

# Ambetter from Coordinated Care Corporation: Ambetter Balanced Care 3 (2017)

Resumen de beneficios y cobertura: Lo que cubre el plan y los precios

Duración de la póliza: 01/01/2017 - 12/31/2017

Cobertura de: individual/familiar | Tipo de plan: HMO



Éste es solo un resumen. Si desea más información sobre la cobertura y los precios, puede obtener los documentos del plan o términos de la póliza en <http://ambetter.coordinatedcarehealth.com/> o llamando al 877-687-1197, TTY/TDD 877-941-9238

| Preguntas importantes                                                                  | Respuestas                                                                                                                             | ¿Por qué es importante?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|----------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ¿Qué es el <b>deducible</b> general?                                                   | individual de <b>\$1.250</b> / familia <b>\$2.500</b> . No cubre cuidado preventivo.                                                   | Usted debe pagar todos los costos hasta el monto del <b>deducible</b> , antes de que el plan comience a pagar por los servicios cubiertos. Consulte su póliza para averiguar cuándo tiene que pagar nuevamente el <b>deducible</b> (por lo general, pero no siempre, el 1 de enero). Fíjese en el cuadro de la página 2 para averiguar cuánto debe pagar usted por los servicios cubiertos después de haber pagado el <b>deducible</b> .                                                                                                             |
| ¿Hay otros <b>deducibles</b> para servicios específicos?                               | No.                                                                                                                                    | Usted no tiene que pagar <b>deducibles</b> para servicios específicos, pero debe consultar el cuadro que comienza en la página 2 para obtener los precios de otros servicios cubiertos por el plan.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| ¿Hay un límite para los <b>gastos de mi bolsillo</b> ?                                 | Sí, para los proveedores de red <b>\$5.700</b> individual / familiar de <b>\$11.400</b> . No, para los proveedores de fuera de la red. | El límite para los <b>gastos del bolsillo</b> es la cantidad máxima que usted pagará por los servicios cubiertos durante el período de cobertura. Este límite le permite planificar sus gastos médicos.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| ¿Cuáles son las <b>expensas que no cuentan para el límite de gastos del bolsillo</b> ? | Primas, gastos facturados por el equilibrio y servicios fuera de la red este plan no cubre.                                            | Si bien usted paga estos costos, los mismos no se tendrán en cuenta para el <b>límite de gastos del bolsillo</b> .                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| ¿Hay un <b>límite anual</b> general para lo que paga el plan?                          | No                                                                                                                                     | El cuadro que comienza en la página 2 describe los límites de cobertura del plan para servicios <i>específicos</i> , como los límites al número de visitas médicas.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| ¿Tiene este plan una <b>red de proveedores</b> ?                                       | Sí. Encontrar <b>un proveedor</b> o llame al 1-877-687-1197 para obtener una lista de proveedores participantes.                       | Si usted se atiende con médicos y <b>proveedores</b> de la red, el plan pagará muchos o todos los servicios cubiertos. Tenga en cuenta que su médico u hospital de la red, podría usar algún <b>proveedor</b> que no pertenezca a la red para algunos servicios. Los planes usan términos como <b>perteneciente a la red</b> , <b>preferido</b> o <b>participante</b> para referirse a los proveedores de la red del plan. Consulte el cuadro que comienza en la página 2 para averiguar cómo le paga este plan a sus distintos <b>proveedores</b> . |

**Preguntas** Llame al 877-687-1197, TTY/TDD 877-941-9238 o visite <http://ambetter.coordinatedcarehealth.com/>.

Si no entiende alguno de los términos en negritas, consulte el Glosario en [www.cciio.cms.gov](http://www.cciio.cms.gov) o llame al 877-687-1197, TTY/

TDD 877-941-9238 y pida una copia.

| Preguntas importantes                                   | Respuestas | ¿Por qué es importante?                                                                                                                                                      |
|---------------------------------------------------------|------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ¿Necesito un referido para ver un <u>especialista</u> ? | Sí         | Este plan pagará algunos o todos los costos de los servicios cubiertos de un especialista, solamente si usted tiene la autorización del plan para consultar al especialista. |
| ¿Hay algún servicio(s) que el plan no cubra?            | Sí         | Algunos servicios que este plan no cubre se mencionan en la página 5. Para averiguar cuáles son los <u>servicios excluidos</u> , vea los documentos del plan o póliza.       |



