



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.ARHealthWellness.com/2018-brochures.html>, o llamar a 1-877-617-0390 (TTY/TDD 877-617-0392). Para una definición de los términos de uso común, como [monto permitido](#), [facturación del saldo](#), [coseguro](#), [copago](#), [deducible](#), [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 deducible general?	\$675 individual/\$1,350 familia. Fuera de la red : \$6,000 individual/\$12,000 familia.	Generalmente, usted debe pagar todos los costos de los proveedores hasta por el monto de deducible antes de que este plan comience a pagar. Si tiene otros miembros de la familia en el plan , cada miembro de la familia debe cumplir con sus propios individuales deducibles hasta el importe total de gastos deducibles pagados por todos los miembros de la familia conoce a la familia en general deducible .
¿Se cubre algún servicio antes de pagar todo el deducible ?	Sí. Medicamentos genéricos y recomendado: atención preventiva , atención primaria, especialistas y visitas de la oficina de atención de urgencia , están cubiertos antes de que su deducible .	Este plan cubre algunos artículos y servicios, incluso si todavía no han satisfecho la cantidad deducible . Pero puede aplicar un copago o coseguro . Por ejemplo, este plan cubre algunos servicios preventivos sin gastos y antes de que su deducible . Ver una lista de los cubiertos servicios preventivos en https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/ .
¿Hay algún otro deducible por servicios específicos?	No.	No tienes que cubrir deducibles para servicios específicos.
¿Cuál es el máximo en gastos directos del bolsillo de este plan ?	Para red \$2,450 individuo / \$4,900 la familia. Para no -red \$13,000 individuo / \$26,000 la familia.	El límite de desembolso es lo máximo que podría pagar en un año por los servicios cubiertos. Si usted tiene otros miembros de la familia en este plan , tienen que cumplir con sus propios límites de desembolso hasta que el general familia límite de desembolso se ha encontrado.
¿Qué no incluye el desembolso máximo ?	Primas , gastos saldo de facturación y atención de la salud este plan no cubre.	A pesar de que estos gastos no cuentan hacia el límite de la hacia fuera-de-bolsillo .
¿Pagará un poco menos si acude a un proveedor dentro de la red medica ?	Sí. Encontrar un proveedor o llame al 1-877-617-0390 para una lista de proveedores de la red .	Este plan utiliza una red de proveedores . Pagas menos si usas un proveedor en la red del plan . Usted pagará más si utilizas 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 que su plan paga (balance de facturación). Ten en cuenta, su proveedor de red puede utilizar un proveedor fuera de la red para algunos servicios (tales como trabajo de laboratorio). Consulte con su proveedor 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 [deducible](#), si aplica un [deducible](#).

