



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.HomeStateHealth.com/2018-brochures.html>, o llamar a 1-855-650-3789 (TTY/TDD 1-877-250-6113). 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 <a href="#">deducible</a> general?                                          | \$3,000 individual/\$6,000 familia.                                                                                                                                                                                                                            | Generalmente, usted debe pagar todos los costos de <a href="#">los proveedores</a> hasta por el monto de <a href="#">deducible</a> antes de que este <a href="#">plan</a> comience a pagar. Si tiene otros miembros de la familia en el <a href="#">plan</a> , cada miembro de la familia debe cumplir con sus propios individuales <a href="#">deducibles</a> hasta el importe total de gastos <a href="#">deducibles</a> pagados por todos los miembros de la familia conoce a la familia en general <a href="#">deducible</a> .                                                                                                                                                                               |
| ¿Se cubre algún servicio antes de pagar todo el <a href="#">deducible</a> ?             | Sí. Medicamentos genéricos y recomendado: <a href="#">atención preventiva</a> , atención primaria, <a href="#">especialistas</a> y visitas de la oficina de <a href="#">atención de urgencia</a> , están cubiertos antes de que su <a href="#">deducible</a> . | Este <a href="#">plan</a> cubre algunos artículos y servicios, incluso si todavía no han satisfecho la cantidad <a href="#">deducible</a> . Pero puede aplicar un <a href="#">copago</a> o <a href="#">coseguro</a> . Por ejemplo, este <a href="#">plan</a> cubre algunos servicios preventivos sin gastos y antes de que su <a href="#">deducible</a> . Ver una lista de los cubiertos <a href="#">servicios preventivos</a> en <a href="https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/">https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/</a> .                                                                                                                                    |
| ¿Hay algún otro <a href="#">deducible</a> por servicios específicos?                    | No.                                                                                                                                                                                                                                                            | No tienes que cubrir <a href="#">deducibles</a> para servicios específicos.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| ¿Cuál es el máximo en gastos directos del bolsillo de este <a href="#">plan</a> ?       | \$6,500 individual/\$13,000 familia.                                                                                                                                                                                                                           | El <a href="#">límite de desembolso</a> es lo máximo que podría pagar en un año por los servicios cubiertos. Si usted tiene otros miembros de la familia en este <a href="#">plan</a> , tienen que cumplir con sus propios <a href="#">límites de desembolso</a> hasta que el general familia <a href="#">límite de desembolso</a> se ha encontrado.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| ¿Qué no incluye el <a href="#">desembolso máximo</a> ?                                  | <a href="#">Primas</a> , gastos <a href="#">saldo de facturación</a> y atención de la salud este <a href="#">plan</a> no cubre.                                                                                                                                | A pesar de que estos gastos no cuentan hacia el <a href="#">límite de la hacia fuera-de-bolsillo</a> .                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| ¿Pagará un poco menos si acude a un <a href="#">proveedor dentro de la red medica</a> ? | Sí. Encontrar <a href="#">un proveedor</a> o llame al 1-855-650-3789 para una lista de <a href="#">proveedores de la red</a> .                                                                                                                                 | Este <a href="#">plan</a> utiliza una <a href="#">red de proveedores</a> . Pagas menos si usas un <a href="#">proveedor</a> en la <a href="#">red del plan</a> . Usted pagará más si utilizas un <a href="#">proveedor fuera de la red</a> , y es posible que reciba una factura de un <a href="#">proveedor</a> por la diferencia entre el cargo <a href="#">del proveedor</a> y que su <a href="#">plan</a> paga ( <a href="#">balance de facturación</a> ). Ten en cuenta, su <a href="#">proveedor de red</a> puede utilizar un <a href="#">proveedor fuera de la red</a> para algunos servicios (tales como trabajo de laboratorio). Consulte con su <a href="#">proveedor</a> 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<br>(Usted pagará lo mínimo)                                | Proveedor fuera de la red<br>(Usted pagará lo máximo) |                                                                                                                                                                                                                   |
| Si acude a la oficina o clínica de un <a href="#">proveedor</a> de salud | Visita de atención primaria para tratar una lesión o enfermedad                    | <a href="#">copago</a> de \$30/visit; no se aplica <a href="#">deducible</a> . | No está cubierto                                      | -----Ninguno-----                                                                                                                                                                                                 |
|                                                                          | Visita al <a href="#">especialista</a>                                             | <a href="#">Copago</a> de \$60/visit; no se aplica <a href="#">deducible</a> . | No está cubierto                                      | 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. |
|                                                                          | <a href="#">Atención preventiva/ examen colectivo</a> / vacuna                     | No hay costo                                                                   | No está cubierto                                      | -----Ninguno-----                                                                                                                                                                                                 |
