

Ambetter from Coordinated Care Corporation : Ambetter Balanced Care 3 (2018)

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



El Resumen de beneficios y cobertura (SBC, por sus siglas en inglés) es un documento que le ayudará a elegir un plan médico. El SBC le muestra cómo usted y el plan compartirían el costo de los servicios médicos cubiertos. NOTA: La información sobre el costo de este plan (llamada prima) se proporcionará aparte. Esto es solo un resumen. Para más información sobre su cobertura, o para obtener una copia de los términos de cobertura completos, visita <https://ambetter.CoordinatedCareHealth.com/2018-brochures.html>, o llamar a 1-877-687-1197 (TTY/TDD: 877-941-9238). Para una definición de los términos de uso común, como monto permitido, facturación del saldo, coseguro, copago, deductible, proveedor, u otros términos delineados consulte el glosario. Puede ver una copia del glosario en [www.http://ambetter.celticarehealthplan.com](http://ambetter.celticarehealthplan.com) o llamar a 877-687-1186, TTY/TDD 877-941-9234 para solicitar una copia.

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué es importante:
¿Cuál es el <u>deductible</u> general?	\$3,000 individual/\$6,000 familia.	Generalmente, usted debe pagar todos los costos de <u>los proveedores</u> hasta por el monto de <u>deductible</u> antes de que este <u>plan</u> comience a pagar. Si tiene otros miembros de la familia en el <u>plan</u> , cada miembro de la familia debe cumplir con sus propios individuales <u>deductibles</u> hasta el importe total de gastos <u>deductibles</u> pagados por todos los miembros de la familia conoce a la familia en general <u>deductible</u> .
¿Se cubre algún servicio antes de pagar todo el <u>deductible</u> ?	Sí. Medicamentos genéricos y recomendado: <u>atención preventiva</u> , atención primaria, <u>especialistas</u> y visitas de la oficina de <u>atención de urgencia</u> , están cubiertos antes de que su <u>deductible</u> .	Este <u>plan</u> cubre algunos artículos y servicios, incluso si todavía no han satisfecho la cantidad <u>deductible</u> . Pero puede aplicar un <u>copago</u> o <u>coseguro</u> . Por ejemplo, este <u>plan</u> cubre algunos servicios preventivos sin gastos y antes de que su <u>deductible</u> . Ver una lista de los cubiertos <u>servicios preventivos</u> en https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/ .
¿Hay algún otro <u>deductible</u> por servicios específicos?	No.	No tienes que cubrir <u>deductibles</u> para servicios específicos.
¿Cuál es el máximo en gastos directos del bolsillo de este <u>plan</u> ?	Para <u>red</u> \$6,500 individuo / \$13,000 la familia. No, para no - <u>proveedores de la red</u> .	El <u>límite de desembolso</u> es lo máximo que podría pagar en un año por los servicios cubiertos. Si usted tiene otros miembros de la familia en este <u>plan</u> , tienen que cumplir con sus propios <u>límites de desembolso</u> hasta que el general familia <u>límite de desembolso</u> se ha encontrado.
¿Qué no incluye el <u>desembolso máximo</u> ?	<u>Primas</u> , gastos <u>saldo de facturación</u> y atención de la salud este <u>plan</u> no cubre.	A pesar de que estos gastos no cuentan hacia el <u>límite de la hacia fuera-de-bolsillo</u> .
¿Pagará un poco menos si acude a un <u>proveedor dentro de la red medica</u> ?	Sí. Encontrar <u>un proveedor</u> o llame al 1-877-687-1197 para una lista de <u>proveedores de la red</u> .	Este <u>plan</u> utiliza una <u>red de proveedores</u> . Pagas menos si usas un <u>proveedor</u> en la <u>red del plan</u> . Usted pagará más si utilizas un <u>proveedor fuera de la red</u> , y es posible que reciba una factura de un <u>proveedor</u> por la diferencia entre el cargo <u>del proveedor</u> y que su <u>plan</u> paga (<u>balance de facturación</u>). Ten en cuenta, su <u>proveedor de red</u> puede utilizar un <u>proveedor fuera de la red</u> para algunos servicios (tales como trabajo de laboratorio). Consulte con su <u>proveedor</u> antes de llegar a servicios.
¿Necesita un referido		

para ver a un
especialista?