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	Copago de \$0/visit; no se aplica deducible .	Coseguro del 50%; no se aplica deducible .	-----Ninguno-----
	Visita al especialista	Copago de \$5/visit; no se aplica deducible .	Coseguro del 50%; no se aplica deducible .	Autorización previa necesaria. Falta de autorización previa para cualquier servicio que requiera autorización previa puede resultar en negación de pago por el cuidado que de lo contrario podría estar cubierto.
	Atención preventiva/ examen colectivo/ vacuna	No hay costo	Coseguro del 50%; no se aplica deducible .	-----Ninguno-----
Si se realiza un examen	Prueba diagnóstica (radiografía, análisis de sangre)	Coseguro del 30%	Coseguro del 50%	Autorización previa necesaria.
	Estudios de imágenes (tomografía computarizada, estudio PET, resonancia magnética)	Coseguro del 30%	Coseguro del 50%	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)	No hay costo	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: \$25 <u>Co-pago</u> por/prescription; Correo: /prescription de <u>copagode</u> \$75; no se aplica <u>deducible</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</u> del 30%	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 especializados (Nivel 4)	<u>Coseguro</u> del 30%	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</u> del 30%	<u>Coseguro</u> del 50%	Autorización previa necesaria.
	Honorarios del médico/cirujano	<u>Coseguro</u> del 30%	50% de <u>coaseguro</u>	Autorización previa necesaria.
Si necesita atención médica inmediata	Atención en la sala de emergencias	<u>Copago</u> de \$100 antes de <u>deducible</u>	<u>Copago</u> de \$100 antes de <u>deducible</u>	-----Ninguno-----
	Transporte médico de emergencia	<u>Coseguro</u> del 30%	<u>Coseguro</u> del 30%	-----Ninguno-----
	Atención de urgencia	<u>Copago</u> de \$10/visit: no aplica <u>deducible</u>	<u>Coseguro</u> del 50%; no se aplica <u>deducible</u> .	-----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</u> de \$200 por día antes de <u>deducible</u>	<u>Coseguro</u> del 50%	Autorización previa necesaria.
	Honorarios del médico/cirujano	<u>Coseguro</u> del 30%	<u>Coseguro</u> del 50%	Autorización previa necesaria.
Si necesita servicios de salud mental, conductual o toxicomanías	Sevicios ambulatorios	<u>Copago</u> de \$0/office visitar; no se aplica <u>deducible</u> ; <u>coseguro</u> del 30% para todos los demás servicios ambulatorios	<u>Coseguro</u> del 50%/office visitar; <u>no se aplica deducible</u> ; <u>50% de coseguro para todos los demás servicios ambulatorios</u>	Autorización previa necesaria. (PCP y practicante de otras visitas no requieren autorización previa)
	Servicios internos	<u>Copago</u> de \$200 por día antes de <u>deducible</u>	<u>Coseguro</u> del 50%	Autorización previa necesaria.
Si está embarazada	Visitas al consultorio	<u>Copago</u> de \$0/visit; no se aplica <u>deducible</u>	<u>Coseguro</u> del 50%; no se aplica <u>deducible</u> .	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</u> , <u>copago</u> o <u>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</u> del 30%	<u>Coseguro</u> del 50%	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</u> , <u>copago</u> o <u>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</u> de \$200 por día antes de <u>deducible</u>	<u>Coseguro</u> del 50%	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</u> , <u>copago</u> o <u>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	Cuidado de la salud en el hogar	<u>Coseguro</u> del 30%	<u>Coseguro</u> del 50%	Autorización previa necesaria. 50 visitas por año.
	Servicios de rehabilitación	<u>Coseguro</u> del 30%	<u>Coseguro</u> del 50%	Autorización necesaria para en servicios a domicilio. 30 visitas por año. Combinado con PT, OT y ST.
	Servicios de habilitación	<u>Coseguro</u> del 30%	<u>Coseguro</u> del 50%	Autorización previa necesaria. 30 visitas por año para los servicios ambulatorios de habilitación. 180 visitas por año para los servicios de desarrollo.
	Cuidado de enfermería especializada	<u>Coseguro</u> del 30%	<u>Coseguro</u> del 50%	Autorización previa necesaria. 60 días por año en un centro.
	Equipo médico duradero	<u>Coseguro</u> del 30%	<u>Coseguro</u> del 50%	Autorización previa necesaria.
	Servicios de cuidados paliativos o enfermos terminales	<u>Coseguro</u> del 30%	<u>Coseguro</u> del 50%	Autorización previa necesaria. Beneficios para el cuidado de hospicio para pacientes hospitalizados, hogar o ambulatoria están disponibles para una persona terminal mal cubierta por un período continuo hasta 180 días en la vida de una persona cubierta.
Si su niño necesita servicios odontológicos o de la vista	Examen de la vista pediátrico	<u>Copago</u> de \$0/visit; no se aplica <u>deducible</u>	<u>Copago</u> de \$0/visit; no se aplica <u>deducible</u>	1 visita al año
	Anteojos para niños	<u>Copago</u> de \$0/item; no se aplica <u>deducible</u>	<u>Copago</u> de \$0/item; no se aplica <u>deducible</u>	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](#).)

- Aborto (excepto en casos de violación, incesto, o cuando se pone en peligro la vida de la madre)
- No es de emergencia cuidado al viajar fuera de Estados Unidos
- Acupuntura
- Cirugía estética
- Cuidados a largo plazo
- Programas de pérdida de peso
- Cirugía bariátrica
- Cuidado dental (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.)

