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.SunflowerHealthPlan.com/2020-brochures.html, o llamar a 1-844-518-9505 (TTY/TDD 1-844-546-9713). 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 https://www.healthcare.gov/sbc-glossary o llamar a 1-844-518-9505 (TTY/TDD 1-844-546-9713) para solicitar una copia.

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué es importante:
¿Cuál es el deductible general?	$0	Consulte la tabla de Eventos Médicos Comunes a continuación para conocer sus costos por servicios que cubre este plan.
¿Se cubre algún servicio antes de pagar todo el deductible?	No hay deducible.	No hay deducible. Consulte una lista de los servicios preventivos cubiertos en https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/.
¿Hay algún otro deductibles por servicios específicos?	No.	Usted no tiene que cumplir con los deducibles para servicios específicos.
¿Cuál es el máximo en gastos directos del bolsillo de este plan?	Para proveedores de red: $8,150 individual / $16,300 Familia. No, paraproveedoresque no son de red.	El límite de gastos de su bolsillo 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 su bolsillo hasta que se haya cumplido con el límite general de gastos de la familia.
¿Qué no incluye el desembolso máximo?	Primas,cargos por facturación de saldo y atención médica que este plan no cubre.	A pesar de que usted paga estos gastos, que don't contar para el límite de bolsillo.

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué es importante:
¿Pagará un poco menos si acude a un proveedor dentro de la red medica?	Sí. Consulte Buscar un proveedor o llame 1-844-518-9505 para obtener una lista de proveedores de red.	Este plan utiliza una red de proveedores. Usted pagará menos si utiliza un proveedor en la red del plan. Usted pagará más si utiliza un proveedor fuera dela red y puede recibir una factura de un proveedor por la diferencia entre el cargo del proveedor y lo que paga su plan (facturaciónde saldo). Tenga en cuenta que el proveedor de red podría usar un proveedor fuera de la red para algunos servicios (como el trabajo de laboratorio). Consulte con su proveedor antes de recibir servicios.
¿Necesita un referido para ver a un especialista?	No.	Puede ver al especialista que elija sin una referencia.

Todos los costos de copago and 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	$45 Copay / visita	No cubierto	-----Ninguno-----
	Visita al especialista	$95 Copay / visita	No cubierto	-----Ninguno-----
	Atención preventiva/ examen colectivo/ vacuna	Sin cargo	No cubierto	-----Ninguno-----
Si se realiza un examen	Prueba diagnóstica (radiografía, análisis de sangre)	$45 Copay / prueba para servicios ambulatorios y profesionales de laboratorio (no se aplicadeducible); 50% Coseguro para rayos X e imágenes diagnósticas	No cubierto	Es posible que se requiera autorización previa. Si no se obtiene una autorización previa para cualquier servicio que requiera autorización previa, puede resultar en una reducción de los beneficios. Consulte su política para obtener más detalles.
	Estudios de imágenes (tomografía computarizada, estudio PET, resonancia magnética)	50% Coseguro	No cubierto	Es posible que se requiera autorización previa.

*Para obtener más información acerca de las limitaciones y excepciones, consulte el documento del plan o de la póliza en https://api.centene.com/EOC/2020/80065KS001.pdf

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 lista de medicamentos preferidos.	Medicamentos genéricos (Nivel 1)	venta al por menor: $36 Copago / receta; Pedido por correo: $90 Copay / receta	No cubierto	Se proporcionan medicamentos recetados hasta 30 días al por menor y hasta 90 días a través de la orden por correo. Los pedidos por correo están sujetos a 2.5x importe de costo compartido al por menor.
	Medicamentos de marcas preferidas (Nivel 2)	50% Coseguro	No cubierto	Es posible que se requiera autorización previa. Se proporcionan medicamentos recetados hasta 30 días al por menor y hasta 90 días a través de la orden por correo. Los pedidos por correo están sujetos a 2.5x importe de costo compartido al por menor.
	Medicamentos de marcas no preferidas (Nivel 3)	50% Coseguro	No cubierto	Es posible que se requiera autorización previa. Se proporcionan medicamentos recetados hasta 30 días al por menor y hasta 90 días a través de la orden por correo. Los pedidos por correo están sujetos a 2.5x importe de costo compartido al por menor.
	Medicamentos especializados (Nivel 4)	50% Coseguro	No cubierto	Es posible que se requiera autorización previa. Se proporcionan medicamentos recetados hasta 30 días al por menor y hasta 30 días a través de la orden por correo.
Si se somete a una operación ambulatoria	Cargo de instalaciones (p. ej., centro de cirugía ambulatoria)	50% Coseguro	No cubierto	Es posible que se requiera autorización previa.
	Honorarios del médico/cirujano	50% Coseguro	No cubierto	Es posible que se requiera autorización previa.

