, color, origen nacional, edad, discapacidad o sexo.

Ambetter de Home State Health Plan:

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

Si necesita estos servicios, comuníquese con Ambetter de Home State Health Plan, 1-855-650-3789 (TTY 711).

Si cree que Ambetter de Home State Health Plan no le ha brindado estos servicios o le ha discriminado de otra manera por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, puede presentar una queja ante: Ambetter from Home State Health Plan, Attn: Grievance & Appeals, 11720 Borman Drive, St. Louis, MO 63146, 1-855-650-3789 (TTY 711), Fax 1-855-805-9812. Usted puede presentar una queja por correo, fax, o por correo electrónico. Si necesita ayuda para presentar una queja, Ambetter de Home State Health Plan está disponible para usted. Además puede presentar un reclamo de derechos civiles al U.S. Department of Health and Human Services (Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE.UU.), Office for Civil Rights (Oficina de Derechos Civiles) electrónicamente a través del Portal para reclamos de la Oficina de Derechos Civiles, disponible en *https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf*, o por correo o teléfono en: U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue SW., Room 509F, HHH Building, Washington, D.C. 20201, 1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD).

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