- Audífonos (limitado a un par por año)
- Cuidado de los pies de rutina (relacionado al tratamiento de la diabetes)
- Cuidado de rutina de la vista (adulto - relacionados con el tratamiento de la diabetes)
- Tratamiento de la infertilidad (véase política para los detalles de la cobertura)
- Tratamiento quiropráctico (limitado a visitas de 30 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: Arkansas Insurance Department, 1200 West Third Street Little Rock, AR 72201-1904, Phone No. (501) 371-2600 or 1-800-282-9134 Fax No. (800) 852-5494 Seniors No. (800)224-6330. 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: Arkansas Insurance Department, 1200 West Third Street Little Rock, AR 72201-1904, Phone No. (501) 371-2600 or 1-800-282-9134 Fax No. (800) 852-5494 Seniors No. (800)224-6330).

¿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 1-877-617-0390, TTY/TDD 1-877-617-0392.

Tagalog (Tagalog): Kung kailangan ninyo ang tulong sa Tagalog tumawag sa 1-877-617-0390, TTY/TDD 1-877-617-0392.

Chinese (中文): 如果需要中文的帮助, 请拨打这个号码 1-877-617-0390, TTY/TDD 1-877-617-0392.

Navajo (Dine): Dinek'ehgo shika at'ohwol ninisingo, kwijigo holne 1-877-617-0390, TTY/TDD 1-877-617-0392.

—————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 [deducible](#) general del [plan](#) \$675
- [Especialista copago](#) \$5
- Hospital (instalaciones) [copago](#) \$200
- 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	\$675
Copagos	\$200
Coseguro	\$300
Qué no está cubierto	
Límites o exclusiones	\$60
El total que Peg pagaría es	\$1,235

Control de la diabetes tipo 2 de Joe
(un año de atención en la red de rutina de una enfermedad bien manejada)

- El [deducible](#) general del [plan](#) \$675
- [Especialista copago](#) \$5
- Hospital (instalaciones) [copago](#) \$200
- 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	\$675
Copagos	\$300
Coseguro	\$600
Qué no está cubierto	
Límites o exclusiones	\$60
El total que Joe pagaría es	\$1,635

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

- El [deducible](#) general del [plan](#) \$675
- [Especialista copago](#) \$5
- Hospital (instalaciones) [copago](#) \$200
- 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	\$675
Copagos	\$20
Coseguro	\$500
Qué no está cubierto	
Límites o exclusiones	\$0
El total que Mia pagaría es	\$1,195

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

Declaración de no discriminación

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

Ambetter of Arkansas:

- 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 of Arkansas a 1-877-617-0390 (TTY/TDD 1-877-617-0392).