- **Copago** es una cantidad fija (por ejemplo \$15) que usted paga por los servicios médicos cubiertos, generalmente al momento de recibirlos.
- **Coseguro** es la parte que le corresponde pagar a *usted* por un servicio cubierto, que es un porcentaje de la **cantidad aprobada** para dicho servicio. Por ejemplo, si la **cantidad aprobada** por el plan para pasar la noche en el hospital es \$1,000, su **coseguro** será el 20% de esa cantidad o sea \$200. Esta cantidad puede cambiar si usted aún no ha pagado el **deducible**.
- El pago del plan por los servicios cubiertos está basado en la **cantidad aprobada**. Si un **proveedor** fuera de la red (que no pertenece a la red del plan) le cobra más de la **cantidad aprobada**, usted tendrá que pagar la diferencia. Por ejemplo, en un hospital que no pertenece a la red le cobran por pasar la noche internado \$1,500 la **cantidad aprobada** es \$1,000, usted tendrá que pagar la diferencia de \$500 (conocida como **saldo de facturación**).
- El plan puede animarlo a que use **proveedores** cobrándole **deducibles**, **copagos** o **coseguro** más bajos.

| Evento médico común                                                   | Servicios que necesite                                              | Su costo si utilizas un proveedor dentro de la red | Su costo si utilizas un proveedor fuera de la red | Limitaciones las excepciones & |
|-----------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|---------------------------------------------------|--------------------------------|
| Si se atiende en la clínica o consultorio del <u>proveedor médico</u> | Consulta con su médico principal para tratar una condición o herida | Copago por visita \$25                             | No está cubierto                                  | -----Ninguno-----              |
|                                                                       | Consulta con un especialista                                        | Copago por visita \$50                             | No está cubierto                                  | -----Ninguno-----              |
|                                                                       | Consulta con otro proveedor de la salud                             | Copago por visita \$25                             | No está cubierto                                  | -----Ninguno-----              |
|                                                                       | Servicios preventivos/evaluaciones/vacunas                          | No hay costo                                       | No está cubierto                                  | -----Ninguno-----              |
| Si tiene que hacerse un examen                                        | Exámenes de diagnóstico (radiografías, análisis de sangre)          | 30 % coseguro después deducible                    | No está cubierto                                  | Requiere autorización previa.  |
|                                                                       | Imágenes (CT/PET scan, MRI)                                         | 30 % coseguro después deducible                    | No está cubierto                                  | Requiere autorización previa   |

| Evento médico común                                                                                                                                               | Servicios que necesite              | Su costo si utiliza un proveedor dentro de la red | Su costo si utiliza un proveedor fuera de la red | Limitaciones las excepciones &                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------------------------|--------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Si necesita un medicamento</b><br><br>Para más información sobre la <b>cobertura de medicamentos</b> visite <a href="#">Lista de medicamentos preferidos</a> . | Medicamentos genéricos              | Copago de \$25                                    | No está cubierto                                 | -----Ninguno-----                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
|                                                                                                                                                                   | Medicamentos de marca preferidos    | Copago de \$50                                    | No está cubierto                                 | Requiere autorización previa.                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
|                                                                                                                                                                   | Medicamentos de marca no preferidos | 30 % coseguro después deducible                   | No está cubierto                                 | Es necesaria la aprobación previa. Sujeto a deducible                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|                                                                                                                                                                   | Medicamentos especiales             | 30 % coseguro después deducible                   | No está cubierto                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| <b>Si le hacen una cirugía ambulatoria</b>                                                                                                                        | Arancel del centro (clínica)        | 30 % coseguro después deducible                   | No está cubierto                                 | Requiere autorización previa.                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
|                                                                                                                                                                   | Tarifa del médico/cirujano          | 30 % coseguro después deducible                   | No está cubierto                                 | Requiere autorización previa.                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| <b>Si necesita atención inmediata</b>                                                                                                                             | Servicios de la sala de emergencias | Copago de \$600 antes de deducible                | Copago de \$600 antes de deducible               | Instalaciones dentro de la red pueden prestar servicios de proveedores fuera de la red. Fuera de la red servicios de emergencia, usted puede ser responsable de la diferencia entre cargos facturados del proveedor y monto permitido del plan. (Véase la nota sobre facturación de equilibrio por encima de esta tabla). |
|                                                                                                                                                                   | Traslado médico de emergencia       | 30 % coseguro después deducible                   | 30 % coseguro después deducible                  | Instalaciones dentro de la red pueden prestar servicios de proveedores fuera de la red. Fuera de la red servicios de emergencia, usted puede ser responsable de la diferencia entre cargos facturados del proveedor y monto permitido del plan. (Véase la nota sobre facturación de equilibrio por encima de esta tabla). |
|                                                                                                                                                                   | Cuidado urgente                     | Copago de \$75                                    | No está cubierto                                 | -----Ninguno-----                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |

| Evento médico común                                                    | Servicios que necesite                                               | Su costo si utilizas un proveedor dentro de la red | Su costo si utilizas un proveedor fuera de la red | Limitaciones las excepciones & |
|------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|---------------------------------------------------|--------------------------------|
| Si lo admiten al hospital                                              | Arancel del hospital (habitación)                                    | Copago de \$750 por día antes de deducible         | No está cubierto                                  | Requiere autorización previa   |
|                                                                        | Tarifa del médico/cirujano                                           | 30 % coseguro después deducible                    | No está cubierto                                  | Requiere autorización previa   |
| Si tiene problemas psiquiátricos, de conducta o de abuso de sustancias | Servicios ambulatorios de salud mental y de la conducta              | Copago de \$25                                     | No está cubierto                                  | Requiere autorización previa.  |
|                                                                        | Servicios de salud mental y de la conducta para pacientes internados | Copago de \$750 por día antes de deducible         | No está cubierto                                  | Requiere autorización previa.  |
|                                                                        | Tratamiento ambulatorio para el abuso de sustancias                  | Copago de \$25                                     | No está cubierto                                  | Requiere autorización previa.  |
|                                                                        | Tratamiento para el abuso de sustancias para pacientes internados    | Copago de \$750 por día antes de deducible         | No está cubierto                                  | Requiere autorización previa   |
| Si está embarazada                                                     | Cuidados prenatales y post parto                                     | Copago de \$25                                     | No está cubierto                                  | -----Ninguno-----              |
|                                                                        | Parto y todos los servicios de internación                           | Copago de \$750 por día antes de deducible         | No está cubierto                                  | Requiere autorización previa   |

| Evento médico común                                                         | Servicios que necesite                       | Su costo si utiliza un proveedor dentro de la red | Su costo si utiliza un proveedor fuera de la red | Limitaciones las excepciones &                                                                     |
|-----------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|---------------------------------------------------|--------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Si necesita servicios de recuperación u otras necesidades especiales</b> | Cuidado de la salud en el hogar              | 30 % coseguro después deducible                   | No está cubierto                                 | 130 visitas por año                                                                                |
|                                                                             | Servicios de rehabilitación                  | 30 % coseguro después deducible                   | No está cubierto                                 | combinan de 25 visitas por año (rehabilitación hospitalaria limitada a 30 días por año calendario) |
|                                                                             | Servicios de recuperación de las habilidades | 30 % coseguro después deducible                   | No está cubierto                                 | 25 consultas ambulatorias por beneficio por año. 30 días de internación por beneficio por año      |
|                                                                             | Cuidado de enfermería especializado          | 30 % coseguro después deducible                   | No está cubierto                                 | 60 días por año en un centro de                                                                    |
|                                                                             | Equipo médico duradero                       | 30 % coseguro después deducible                   | No está cubierto                                 | Requiere autorización previa.                                                                      |
|                                                                             | Cuidado de hospicio                          | 30 % coseguro después deducible                   | No está cubierto                                 | Relevo - 14 días por toda la vida                                                                  |
| <b>Si su hijo necesita servicios dentales o de la vista</b>                 | Examen de la vista                           | Copago por visita \$0                             | No está cubierto                                 | 1 visita al año                                                                                    |
|                                                                             | Anteojos                                     | Copago por visita \$0                             | No está cubierto                                 | 1 punto por año. 1 par de lentes o marcos 1 par por año.                                           |
|                                                                             | Consulta dental                              | No está cubierto                                  | No está cubierto                                 | -----Ninguno-----                                                                                  |

### Servicios excluidos y otros servicios cubiertos:

| Los servicios que su plan NO cubre. (Esta es una lista parcial. Consulte los documentos del plan para más información.)                                                                                                                      |                                                                                                                                                |                                                                                                           |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cirugía bariátrica</li> <li>• Cuidado rutinario de los pies (no relacionados con el tratamiento de la diabetes)</li> <li>• No es de emergencia cuidado al viajar fuera de Estados Unidos</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cirugía estética</li> <li>• Cuidados a largo plazo</li> <li>• Programas de pérdida de peso</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cuidado dental (adulto)</li> <li>• Enfermería privada</li> </ul> |

## Otros servicios cubiertos. (Esta es una lista parcial. Consulte los documentos del plan para otros servicios cubiertos y sus precios.)