No.

Puedes ver el especialista que elige sin remisión.



Todos los costos de copago y coseguro que se indican en esta tabla son después de que se haya completado el deductible, si aplica un deductible.

Eventos médicos comunes	Servicios que podría necesitar	Lo que usted paga		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor en la red (Usted pagará lo mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará lo máximo)	
Si acude a la oficina o clínica de un proveedor de salud	Visita de atención primaria para tratar una lesión o enfermedad	<u>copagode</u> \$30/visit; no se aplica <u>deductible</u> .	No está cubierto	----Ninguno----
	Visita al <u>especialista</u>	<u>Copagode</u> \$60/visit; no se aplica <u>deductible</u> .	No está cubierto	----Ninguno----
	<u>Atención preventiva/ examen colectivo/ vacuna</u>	No hay costo	No está cubierto	----Ninguno----
Si se realiza un examen	<u>Prueba diagnóstica</u> (radiografía, análisis de sangre)	<u>Coseguro</u> del 30%	No está cubierto	Autorización previa necesaria. Falta de autorización previa para cualquier servicio que requiera autorización previa puede resultar en la negación de pago por el cuidado que de lo contrario podría estar cubierto.
	Estudios de imágenes (tomografía computarizada, estudio PET, resonancia magnética)	<u>Coseguro</u> del 30%	No está cubierto	Autorización previa necesaria.

Eventos médicos comunes	Servicios que podría necesitar	Lo que usted paga		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor en la red (Usted pagará lo mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará lo máximo)	
Si necesita medicamentos para tratar su enfermedad o infección. Hay más información disponible acerca de la cobertura de medicamentos con receta en Preferred Drug List	Medicamentos genéricos (Nivel 1)	Venta por menor: \$25 <u>Co-pago por/prescription;</u> Correo: /prescription de <u>copagode</u> \$75; no se aplica <u>deductible</u>	No está cubierto	Ninguno. Medicamentos se proporcionan por menor de 31 días y hasta 90 días a través de correo. Correo pedidos están sujetos a cantidad de <u>gastos</u> por menor X 3.
	Medicamentos de marcas preferidas (Nivel 2)	Venta por menor: \$50 <u>Co-pago por/prescription;</u> Correo: /prescription de <u>copagode</u> \$150; no se aplica <u>deductible</u>	No está cubierto	Autorización previa necesaria. Medicamentos se proporcionan hasta 31 días de venta por menor y hasta 90 días por orden de correo. Correo pedidos están sujetos a cantidad de <u>gastos</u> por menor X 3.
	Medicamentos de marcas no preferidas (Nivel 3)	<u>Coseguro del 30%</u>	No está cubierto	Autorización previa necesaria. Medicamentos se proporcionan hasta 31 días de venta por menor y hasta 90 días por orden de correo. Correo pedidos están sujetos a cantidad de <u>gastos</u> por menor X 3.
	<u>Medicamentos especializados</u> (Nivel 4)	<u>Coseguro del 30%</u>	No está cubierto	Autorización previa necesaria. Medicamentos se proporcionan hasta 31 días de venta por menor y hasta 90 días por orden de correo. Correo pedidos están sujetos a cantidad de <u>gastos</u> por menor X 3.
Si se somete a una operación ambulatoria	Cargo de instalaciones (p. ej., centro de cirugía ambulatoria)	<u>Coseguro del 30%</u>	No está cubierto	Autorización previa necesaria.
	Honorarios del médico/cirujano	<u>Coseguro del 30%</u>	No está cubierto	Autorización previa necesaria.
Si necesita atención médica inmediata	<u>Atención en la sala de emergencias</u>	<u>Copago de \$600 antes de deducible</u>	<u>Copago de \$600 antes de deducible</u>	Servicios en la <u>red</u> pueden proporcionar servicios de <u>proveedores fuera de la red</u> . Para hacia fuera-de-red <u>servicios de emergencia</u> , usted puede ser responsable de la diferencia entre los cargos <u>del proveedor</u> de factura y el <u>monto permitido del plan</u> . (Véase la nota sobre <u>balance de facturación</u> por encima de esta tabla).
				Servicios en la <u>red</u> pueden proporcionar servicios de <u>proveedores fuera de la red</u> . Para hacia fuera-