Si considera que Ambetter of Arkansas 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: Ambetter of Arkansas Appeals Unit, P.O. Box 25538, Little Rock, AR 72221, 1-877-617-0390 (TTY/TDD 1-877-617-0392), Fax 1-866-811-3255. Usted puede presentar una queja en persona, por correo, fax, o correo electrónico. Si necesita ayuda para presentar una queja, Ambetter of Arkansas 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 Arkansas Health & Wellness, tiene derecho a obtener ayuda e información en su idioma sin costo alguno. Para hablar con un intérprete, llame al 1-877-617-0390 (TTY/TDD 1-877-617-0392).
Vietnamese:	Nếu quý vị, hay người mà quý vị đang giúp đỡ, có câu hỏi về Ambetter from Arkansas Health & Wellness, 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 1-877-617-0390 (TTY/TDD 1-877-617-0392).
Marshallese:	Ñe kwe, ak bar juon eo kwōj jipañe, ewōr an kajjitōk kōn Ambetter from Arkansas Health & Wellness, ewōr am jimwe in bōk jipañ im melele ko ilo kajin eo am ejjelōk wōñāān. Ñan kōnono ippān juon ri-ukōk, kirloq 1-877-617-0390 (TTY/TDD 1-877-617-0392).
Chinese:	如果您，或是您正在協助的對象，有關於 Ambetter from Arkansas Health & Wellness 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 1-877-617-0390 (TTY/TDD 1-877-617-0392)。
Laotian:	ຖ້າທ່ານ ຫຼືຄົນທີ່ທ່ານກຳລັງຊ່ວຍເຫຼືອ ມີຄຳຖາມກ່ຽວກັບ Ambetter from Arkansas Health & Wellness, ທ່ານມີສິດທີ່ຈະໄດ້ຮັບການຊ່ວຍເຫຼືອແລະຂໍ້ມູນຂ່າວສານທີ່ເປັນພາສາຂອງທ່ານ ໂດຍບໍ່ມີຄ່າໃຊ້ຈ່າຍ. ຕໍ່ເພື່ອຈະເວົ້າກັບ ນາຍພາສາ ໃຫ້ໃບທາ 1-877-617-0390 (TTY/TDD 1-877-617-0392).
Tagalog:	Kung ikaw, o ang iyong tinutulangan, ay may mga katanungan tungkol sa Ambetter from Arkansas Health & Wellness, may karapatan ka na makakuha nang tulong at impormasyon sa iyong wika ng walang gastos. Upang makausap ang isang tagasalin, tumawag sa 1-877-617-0390 (TTY/TDD 1-877-617-0392).
Arabic:	إذا كان لديك أو لدى شخص تساعد أسئلة حول Ambetter from Arkansas Health & Wellness، لديك الحق في الحصول على المساعدة والمعلومات الضرورية بلغتك من دون أية تكلفة. للتحدث مع مترجم اتصل بـ 1-877-617-0390 (TTY/TDD 1-877-617-0392).
German:	Falls Sie oder jemand, dem Sie helfen, Fragen zu Ambetter from Arkansas Health & Wellness 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 1-877-617-0390 (TTY/TDD 1-877-617-0392) an.
French:	Si vous-même ou une personne que vous aidez avez des questions à propos d'Ambetter from Arkansas Health & Wellness, vous avez le droit de bénéficier gratuitement d'aide et d'informations dans votre langue. Pour parler à un interprète, appelez le 1-877-617-0390 (TTY/TDD 1-877-617-0392).
Hmong:	Yog koj, los yog tej tus neeg uas koj pab ntawd, muaj lus nug txog Ambetter from Arkansas Health & Wellness, koj muaj cai kom lawv muab cov ntshiab lus qhia uas tau muab sau ua koj hom lus pub dawb rau koj. Yog koj xav nrog ib tug neeg txhais lus tham, hu rau 1-877-617-0390 (TTY/TDD 1-877-617-0392).
Korean:	만약 귀하 또는 귀하가 돕고 있는 어떤 사람이 Ambetter from Arkansas Health & Wellness 에 관해서 질문이 있다면 귀하는 그러한 도움과 정보를 귀하의 언어로 비용 부담없이 얻을 수 있는 권리가 있습니다. 그렇게 통역사와 얘기하기 위해서는 1-877-617-0390 (TTY/TDD 1-877-617-0392) 로 전화하십시오.
Portuguese:	Se você, ou alguém a quem você está ajudando, tem perguntas sobre o Ambetter from Arkansas Health & Wellness, você tem o direito de obter ajuda e informação em seu idioma e sem custos. Para falar com um intérprete, ligue para 1-877-617-0390 (TTY/TDD 1-877-617-0392).
Japanese:	Ambetter from Arkansas Health & Wellness 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、1-877-617-0390 (TTY/TDD 1-877-617-0392) までお電話ください。
Hindi:	आप या जिसकी आप मदद कर रहे हैं उनके, Ambetter from Arkansas Health & Wellness के बारे में कोई सवाल हों, तो आपको बिना किसी खर्च के अपनी भाषा में मदद और जानकारी प्राप्त करने का अधिकार है। किसी दुआरिये से बात करने के लिए 1-877-617-0390 (TTY/TDD 1-877-617-0392) पर कॉल करें।
Gujarati:	જે તમને અથવા તમે જેમની મદદ કરી રહ્યા હોય તેમને, Ambetter from Arkansas Health & Wellness વિશે કોઈ પૂછ હોય તો તમને, કોઈ ખર્ચ વિના તમારી ભાષામાં મદદ અને માહિતી પ્રાપ્ત કરવાનો અધિકાર છે. દુઆરિયા સાથે વાત કરવા માટે 1-877-617-0390 (TTY/TDD 1-877-617-0392) ઉપર કોલ કરો.