| Si se realiza un examen                                                  | <a href="#">Prueba diagnóstica</a> (radiografía, análisis de sangre)               | <a href="#">Coseguro</a> del 30%                                               | No está cubierto                                      | Autorización previa necesaria.                                                                                                                                                                                    |
|                                                                          | Estudios de imágenes (tomografía computarizada, estudio PET, resonancia magnética) | <a href="#">Coseguro</a> 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<br>(Usted pagará lo mínimo)                                                                                                        | Proveedor fuera de la red<br>(Usted pagará lo máximo) |                                                                                                                                                                    |
| <b>Si necesita medicamentos para tratar su enfermedad o infección.</b> Hay más información disponible acerca de la <a href="#">cobertura de medicamentos con receta</a> en <a href="#">Preferred Drug List</a> | Medicamentos genéricos (Nivel 1)                               | Venta por menor: \$25<br><u>Co-pago</u><br><u>por/prescription</u> ;<br>Correo: /prescription de <u>copago</u> de \$75; no se aplica <u>deducible</u>  | No está cubierto                                      | Medicamentos son proporcionados por 34 días al detalle 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<br><u>Co-pago</u><br><u>por/prescription</u> ;<br>Correo: /prescription de <u>copago</u> de \$150; no se aplica <u>deducible</u> | No está cubierto                                      | Autorización previa necesaria. Sujeto a <u>deducible</u> .                                                                                                         |
|                                                                                                                                                                                                                | Medicamentos de marcas no preferidas (Nivel 3)                 | <u>Coseguro</u> del 30%                                                                                                                                | No está cubierto                                      | Autorización previa necesaria. Sujeto a <u>deducible</u> .                                                                                                         |
|                                                                                                                                                                                                                | <a href="#">Medicamentos especializados</a> (Nivel 4)          | <u>Coseguro</u> del 30%                                                                                                                                | No está cubierto                                      | Autorización previa necesaria. Sujeto a <u>deducible</u> .                                                                                                         |
| <b>Si se somete a una operación ambulatoria</b>                                                                                                                                                                | Cargo de instalaciones (p. ej., centro de cirugía ambulatoria) | <u>Coseguro</u> del 30%                                                                                                                                | No está cubierto                                      | Autorización previa necesaria.                                                                                                                                     |
|                                                                                                                                                                                                                | Honorarios del médico/cirujano                                 | <u>Coseguro</u> del 30%                                                                                                                                | No está cubierto                                      | Autorización previa necesaria.                                                                                                                                     |
| <b>Si necesita atención médica inmediata</b>                                                                                                                                                                   | <a href="#">Atención en la sala de emergencias</a>             | <u>Copago</u> de \$600 antes de <u>deducible</u>                                                                                                       | <u>Copago</u> de \$600 antes de <u>deducible</u>      | ----Ninguno----                                                                                                                                                    |
|                                                                                                                                                                                                                | <a href="#">Transporte médico de emergencia</a>                | <u>Coseguro</u> del 30%                                                                                                                                | <u>Coseguro</u> del 30%                               | ----Ninguno----                                                                                                                                                    |
|                                                                                                                                                                                                                | <a href="#">Atención de urgencia</a>                           | <u>Copago</u> de \$100/visit: no aplica <u>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<br>(Usted pagará lo mínimo)                                                                                          | Proveedor fuera de la red<br>(Usted pagará lo máximo) |                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| Si le hospitalizan                                               | Cargo de instalaciones (p. ej., habitación de hospital) | <u>Copago</u> de \$750 por día antes de <u>deducible</u>                                                                                 | No está cubierto                                      | Autorización previa necesaria.                                                                                                                                                                                                                                                  |