<u>Transporte médico de emergencia</u>	<u>Coseguro del 30%</u>	<u>Coseguro del 30%</u>	de-red servicios de emergencia, usted puede ser responsable de la diferencia entre los cargos <u>del proveedor de factura y el monto permitido del plan.</u> (Véase la nota sobre <u>balance de facturación</u> por encima de esta tabla).
<u>Atención de urgencia</u>	<u>Copago de \$100/visit: no aplica deducible</u>	No está cubierto	-----Ninguno-----

Eventos médicos comunes	Servicios que podría necesitar	Lo que usted paga		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor en la red (Usted pagará lo mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará lo máximo)	
Si le hospitalizan	Cargo de instalaciones (p. ej., habitación de hospital)	<u>Copago de \$750 por día antes de deducible</u>	No está cubierto	Autorización previa necesaria.
	Honorarios del médico/cirujano	<u>Coseguro del 30%</u>	No está cubierto	Autorización previa necesaria.
Si necesita servicios de salud mental, conductual o toxicomanías	Sevicios ambulatorios	<u>Copago de \$30/office visita; no se aplica deducible</u> ; 30% de <u>coaseguro</u> para todos los demás servicios ambulatorios	No está cubierto	Autorización previa necesaria. (PCP y practicante de otras visitas no requieren autorización previa)
	Servicios internos	<u>Copago de \$750 por día antes de deducible</u>	No está cubierto	Autorización previa necesaria.
Si está embarazada	Visitas al consultorio	<u>Copago de \$30/visit; no se aplica deducible</u>	No está cubierto	Autorización previa necesaria. <u>Compartir los costos</u> no se aplica para <u>los servicios preventivos</u> . Dependiendo del tipo de servicios, pueden aplicar <u>coaseguro, copago o deducible</u> . Atención de maternidad puede incluir pruebas y servicios que se describe en la CE (es decir, ultrasonido).
	Servicios de parto profesionales	<u>Coseguro del 30%</u>	No está cubierto	Autorización previa necesaria. <u>Compartir los costos</u> no se aplica para <u>los servicios preventivos</u> . Dependiendo del tipo de servicios, pueden aplicar <u>coaseguro, copago o deducible</u> . Atención de maternidad puede incluir pruebas y servicios que se describe en la CE (es decir, ultrasonido).
	Servicios de instalaciones de partos profesionales	<u>Copago de \$750 por día antes de deducible</u>	No está cubierto	Autorización previa necesaria. <u>Compartir los costos</u> no se aplica para <u>los servicios preventivos</u> . Dependiendo del tipo de servicios, pueden aplicar <u>coaseguro, copago o deducible</u> . Atención de maternidad puede incluir pruebas y servicios que se describe en la CE (es decir, ultrasonido).

Eventos médicos comunes	Servicios que podría necesitar	Lo que usted paga		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor en la red (Usted pagará lo mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará lo máximo)	
Si necesita ayuda recuperándose o tiene otras necesidades de salud especiales	<u>Cuidado de la salud en el hogar</u>	<u>Coseguro</u> del 30%	No está cubierto	130 visitas por año.
	<u>Servicios de rehabilitación</u>	<u>Coseguro</u> del 30%	No está cubierto	25 visitas combinan por año (rehabilitación hospitalaria limitada a 30 días por año calendario).
	<u>Servicios de habilitación</u>	<u>Coseguro</u> del 30%	No está cubierto	25 consultas ambulatorias por beneficio por año. 30 días de internación por beneficio por año.
	<u>Cuidado de enfermería especializada</u>	<u>coaseguro</u> del 30%	No está cubierto	60 días por año en un centro.
	<u>Equipo médico duradero</u>	<u>Coseguro</u> del 30%	No está cubierto	Autorización previa necesaria.
	<u>Servicios de cuidados paliativos o enfermos terminales</u>	<u>Coseguro</u> del 30%	No está cubierto	Relevo - 14 días por toda la vida.
	Examen de la vista pediátrico	<u>Copago</u> de \$0/visit; no se aplica <u>deducible</u>	No está cubierto	1 visita al año
Si su niño necesita servicios odontológicos o de la vista	Anteojos para niños	<u>Copago</u> de \$0/item; no se aplica <u>deducible</u>	No está cubierto	1 artículo al año
	Chequeo dental pediátrico	No está cubierto	No está cubierto	----Ninguno----