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 atención médica inmediata	Atención en la sala de emergencias	50% Coseguro	50% Coseguro	-----Ninguno-----
	Transporte médico de emergencia	50% Coseguro	50% Coseguro	-----Ninguno-----
	Atención de urgencia	$60 Copay / visita	No cubierto	-----Ninguno-----
Si le hospitalizan	Cargo de instalaciones (p. ej., habitación de hospital)	50% Coseguro	No cubierto	Es posible que se requiera autorización previa.
	Honorarios del médico/cirujano	50% Coseguro	No cubierto	Es posible que se requiera autorización previa.
Si necesita servicios de salud mental, conductual o toxicomanías	Sevicios ambulatorios	$45 Visita de Copago / oficina; 50% Coseguro para todos los demás servicios ambulatorios	No cubierto	Es posible que se requiera autorización previa. (Las visitas de PCP y otras visitas profesionales no requieren autorización previa)
	Servicios internos	50% Coseguro	No cubierto	Es posible que se requiera autorización previa.

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 está embarazada	Visitas al consultorio	$45 Copay / visita	No cubierto	No se requiere autorización previa para las entregas dentro del plazo estándar según la regulación federal, pero puede ser necesaria para otros servicios. La distribución de costos no se aplica a los servicios preventivos. Dependiendo del tipo de servicios, se pueden aplicar coseguros, deducibles o copago. La atención de la maternidad puede incluir pruebas y servicios descritos en otra parte del SBC (es decir, ultrasonido).
	Servicios de parto profesionales	50% Coseguro	No cubierto	No se requiere autorización previa para las entregas dentro del plazo estándar según la regulación federal, pero puede ser necesaria para otros servicios. La distribución de costos no se aplica a los servicios preventivos. Dependiendo del tipo de servicios, se pueden aplicar coseguros, deducibles o copago. La atención de la maternidad puede incluir pruebas y servicios descritos en otra parte del SBC (es decir, ultrasonido).
	Servicios de instalaciones de partos profesionales	50% Coseguro	No cubierto	No se requiere autorización previa para las entregas dentro del plazo estándar según la regulación federal, pero puede ser necesaria para otros servicios. La distribución de costos no se aplica a los servicios preventivos. Dependiendo del tipo de servicios, se pueden aplicar coseguros, deducibles o copago. La atención de la maternidad puede incluir pruebas y servicios descritos en otra parte del SBC (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	50% Coseguro	No cubierto	Es posible que se requiera autorización previa. 3 Visitas educativas por año.
	Servicios de rehabilitación	50% Coseguro	No cubierto	90 días por año.
	Servicios de habilitación	50% Coseguro	No cubierto	Es posible que se requiera autorización previa.
	Cuidado de enfermería especializada	No cubierto	No cubierto	-----Ninguno-----
	Equipo médico duradero	50% Coseguro	No cubierto	Es posible que se requiera autorización previa.
	Servicios de cuidados paliativos o enfermos terminales	50% Coseguro	No cubierto	Es posible que se requiera autorización previa.
Si su niño necesita servicios odontológicos o de la vista	Examen de la vista pediátrico	Sin cargo	No cubierto	1 visita por año.
	Anteojos para niños	Sin cargo	No cubierto	3 conjuntos de lentes y marcos por año.
	Chequeo dental pediátrico	No cubierto	No 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 la vida de la madre está en peligro)
- Acupuntura
- Atención que no es de emergencia cuando se viaja fuera de los EE. UU.
- Audífonos
- Cirugía bariátrica
- Cirugía estética
- Cuidado a largo plazo
- Cuidado ocular de rutina (adulto)
- Odontólogos
- Programas de pérdida de peso

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

- Cuidado quiropráctico
- Cuidado rutinario del pie (relacionado con el tratamiento de la diabetes)
- Enfermería de servicio privado
- Tratamiento de la infertilidad (Diagnóstico y tratamiento de la infertilidad solamente)

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: Ambetter From Sunflower Health Plan at 1-844-518-9505 (TTY/TDD 1-844-546-9713); Kansas Insurance Department, 420 SW 9th Street Topeka, KS 66612, Phone No. 1-785-296-3071. 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: Kansas Insurance Department, 420 SW 9th Street Topeka, KS 66612, Phone No. 1-785-296-3071 . Additionally, a consumer assistance program can help you file your appeal. Contact 1-800-432-2484.