|                                                                  | Honorarios del médico/cirujano                          | <u>Coseguro</u> del 30%                                                                                                                  | No está cubierto                                      | Autorización previa necesaria.                                                                                                                                                                                                                                                  |
| Si necesita servicios de salud mental, conductual o toxicomanías | Sevicios ambulatorios                                   | <u>Copago</u> de \$30/office visita; no se aplica <u>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</u> de \$750 por día antes de <u>deducible</u>                                                                                 | No está cubierto                                      | Autorización previa necesaria.                                                                                                                                                                                                                                                  |
| Si está embarazada                                               | Visitas al consultorio                                  | <u>Copago</u> de \$30/visit; no se aplica <u>deducible</u>                                                                               | No está cubierto                                      | Autorización previa necesaria. Compartir los costos no se aplica para los servicios preventivos. Dependiendo del tipo de servicios, se apliquen deducible o copago . 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%                                                                                                                  | No está cubierto                                      | Autorización previa necesaria. Compartir los costos no se aplica para los servicios preventivos. Dependiendo del tipo de servicios, se apliquen deducible o copago . 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 \$750 por día antes de <u>deducible</u>                                                                                 | No está cubierto                                      | Autorización previa necesaria. Compartir los costos no se aplica para los servicios preventivos. Dependiendo del tipo de servicios, se apliquen deducible o copago . 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<br>(Usted pagará lo mínimo)                                                                                      | Proveedor fuera de la red<br>(Usted pagará lo máximo) |                                                                                                                          |
| <b>Si necesita ayuda recuperándose o tiene otras necesidades de salud especiales</b> | <a href="#">Cuidado de la salud en el hogar</a>                        | <u>Coseguro</u> del 30%                                                                                                              | No está cubierto                                      | Autorización previa necesaria. 100 visitas por año.                                                                      |
|                                                                                      | <a href="#">Servicios de rehabilitación</a>                            | Copago de \$30 para visitas de terapia física y ocupacional; el deducible no aplica; coseguro del 30% para todos los demás servicios | No está cubierto                                      | Autorización previa necesaria. 20 consultas por terapia al año. PT y OT (no se aplican límites a terapia del habla).     |
|                                                                                      | <a href="#">Servicios de habilitación</a>                              | Copago de \$30 para visitas de terapia física y ocupacional; el deducible no aplica; coseguro del 30% para todos los demás servicios | No está cubierto                                      | Autorización previa necesaria. 20 visitas por período de beneficios. (No se aplican límites a los servicios de autismo). |
|                                                                                      | <a href="#">Cuidado de enfermería especializada</a>                    | <u>coaseguro</u> del 30%                                                                                                             | No está cubierto                                      | Autorización previa necesaria. 150 días por año, combinado con la rehabilitación de pacientes hospitalizados.            |
|                                                                                      | <a href="#">Equipo médico duradero</a>                                 | <u>Coseguro</u> del 30%                                                                                                              | No está cubierto                                      | Autorización previa necesaria.                                                                                           |
|                                                                                      | <a href="#">Servicios de cuidados paliativos o enfermos terminales</a> | <u>Coseguro</u> del 30%                                                                                                              | No está cubierto                                      | Autorización previa necesaria.                                                                                           |
| <b>Si su niño necesita servicios odontológicos o de la vista</b>                     | Examen de la vista pediátrico                                          | <u>Copago</u> de \$0/visit; no se aplica <u>deducible</u>                                                                            | No está cubierto                                      | 1 visita al año                                                                                                          |
|                                                                                      | Anteojos para niños                                                    | <u>Copago</u> de \$0/item; no se aplica <u>deducible</u>                                                                             | No está cubierto                                      | Lentes (Marcos) o contactos. 1 punto por 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
- Cuidado dental
- Programas de pérdida de peso
- Cirugía bariátrica
- Cuidado de rutina de la vista (adulto)
- Cuidados a largo plazo