- |                                                                      |                                                                                                           |                                                                              |
|----------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------|
| • Aborto (no limitado basado en fondos federales)                    | • Acupuntura (limitado a 12 visitas al año. Unlimited visitas para el tratamiento de dependencia química) | • Audífonos (cobertura para los implantes cocleares solamente)               |
| • Cuidado de rutina de los pies (para el tratamiento de la diabetes) | • Tratamiento de la infertilidad (cobertura para el diagnóstico de la infertilidad sólo)                  | • Tratamiento quiropráctico (limitado a visitas de 10 especialistas por año) |

## Su derecho para continuar con la cobertura

Las leyes federales y estatales pueden brindar una protección que le permiten mantener la cobertura de seguro de salud, siempre y cuando pague su **prima**. Hay excepciones, sin embargo, tal como si:

- Comete fraude
- La aseguradora deja de ofrecer servicios en el Estado
- Si se muda fuera del área de cobertura

Para obtener más información sobre sus derechos para continuar su cobertura, comuníquese con la compañía de seguros en 877-687-1197, TTY/TDD 877-941-9238. También puede comunicarse con el departamento de seguros del estado Consumer Advocacy/SHIBA Office of the Insurance Commissioner, 5000 Capitol Blvd., SE, Turnwater, WA 98501, Phone No. (800) 562-6900 or (360) 725-7080

## Su derecho a presentar una queja o una apelación

Si tiene una queja o no está conforme con una denegación de cobertura de su plan, puede **apelar** la decisión o presentar una **queja**. Si tiene preguntas sobre sus derechos, este aviso, o necesita ayuda comuníquese con: Consumer Advocacy/SHIBA Office of the Insurance Commissioner, 5000 Capitol Blvd., SE, Turnwater, WA 98501, Phone No. (800) 562-6900 or (360) 725-7080

## ¿Provee Cobertura Esencial Minima esta Cobertura?

La Ley de Cuidado de Salud a Bajo Precio requiere que la mayoría de las personas tengan cobertura de atención médica que cumpla los requisitos de ser “cobertura esencial mínima.” **Este plan o esta póliza ofrece cobertura esencial mínima.**

## ¿Satisface esta Cobertura el Estándar de Valor Mínimo?

La Ley de Cuidado de Salud a Bajo Precio establece un estándar de valor mínimo para los beneficios de un plan médico. El estándar de valor mínimo es 60% (valor actuario). **Esta cobertura médica cumple el estándar de valor mínimo para los beneficios que provee.**

## Servicios de acceso Idioma (Language Access Services)

Inglés (English): For assistance in English, call us at: 877-687-1197, TTY/TDD 877-941-9238

Tagalog (Tagalog): Kung kailangan ninyo ang tulong sa Tagalog tumawag sa 877-687-1197 (TDD/TTY: 877-941-9238).

[Navajo (Dine): Dinek'ehgo shika at'ohwol ninisingo, kwijigo holne' 877-687-1197 (TDD/TTY: 877-941-9238).

---

*Para ejemplos sobre cómo este plan paga por los servicios en una situación médica específica consulte la página siguiente.*

---

## Sobre los ejemplos de cobertura:

Estos ejemplos le muestran cómo cubriría el plan los servicios en situaciones distintas. Úselos para tener una idea de cuánta cobertura económica podría obtener el paciente del ejemplo de los distintos planes.



**Esta no es una herramienta de cálculo de costos.**

No use estos ejemplos para calcular los costos reales de su plan. Los servicios médicos que usted reciba y los precios pueden ser distintos a los mencionados en los ejemplos.