¿Este plan proporciona cobertura esencial mínima?

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?

Si su plan 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 1-844-518-9505, TTY/TDD 1-844-546-9713
Tagalog (Tagalog): Kung kailangan ninyo ang tulong sa Tagalog tumawag sa 1-844-518-9505, TTY/TDD 1-844-546-9713
Chinese (中文): 如果需要中文的帮助，请拨打这个号码 1-844-518-9505, TTY/TDD 1-844-546-9713
Navajo (Dine): Dinek'ehgo shika at'ohwol ninisingo, kwiijigo holne' 1-844-518-9505, TTY/TDD 1-844-546-9713

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 proveedores general del plan	$0
Especialista copago	$95
Hospital (Instalaciones) coseguro	50%
Otro coseguro	50%

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	$0
Copagos	$1,800
Coseguro	$4,600
Qué no está cubierto	
Límites o exclusiones	$60
El total que Peg pagaría es	**$6,460**

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

El proveedores general del plan	$0
Especialista copago	$95
Hospital (Instalaciones) coseguro	50%
Otro coseguro	50%

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	$0
Copagos	$2,400
Coseguro	$2,700
Qué no está cubierto	
Límites o exclusiones	$60
El total que Joe pagaría es	**$5,160**

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

El proveedores general del plan	$0
Especialista copago	$95
Hospital (Instalaciones) coseguro	50%
Otro coseguro	50%

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	$0
Copagos	$300
Coseguro	$800
Qué no está cubierto	
Límites o exclusiones	$0
El total que Mia pagaría es	**$1,100**

Nota para los afiliados indígenas americanos y nativos de Alaska: Estos números asumen que el paciente recibió atención de un proveedor de atención médica para indígenas (IHCP), o con referencia de un IHCP para un proveedor que no es un IHCP. Si usted recibe atención de un proveedor que no es un IHCP sin una referencia de un IHCP, sus costos pueden ser más altos.

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

Declaración de no discriminación

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

Ambetter de Sunflower Health Plan:

- 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 Sunflower Health Plan a 1-844-518-9505 (TTY/TDD 1-844-546-9713).

Si considera que Ambetter de Sunflower Health Plan 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 de Sunflower Health Plan Appeals Unit, 8325 Lenexa Dr, Suite 200, Lenexa, KS 66214, 1-844-518-9505 (TTY/TDD 1-844-546-9713), Fax, 1-844-680-5805. Usted puede presentar una queja por correo, fax, o correo electrónico. Si necesita ayuda para presentar una queja, Ambetter from Sunflower Health Plan 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*.

Ambetter de Sunflower Health Plan está asegurada por Sunflower State Health Plan, Inc.

© 2018 Sunflower State Health Plan, Inc. Todos los derechos reservados.