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

- Audífonos
- Tratamiento de la infertilidad (sólo diagnóstico)
- Cuidado de los pies de rutina (relacionado al tratamiento de la diabetes)
- Tratamiento quiropráctico
- Enfermería privada (autorización previa necesaria, limitada a 82 visitas al 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: Missouri Department of Insurance Phone: 573-751-4126 PO Box 690, Jefferson City, MO 65102-0690. 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.CiudadDeSalud.gov](http://www.CiudadDeSalud.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: Missouri Department of Insurance Phone: 573-751-4126 PO Box 690, Jefferson City, MO 65102-0690).

### ¿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 1-855-650-3789, TTY/TDD 1-877-250-6113.

Tagalog (Tagalog): Kung kailangan ninyo ang tulong sa Tagalog tumawag sa 1-855-650-3789, TTY/TDD 1-877-250-6113.

Chinese (中文): 如果需要中文的帮助, 请拨打这个号码 1-855-650-3789, TTY/TDD 1-877-250-6113.

Navajo (Dine): Dinek'ehgo shika a't'ohwol ninisingo, kwijigo holne 1-855-650-3789, TTY/TDD 1-877-250-6113.

—————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](#) \$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           |
| <b>El total que Peg pagaría es</b> | <b>\$4,760</b> |

**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](#) \$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           |
| <b>El total que Joe pagaría es</b> | <b>\$3,760</b> |

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

- El [deducible](#) 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            |
| <b>El total que Mia pagaría es</b> | <b>\$1,800</b> |

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

## Statement of Non-Discrimination

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

Ambetter from Home State Health:

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

If you need these services, contact Ambetter from Home State Health at 1-855-650-3789 (TTY/TDD 1-877-250-6113).

If you believe that Ambetter from Home State Health has failed to provide these services or discriminated in another way on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex, you can file a grievance with: [Grievance/Appeals Home State Health, 16090 Swingley Ridge Road, Suite 500, Chesterfield, MO 63017], 1-855-650-3789 (TTY/TDD 1-877-250-6113), Fax, 1-866-390-4429. You can file a grievance in person or by mail, fax, or email. If you need help filing a grievance, Ambetter from Home State Health is available to help you. You can also file a civil rights complaint with the U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights electronically through the Office for Civil Rights Complaint Portal, available at <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, or by mail or phone at: U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue SW., Room 509F, HHH Building, Washington, DC 20201, 1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD).