Para información importante sobre estos ejemplos, consulte la página siguiente.

| Nacimiento<br>(parto normal)                                                                                                                |                |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|
| <ul style="list-style-type: none"><li>▪ El proveedor cobra: \$7,540</li><li>▪ El plan paga: \$5,290</li><li>▪ Usted paga: \$2,250</li></ul> |                |
| <b>Ejemplos de los costos:</b>                                                                                                              |                |
| El costo del hospital (madre)                                                                                                               | \$2,700        |
| Atención de rutina del obstetra                                                                                                             | \$2,100        |
| El costo del hospital (bebe)                                                                                                                | \$900          |
| Anestesia                                                                                                                                   | \$900          |
| Análisis de laboratorio                                                                                                                     | \$500          |
| Medicamentos                                                                                                                                | \$200          |
| Radiografías                                                                                                                                | \$200          |
| Vacunas y otros servicios preventivos                                                                                                       | \$40           |
| <b>Total</b>                                                                                                                                | <b>\$7,540</b> |
| <b>Usted paga:</b>                                                                                                                          |                |
| Deducibles                                                                                                                                  | \$1,250        |
| Copagos                                                                                                                                     | \$800          |
| Coseguro                                                                                                                                    | \$0            |
| Límites o exclusiones                                                                                                                       | \$200          |
| <b>Total</b>                                                                                                                                | <b>\$2,250</b> |

| Control de la diabetes<br>(control rutinario de la enfermedad)                                                                              |                |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|
| <ul style="list-style-type: none"><li>▪ El proveedor cobra: \$5,400</li><li>▪ El plan paga: \$2,670</li><li>▪ Usted paga: \$2,730</li></ul> |                |
| <b>Ejemplos de los costos:</b>                                                                                                              |                |
| Medicamentos                                                                                                                                | \$2,900        |
| Equipo médico e insumos                                                                                                                     | \$1,300        |
| Visitas al consultorios y procedimientos médicos                                                                                            | \$700          |
| Educación sobre el cuidado                                                                                                                  | \$300          |
| Análisis de laboratorio                                                                                                                     | \$100          |
| Vacunas y otros servicios preventivos                                                                                                       | \$100          |
| <b>Total</b>                                                                                                                                | <b>\$5,400</b> |
| <b>Usted paga:</b>                                                                                                                          |                |
| Deducibles                                                                                                                                  | \$1,250        |
| Copagos                                                                                                                                     | \$1,100        |
| Coseguro                                                                                                                                    | \$300          |
| Límites o exclusiones                                                                                                                       | \$80           |
| <b>Total</b>                                                                                                                                | <b>\$2,730</b> |

## Preguntas y respuestas sobre los ejemplos mencionados:

### ¿Qué conceptos se presuponen de estos ejemplos?

- Los costos no incluyen las **primas**.
- Los ejemplos de costos están basados en los promedios nacionales provenientes del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE.UU. y que no son específicos para una zona geográfica o un plan.
- La afección del paciente no es una condición excluida ni preexistente.
- Todos los servicios y tratamientos empezaron y terminaron en el mismo período de cobertura.
- No hay otros gastos médicos para ningún miembro cubierto por este plan.
- Los gastos del bolsillo están basados solamente en el tratamiento del problema mencionado en el ejemplo.
- El paciente recibió todos los servicios de **proveedores** de la red del plan. Si el paciente hubiese recibido los servicios de **proveedores** fuera de la red, los costos hubieran sido más altos.

### ¿Qué muestra el ejemplo?

En cada ejemplo usted verá cómo suman los **deducibles**, **copagos** y **coseguro**. También le ayudan a ver cuáles son los gastos que tendrá que pagar usted porque no están cubiertos o porque el pago es limitado.

### ¿Contempla el ejemplo mis propias necesidades?

✖ **No.** Los tratamientos que mencionamos son solo ejemplos. El tratamiento que usted podría recibir para esta condición tal vez sea distinto, según cuál sea el consejo de su médico, su edad, la gravedad de su caso y otros factores.

### ¿Puede el ejemplo predecir mis gastos futuros?

✖ **No.** Los ejemplos de cobertura no son herramientas de cálculo de costos. Usted no puede usar el ejemplo para estimar el costo del cuidado de su condición. El ejemplo es únicamente para fines comparativos. Sus costos reales dependerán de los servicios que reciba, del precio del **proveedor** y del reembolso que autorice el plan.