Spanish:	Si usted, o alguien a quien está ayudando, tiene preguntas acerca de Ambetter de Sunflower Health Plan, tiene derecho a obtener ayuda e información en su idioma sin costo alguno. Para hablar con un intérprete, llame al 1-844-518-9505 (TTY/TDD 1-844-546-9713).
Vietnamese:	Nếu quý vị, hay người mà quý vị đang giúp đỡ, có câu hỏi về Ambetter from Sunflower Health Plan, 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 1-844-518-9505 (TTY/TDD 1-844-546-9713).
Chinese:	如果您，或是您正在協助的對象，有關於 Ambetter from Sunflower Health Plan 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 1-844-518-9505 (TTY/TDD 1-844-546-9713)。
German:	Falls Sie oder jemand, dem Sie helfen, Fragen zu Ambetter from Sunflower Health Plan 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 1-844-518-9505 (TTY/TDD 1-844-546-9713711) an.
Korean:	만약 귀하 또는 귀하가 돕고 있는 어떤 사람이 Ambetter from Sunflower Health Plan 에 관해서 질문이 있다면 귀하는 그러한 도움과 정보를 귀하의 언어로 비용 부담없이 얻을 수 있는 권리가 있습니다. 그렇게 통역사와 얘기하기 위해서는 1-844-518-9505 (TTY/TDD 1-844-546-9713) 로 전화하십시오.
Laotian:	ຖ້າທ່ານ ຫຼືຄົນທີ່ທ່ານກຳລັງຊ່ວຍເຫຼືອ ມີຄຳຖາມກ່ຽວກັບ Ambetter from Sunflower Health Plan, ທ່ານມີສິດທີ່ຈະໄດ້ຮັບການຊ່ວຍເຫຼືອແລະຂໍ້ມູນຂ່າວສານທີ່ເປັນພາສາຂອງທ່ານ ໂດຍບໍ່ມີຄ່າໃຊ້ຈ່າຍ. ເພື່ອຈະເວົ້າກັບນາຍພາສາ ໃຫ້ໂທຫາ 1-844-518-9505 (TTY/TDD 1-844-546-9713).
Arabic:	إذا كان لديك أو لدى شخص تساعده أسئلة حول Ambetter from Sunflower Health Plan ، لديك الحق في الحصول على المساعدة والمعلومات الضرورية بلغتك من دون أية تكلفة. للتحدث مع مترجم اتصل بـ 1-844-518-9505 (TTY/TDD 1-844-546-9713).
Tagalog:	Kung ikaw, o ang iyong tinutulangan, ay may mga katanungan tungkol sa Ambetter from Sunflower Health Plan, may karapatan ka na makakuha nang tulong at impormasyon sa iyong wika ng walang gastos. Upang makausap ang isang tagasalin, tumawag sa 1-844-518-9505 (TTY/TDD 1-844-546-9713).
Burmese:	သင် သို့မဟုတ် သင်မှကူညီနေသူတစ်ဦးဦးတွင် Ambetter from Sunflower Health Plan အကြောင်း မေးစရာများရှိပါက အခမဲ့အကူအညီ ရယူပိုင်ခွင့်နှင့် သင်၏ဘာသာ စကားဖြင့် အချက်အလက်များကို အခမဲ့ရယူပိုင်ခွင့် ရှိပါသည်။ စကားပြန်တစ်ဦးနှင့် စကားပြောဆိုရန် 1-844-518-9505 (TTY/TDD 1-844-546-9713) ကို ဖုန်းဆက်ပါ။
French:	Si vous-même ou une personne que vous aidez avez des questions à propos d'Ambetter from Sunflower Health Plan, vous avez le droit de bénéficier gratuitement d'aide et d'informations dans votre langue. Pour parler à un interprète, appelez le 1-844-518-9505 (TTY/TDD 1-844-546-9713).
Japanese:	Ambetter from Sunflower Health Plan 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、1-844-518-9505 (TTY/TDD 1-844-546-9713) までお電話ください。
Russian:	В случае возникновения у вас или у лица, которому вы помогаете, каких-либо вопросов о программе страхования Ambetter from Sunflower Health Plan вы имеете право получить бесплатную помощь и информацию на своем родном языке. Чтобы поговорить с переводчиком, позвоните по телефону 1-844-518-9505 (TTY/TDD 1-844-546-9713).
Hmong:	Yog koj, los yog tej tus neeg uas koj pab ntawd, muaj lus nug txog Ambetter from Sunflower Health Plan, 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 1-844-518-9505 (TTY/TDD 1-844-546-9713).
Persian:	اگر شما، يا کسي که به او کمک مي کنيد سؤالي در مورد Ambetter from Sunflower Health Plan داريد، از اين حق برخورداريد که کمک و اطلاعات را بصورت رايگان به زبان خود دريافت کنيد. براي صحبت کردن با مترجم با شماره 1-844-518-9505 (TTY/TDD 1-844-546-9713) تماس بگيريد.
Swahili:	Ikiwa wewe au mtu mwingine unayemsaidia, ana maswali kuhusu Ambetter from Sunflower Health Plan, una haki ya kupata usaidizi na taarifa kwa lugha yako bila malipo. Ili kuzungumza na mkalimani, piga simu 1-844-518-9505 (TTY/TDD 1-844-546-9713).

Ambetter from Sunflower Health Plan is underwritten by Sunflower State Health Plan, Inc.
© 2017 Sunflower State Health Plan, Inc. All rights reserved.