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



|                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
|----------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Spanish:</b>            | Si usted, o alguien a quien está ayudando, tiene preguntas acerca de Ambetter de Home State Health, tiene derecho a obtener ayuda e información en su idioma sin costo alguno. Para hablar con un intérprete, llame al 1-855-650-3789 (TTY/TDD 1-877-250-6113).                                                            |
| <b>Chinese:</b>            | 如果您，或是您正在協助的對象，有關於 Ambetter from Home State Health 方面的問題，您有權利免費以您的母語得到幫助和訊息。如果要與一位翻譯員講話，請撥電話 1-855-650-3789 (TTY/TDD 1-877-250-6113)。                                                                                                                                                                                      |
| <b>Vietnamese:</b>         | Nếu quý vị, hay người mà quý vị đang giúp đỡ, có câu hỏi về Ambetter from Home State Health, quý vị sẽ có quyền được giúp và có thêm thông tin bằng ngôn ngữ của mình miễn phí. Để nói chuyện với một thông dịch viên, xin gọi 1-855-650-3789 (TTY/TDD 1-877-250-6113).                                                    |
| <b>Serbo-Croatian:</b>     | Ako Vi, ili neko kome pomažete, imate pitanja u vezi Ambetter from Home State Health, imate pravo na besplatnu pomoć i informaciju na sopstvenom jeziku. Ukoliko želite da pričate sa prevodiocem, pozovite broj 1-855-650-3789 (TTY/TDD 1-877-250-6113).                                                                  |
| <b>German:</b>             | Falls Sie oder jemand, dem Sie helfen, Fragen zu Ambetter from Home State Health hat, haben Sie das Recht, kostenlose Hilfe und Informationen in Ihrer Sprache zu erhalten. Um mit einem Dolmetscher zu sprechen, rufen Sie bitte die Nummer 1-855-650-3789 (TTY/TDD 1-877-250-6113) an.                                   |
| <b>Arabic:</b>             | إذا كان لديك أو لدى شخص تساعد أسئلة حول Ambetter from Home State Health، لديك الحق في الحصول على المساعدة والمعلومات الضرورية بلغتك من دون أية تكلفة. للتحدث مع مترجم اتصل بـ 1-855-650-3789 (TTY/TDD 1-877-250-6113).                                                                                                     |
| <b>Korean:</b>             | 만약 귀하 또는 귀하가 돕고 있는 어떤 사람이 Ambetter from Home State Health 에 관해서 질문이 있다면 귀하는 그러한 도움과 정보를 귀하의 언어로 비용 부담없이 얻을 수 있는 권리가 있습니다. 그렇게 통역사와 얘기하기 위해서는 1-855-650-3789 (TTY/TDD 1-877-250-6113) 로 전화하십시오.                                                                                                                             |
| <b>Russian:</b>            | В случае возникновения у вас или у лица, которому вы помогаете, каких-либо вопросов о программе страхования Ambetter from Home State Health вы имеете право получить бесплатную помощь и информацию на своем родном языке. Чтобы поговорить с переводчиком, позвоните по телефону 1-855-650-3789 (TTY/TDD 1-877-250-6113). |
| <b>French:</b>             | Si vous-même ou une personne que vous aidez avez des questions à propos d'Ambetter from Home State Health, vous avez le droit de bénéficier gratuitement d'aide et d'informations dans votre langue. Pour parler à un interprète, appelez le 1-855-650-3789 (TTY/TDD 1-877-250-6113).                                      |
| <b>Tagalog:</b>            | Kung ikaw, o ang iyong tinutulangan, ay may mga katanungan tungkol sa Ambetter from Home State Health, may karapatan ka na makakuha nang tulong at impormasyon sa iyong wika ng walang gastos. Upang makausap ang isang tagasalin, tumawag sa 1-855-650-3789 (TTY/TDD 1-877-250-6113).                                     |
| <b>Pennsylvania Dutch:</b> | Vann du, adda ebbah's du am helfa bisht, ennihi questions hott veyyich Ambetter from Home State Health, dann hosht du's recht fa hilf greeya adda may aus finna diveyya in dei shprohch un's kosht nix. Fa shvetza mitt ebbah diveyya, kaw! 1-855-650-3789 (TTY/TDD 1-877-250-6113).                                       |
| <b>Persian:</b>            | اگر شما، یا کسی که به او کمک می کنید سؤالی در مورد Ambetter from Home State Health دارید، از این حق برخوردارید که کمک و اطلاعات را بصورت رایگان به زبان خود دریافت کنید. برای صحبت کردن با مترجم با شماره 1-855-650-3789 (TTY/TDD 1-877-250-6113) تماس بگیرید.                                                             |
| <b>Cushite:</b>            | Yoo sii ykn namaa gargaaraa jirtuu wa'ee Ambetter from Home State Health irra gaaffi qabaatan ta'ee gargaarsaa fi odeeffanoo afaan ketiin kaffaltii alla argachuuf mirgaa qabdaa. Turjumaana wajiin dubadhuu, 1-855-650-3789 irra bilbilli (TTY/TDD 1-877-250-6113).                                                       |
| <b>Portuguese:</b>         | Se você, ou alguém a quem você está ajudando, tem perguntas sobre o Ambetter from Home State Health, você tem o direito de obter ajuda e informação em seu idioma e sem custos. Para falar com um intérprete, ligue para 1-855-650-3789 (TTY/TDD 1-877-250-6113).                                                          |
| <b>Amharic:</b>            | እርስዎ ወይም እርስዎ የሚርዳች ሰው ስለ Ambetter from Home State Health ጥያቄ ካለዎት ያለምንም ወጪ በቋንቋዎ ድጋፍ እንዲሁም መረጃ የማግኘት መብት አለዎት፤ እስተርጓሚ ለማግኘት በ 1-855-650-3789 (TTY/TDD 1-877-250-6113) ይደውሉ፤                                                                                                                                               |