### ¿Puedo usar los ejemplos para comparar los planes?

✔ **Sí.** Cuando usted se fija en el Resumen de Beneficios y Cobertura de otros planes, encontrará los mismos ejemplos de cobertura. Cuando compare los planes, fíjese en el casillero titulado “Usted paga” de cada ejemplo. Cuanto más bajo el número, mayor será la cobertura ofrecida por el plan.

### ¿Debo tener en cuenta otros costos al comparar los planes?

✔ **Sí.** Un gasto importante es lo que paga de **prima**. Por lo general, cuanto más baja sea la **prima** mayores serán los gastos de su bolsillo, como los **copagos**, **deducibles** y **coseguro**.

**Preguntas** Llame al 877-687-1197, TTY/TDD 877-941-9238 o visite <http://ambetter.coordinatedcarehealth.com/>.

Si no entiende alguno de los términos en negritas, consulte el Glosario en [www.cciio.cms.gov](http://www.cciio.cms.gov) o llame al 877-687-1197, TTY/TDD 877-941-9238 y pida una copia.

SBC-61836WA0050006-04

### Declaración de no discriminación

Ambetter de Coordinated Care 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 Coordinated Care no excluye personas o las trata de manera diferente debido a su raza, color, origen nacional, edad, discapacidad, o sexo.

Ambetter de Coordinated Care:

- 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 Coordinated Care a 1-877-687-1197 (TTY/TDD 1-877-941-9238).

Si considera que Ambetter de Coordinated Care 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: Grievances Coordinator Coordinated Care, 1145 Broadway, Suite 300, Tacoma, WA 98402, 1-877-687-1197 (TTY/TDD 1-877-941-9238), Fax 1-855-218-0588. Usted puede presentar una queja en persona, por correo, fax, o correo electrónico. Si necesita ayuda para presentar una queja, Ambetter de Coordinated Care 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>.

|                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|----------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Spanish              | Si usted, o alguien a quien usted está ayudando, tiene preguntas acerca de Ambetter from Coordinated Care, tiene derecho a obtener ayuda e información en su idioma sin costo alguno. Para hablar con un intérprete, llame al 1-877-678-1197 (TTY/TDD 1-877-941-9238).              |
| Chinese              | 如果您，或是您正在協助的對象，有關於 Ambetter from Coordinated Care 方面的問題，您有權利免費以您的母語得到幫助和訊息。洽詢一位翻譯員，請撥電話 1-877-678-1197 (TTY/TDD 1-877-941-9238)。                                                                                                                                                    |
| Vietnamese           | Nếu quý vị, hay người mà quý vị đang giúp đỡ, có câu hỏi về Ambetter from Coordinated Care, 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 1-877-678-1197 (TTY/TDD 1-877-941-9238).              |
| Korean               | 만약 귀하 또는 귀하가 돕고 있는 어떤 사람이 Ambetter from Coordinated Care 에 관해서 질문이 있다면 귀하는 그러한 도움과 정보를 귀하의 언어로 비용 부담없이 얻을 수 있는 권리가 있습니다. 그렇게 통역사와 얘기하기 위해서는 1-877-678-1197 (TTY/TDD 1-877-941-9238) 로 전화하십시오.                                                                                       |
| Russian              | Если у вас или лица, которому вы помогаете, имеются вопросы по поводу Ambetter from Coordinated Care, то вы имеете право на бесплатное получение помощи и информации на вашем языке. Для разговора с переводчиком позвоните по телефону 1-877-678-1197 (TTY/TDD 1-877-941-9238).    |
| Tagalog              | Kung ikaw, o ang iyong tinutulungan, ay may mga katanungan tungkol sa Ambetter from Coordinated Care, may karapatan ka na makakuha ng tulong at impormasyon sa iyong wika ng walang gastos. Upang makausap ang isang tagasalin, tumawag sa 1-877-678-1197 (TTY/TDD 1-877-941-9238). |
| Ukrainian            | Якщо у Вас чи у когось, хто отримує Вашу допомогу, виникають питання про Ambetter from Coordinated Care, у Вас є право отримати безкоштовну допомогу та інформацію на Вашій рідній мові. Щоб зв'язатись з перекладачем, задзвоніть на 1-877-678-1197 (TTY/TDD 1-877-941-9238).      |
| Cambodian, Mon-Khmer | ប្រសិនបើអ្នក ឬនរណាម្នាក់ដែលអ្នកកំពុងតែជួយ មានសំណួរអំពី Ambetter from Coordinated Care ទេ, អ្នកមានសិទ្ធិទទួលបានជំនួយនិងព័ត៌មាន នៅក្នុងភាសា របស់អ្នក ដោយមិនអស់ប្រាក់ ។ ដើម្បីនិយាយជាមួយអ្នកបកប្រែ សូម 1-877-678-1197 (TTY/TDD 1-877-941-9238) ។                                       |
| Japanese             | ご本人様、またはお客様の身の回りの方でも、Ambetter from Coordinated Careについてご質問がございましたら、ご希望の言語でサポートを受けたり、情報を入手したりすることができます。料金はかかりません。通訳とお話される場合、1-877-678-1197 (TTY/TDD 1-877-941-9238)までお電話ください                                                                                                         |