Servicios excluidos y otros servicios cubiertos

Servicios que su plan generalmente NO cubre (consulte el documento de su plan o póliza para encontrar más información y una lista de otros servicios excluidos.)

- Cirugía bariátrica
- Cuidado dental
- No es de emergencia cuidado al viajar fuera de Estados Unidos
- Cirugía estética
- Cuidados a largo plazo
- Programas de pérdida de peso
- Cuidado de rutina de la vista (adulto)
- Enfermería privada

Otros servicios cubiertos (podrían aplicarse limitaciones a estos servicios. Esto no es una lista completa. Consulte el documento de su [plan](#) document.)

- 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)

Sus derechos a continuar con su cobertura Hay agencias que pueden ayudarle si desea continuar con su cobertura cuando esta termine. La información de contacto de estas agencias es: Consumer Advocacy/SHIBA Office of the Insurance Commissioner, 5000 Capitol Blvd., SE, Turnwater, WA 98501, Phone No. (800) 562-6900 or (360) 725-7080 Podría tener también otras opciones de cobertura, como comprar cobertura de seguro individual a través del [Mercado](#) de Seguro Médico. Para más información acerca del [Mercado](#), visite www.CuidadDeSalud.gov o llame al 1-800-318-2596.

Sus derechos para presentar quejas o apelaciones: Hay agencias que pueden ayudarle si tiene una queja contra su [plan](#) por negarle una [reclamación](#). Esta queja se llama [reclamo](#) or [apelación](#). Para más información acerca de sus derechos, consulte la explicación de beneficios que recibirá para este [reclamo](#) médico. Sus documentos del [plan](#) también incluirán información completa sobre cómo presentar un [reclamo](#), [apelación](#), o una [queja](#) a su [plan](#) por cualquier motivo. Para más información sobre sus derechos, esta notificación o para recibir asistencia, 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

¿Este plan proporciona cobertura esencial mínima? Sí

Si no tiene [cobertura esencial mínima](#) durante un mes, tendrá que realizar un pago con su declaración de impuestos, a menos que califique para una exención del requisito de tener cobertura médica ese mes.

¿Este plan cumple con los estándares de valor mínimo? Sí

Si su [plan](#) no cumple con los [estándares de valor mínimo](#), usted podría calificar para un [crédito fiscal para las primas](#) para ayudarle a pagar un [plan](#) a través del [Mercado](#).

Servicios lingüísticos:

Spanish (Español): Para obtener asistencia en Español, llame al 1-877-687-1197, TTY/TDD 1-877-941-9238.

Tagalog (Tagalog): Kung kailangan ninyo ang tulong sa Tagalog tumawag sa 1-877-687-1197, TTY/TDD 1-877-941-9238.

Chinese (中文): 如果需要中文的帮助, 请拨打这个号码 1-877-687-1197, TTY/TDD 1-877-941-9238.

Navajo (Dine): Dinek'ehgo shika a'ohwol ninisingo, kwijigo holne 1-877-687-1197, TTY/TDD 1-877-941-9238.

Para ver ejemplos de cómo este plan podría cubrir los costos de una situación médica hipotética, consulte la próxima sección.