|               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|---------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Amharic       | እርስዎ፣ ወይም እርስዎ የሚያግዙት ግለሰብ፣ ስለ Ambetter from Coordinated Care ጥያቄ ካላችሁ፣ ያለ ምንም ክፍያ በቋንቋዎ እርዳታና መረጃ የማግኘት መብት አላችሁ። ከአስተርጓሚ ጋር ለመነጋገር፣ 1-877-678-1197 (TTY/TDD 1-877-941-9238) ይደውሉ።                                                                                                                                          |
| Cushite-Oromo | Isin yookan namni biraa isin deeggartan Ambetter from Coordinated Care irratti gaaffii yo qabaattan, kaffaltii irraa bilisa haala ta'een afaan keessaniin odeeffannoo argachuu fi deeggarsa argachuuf mirga ni qabdu. Nama isiniif ibsu argachuuf, lakkoofsa bilbilaa 1-877-678-1197 (TTY/TDD 1-877-941-9238) tiin bilbilaa. |
| Arabic        | إن كان لديك أو لدى شخص تساعد أسئلة بخصوص Ambetter from Coordinated Care ، فلديك الحق في الحصول على المساعدة والمعلومات الضرورية بلغتك من دون اية تكلفة. للتحدث مع مترجم اتصل بـ 1-877-678-1197 (TTY/TDD 1-877-941-9238).                                                                                                     |
| Punjabi       | ਜੇ ਤੁਹਾਨੂੰ, ਜਾਂ ਤੁਸੀਂ ਜਜ਼ਬ ਦੀ ਮਦਦ ਕਰ ਰਹੇ ਹੋ, Ambetter from Coordinated Care ਕੋਈ ਸਵਾਲ ਹੈ ਤਾਂ, ਤੁਹਾਨੂੰ ਜਿਨਾ ਜਕਸੇ ਕੀਮਤ 'ਤੇ ਆਪਣੀ ਭਾਸ਼ਾ ਜਵਿੱਚ ਮਦਦ ਅਤੇ ਜਾਣਕਾਰੀ ਪਰਾਪਤ ਕਰਨ ਦਾ ਅਜਿਕਾਰ ਹੈ. ਦੁਭਾਸ਼ੀਏ ਨਾਲ ਗਿੱਲ ਕਰਨ ਲਈ, 1-877-678-1197 (TTY/TDD 1-877-941-9238) ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ                                                                |
| German        | Falls Sie oder jemand, dem Sie helfen, Fragen zum Ambetter from Coordinated Care haben, haben Sie das Recht, kostenlose Hilfe und Informationen in Ihrer Sprache zu erhalten. Um mit einem Dolmetscher zu sprechen, rufen Sie bitte die Nummer 1-877-678-1197 (TTY/TDD 1-877-941-9238) an.                                   |
| Laotian       | ຖ້າທ່ານ, ຫຼືຄົນທີ່ທ່ານກຳລັງຊ່ວຍເຫຼືອ, ມີຄຳຖາມກ່ຽວກັບ Ambetter from Coordinated Care, ທ່ານມີສິດທີ່ຈະໄດ້ຮັບການຊ່ວຍເຫຼືອແລະຂໍ້ມູນຂ່າວສານທີ່ເປັນພາສາຂອງທ່ານບໍ່ມີຄ່າໃຊ້ຈ່າຍ. ການໂອ້ນວິມັດທະນາພາສາ, ໃຫ້ໃບທາ 1-877-678-1197 (TTY/TDD 1-877-941-9238).                                                                               |