Acerca de los ejemplos de cobertura:



Este no es un estimador de costos. Los tratamientos ilustrados son ejemplos de cómo este [plan](#) podría cubrir atención médica. Los costos en sí serán diferentes, en función de la atención que termine recibiendo, los precios que cobren sus proveedores y dentro del [plan](#). Utilice esta información para comparar la porción de los costos que usted tendría que pagar con otros [planes](#) médicos distintos. Tenga en mente que estos ejemplos de cobertura se basan solo en la cobertura individual

Peg está embarazada

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

- El [deductible](#) general del [plan](#) \$3,000
- [Especialista copago](#) \$60
- Hospital (instalaciones) [copago](#) \$750
- Otro [coseguro](#) 30%

Este EJEMPLO incluye servicios como:

Visitas al especialista (atención prenatal)
Servicios de parto profesionales
Servicios de instalaciones de partos profesionales
Pruebas diagnósticas (sonogramas y análisis de sangre)
Visita al especialista (anestesia)

Costo total hipotético \$12,800

En este ejemplo, Peg pagaría:

Costo compartido	
Deductibles	\$3,000
Copagos	\$1,400
Coseguro	\$300
Qué no está cubierto	
Límites o exclusiones	\$60
El total que Peg pagaría es	\$4,760

Control de la diabetes tipo 2 de Joe

(un año de atención en la red de rutina de una enfermedad bien manejada)

- El [deductible](#) general del [plan](#) \$3,000
- [Especialista copago](#) \$60
- Hospital (instalaciones) [copago](#) \$750
- Otro [coseguro](#) 30%

Este EJEMPLO incluye servicios como:

Visitas al consultorio del médico primario (incluye sesiones informativas sobre la enfermedad)
Pruebas diagnósticas (análisis de sangre)
Medicamentos por recetas
Equipo médico duradero (medidor de glucosa)

Costo total hipotético \$7,400

En este ejemplo, Joe pagaría:

Costo compartido	
Deductibles	\$1,300
Copagos	\$1,800
Coseguro	\$600
Qué no está cubierto	
Límites o exclusiones	\$60
El total que Joe pagaría es	\$3,760

Fractura simple de Mia

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

- El [deductible](#) general del [plan](#) \$3,000
- [Especialista copago](#) \$60
- Hospital (instalaciones) [copago](#) \$750
- Otro [coseguro](#) 30%

Este EJEMPLO incluye servicios como:

Sala de emergencias (incluye materiales médicos)
Prueba diagnóstica (radiografía)
Equipo médico duradero (muletas)
Servicios de rehabilitación (terapia física)

Costo total hipotético \$1,900

En este ejemplo, Mia pagaría:

Costo compartido	
Deductibles	\$1,100
Copagos	\$200
Coseguro	\$500
Qué no está cubierto	
Límites o exclusiones	\$0
El total que Mia pagaría es	\$1,800

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

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 está ayudando, tiene preguntas acerca de Ambetter de Coordinated Care, tiene derecho a obtener ayuda e información en su idioma sin costo alguno. Para hablar con un intérprete, llame al 1-877-687-1197 (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。如果要與一位翻譯員講話，請撥電話 1-877-687-1197 (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 1-877-687-1197 (TTY/TDD 1-877-941-9238).
Korean:	만약 귀하 또는 귀하가 돕고 있는 어떤 사람이 Ambetter from Coordinated Care에 대해서 질문이 있다면 귀하는 그러한 도움과 정보를 귀하의 언어로 비용 부담 없이 얻을 수 있는 권리가 있습니다. 그렇게 통역사와 얘기하기 위해서는 1-877-687-1197(TTY/TDD 1-877-941-9238)로 전화하십시오.
Russian:	В случае возникновения у вас или у лица, которому вы помогаете, каких-либо вопросов о программе страхования Ambetter from Coordinated Care вы имеете право получить бесплатную помощь и информацию на своем родном языке. Чтобы поговорить с переводчиком, позвоните по телефону 1-877-687-1197 (TTY/TDD 1-877-941-9238).
Tagalog:	Kung ikaw, o ang iyong tinutulangan, ay may mga katanungan tungkol sa Ambetter from Coordinated Care, may karapatán ka na makakuha nang tulon at impormasyon sa iyong wika ng walang gastos. Upang makausap ang isang tagasalin, tumawag sa 1-877-687-1197 (TTY/TDD 1-877-941-9238).
Ukrainian:	В разі виникнення у вас або особи, якій ви допомагаєте, будь-яких запитань щодо програми страхування Ambetter from Coordinated Care ви маєте право отримати безкоштовну допомогу та інформацію на своїй рідній мові. Цілі поговорити з перекладачем, зателефонуйте за номером 1-877-687-1197 (TTY/TDD 1-877-941-9238).
Mon-Khmer, Cambodian:	ប្រជុំទេសកម្មភ័យ នាមពេលកំណើនអូគ្រិនុញ្ញបាយមីនី Ambetter from Coordinated Care អូគ្រិនីច្ចឹងឯុទ្ធបាយកិច្ចិយិនីកំណើនអូគ្រិនុញ្ញបាយមីនី នូវកិច្ចិយិនីកំណើនអូគ្រិនុញ្ញបាយមីនី 1-877-687-1197 (TTY/TDD 1-877-941-9238)
Japanese:	Ambetter from Coordinated Careについて何かご質問がございましたらご連絡ください。ご希望の言語によるサポートや情報を無料でご提供いたします。通訳が必要な場合は、1-877-687-1197 (TTY/TDD 1-877-941-9238)までお電話ください。
Amharic:	አርድም መያወች አርድም የሚርችት ስው ሰላ Ambetter from Coordinated Care ጥብር ጥብቅ ካለምንም መሬ በቃቀቂም ይኖሩ፡ አገሪቱ መረጃ የሚገኘውን መሬት አለም፡፡ አገተኛውን ልማት አለበት፡፡ አገተኛውን ልማት አለበት፡፡ 1-877-687-1197 (TTY/TDD 1-877-941-9238) ይደውሉ፡፡
Cushite:	Yoo si ykn namaa gargaaraa jirtuu wa'ee Ambetter from Coordinated Care (Kuununsa Qindeeffamaa) irra gaaffi qabaatan ta'ee gargaarsaa fi oodeeffanoo afaan ketii kaffaltii alla argachuuf mirgaa qabdaa. Turjumaana wajii dubadhuu, 1-877-687-1197 irra bilbilli (TTY/TDD 1-877-941-9238).
Arabic:	إذا كان لديك أو لدى شخص تساعدك حول Ambetter from Coordinated Care، لديك الحق في الحصول على المساعدة والمعلومات الضرورية بذلك من دون لغة تتكلفك. للتحدث مع مترجم اتصل بـ (TTY/TDD 1-877-941-9238) 1-877-687-1197
Punjabi:	ਜੇ ਤੁਹਾਡੇ, ਜਾਂ ਤੁਹਾਡੀ ਮਦਦ ਲੈ ਰਹੇ ਕਿਸੇ ਵਿਅਕਤੀ ਦੇ ਮਨ ਵਿਚ Ambetter from Coordinated Care ਦੇ ਬਾਰੇ ਕੋਈ ਸਵਾਲ ਚਾਨ. ਤਾਂ ਤੁਹਾਨੂੰ ਆਪਣੀ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿਚ ਮਦਦ ਲੈਣ ਦਾ ਪੂਰਾ ਰੱਕ ਹੈ। ਦੁਭਾਸੀਏ ਨਾਲ ਗੱਲ ਕਰਨ ਲਈ 1-877-687-1197 (TTY/TDD 1-877-941-9238) ਤੋਂ ਕਾਲ ਕਰੋ।
German:	Falls Sie oder jemand, dem Sie helfen, Fragen zu Ambetter from Coordinated Care 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 1-877-687-1197 (TTY/TDD 1-877-941-9238) an.
Laotian:	ຖ້າທ່ານ ຫຼືອົບື້່ທ່ານກ່າວວັງລ່ວມເຫຼື້ອ ມີຄ່າຖາມກ່ຽງຂ້ອງບໍລິບ Ambetter from Coordinated Care, ຫໍ່ກ່າວມີເສີມທີ່ຈະໄດ້ກັບການຊ່ວຍເຫຼື້ອແວວ່າຂໍ້ມູນຂ່າວການທີ່ຕັ້ງປັ້ງພາກຂອງທ່ານ ໂດຍບໍ່ມີຄ່າໃຊ້ຈ່າລ່າ. ເພື່ອຈະເວົ້າກັບນາຍພາກ້າ ໃຫ້ໃຫຍ່ເຫຼື້ອ