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, la visita https://ambetter-es.coordinatedcarehealth.com/2020-brochures.html o llame al 1-877-687-1197, (TTY/TDD 877-941-9238). Para una definición de los términos de uso común, como monto permitido, facturación del saldo, coseguro, copago, deducible, proveedor u otros términos delineados consulte el glosario. Puede ver una copia del glosario en https://www.healthcare.gov/sbc-glossary o llame al 1-877-687-1197, (TTY/TDD 877-941-9238) para solicitar una copia.

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué es importante
¿Cuál es el deducible general?	$6,500 por individuo y $13,000 por familia	Por lo general, debera pagar todos los costos de los proveedores hasta el deducible antes de que este plan comience a pagar. Si tiene otros familiares en el plan, cada familiar debe satisfacer su propio deducible individual hasta que la cantidad total de gastos deducibles pagados por todos los familiares satisfagan el deducible familiar total.
¿Se cubre algún servicio antes de pagar todo el deducible?	Sí. Atención preventiva, atención primaria, especialista y visitas al consultorio de atención urgente, medicamentos genéricos y de marca preferidos están cubiertos antes de que cumpla con su deducible.	Este plan cubre algunas partidas y servicios incluso si aún no ha cubierto el monto total del deducible. Sin embargo, es posible que se aplique un copago o coseguro. “Por ejemplo, este plan cubre algunos servicios preventivos sin costos compartidos y antes de que cumpla con su deducible. Vea una lista de servicios preventivos cubiertos en https://www.cuidadodesalud.gov/es/coverage/preventive-care-benefits/.
¿Hay algún otro deducible por servicios específicos?	No.	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 la red, $6,500 por individuo y $13,000 por familia. No, para proveedores fuera de la red.	El limite a los gastos directos del bolsillo es el maximo que podria pagar en un ano por servicios cubiertos. Si tiene otros familiares en este plan, ellos tienen que satisfacer sus propios límites de su propio bolsillo hasta que se haya satisfecho el límite de su propio bolsillo familiar total.
¿Qué no incluye el desembolso máximo?	Primas, facturación del saldo, atención médica que este plan no cubre, costos por servicios no cubiertos y servicios proporcionados por proveedores fuera de la red.	Aunque usted pague estos costos, no cuentan para el limite de gastos directos del bolsillo.

¿Pagará un poco menos si acude a un proveedor dentro de la red medica?	Sí. Encontrar un proveedor o llame al 1-877-687-1197 para una lista de proveedores de la red.	Este plan no tiene un proveedor dentro de la red. Usted pagará menos si acude a un proveedor dentro de la red del plan. Usted pagará más si acude a un proveedor fuera de la red, y es posible que reciba una factura de un proveedor por la deferencia en el costo del proveedor y lo que su plan paga (facturación del saldo). Tenga en mente que su proveedor dentro de la red podria utilizar un proveedor fuera de la red para algunos servicios (como laboratorios medicos). Consulte con su proveedor antes de obtener servicios.
¿Necesita un referido para ver a un especialista?	No.	Usted puede ver al especialista que elija sin una referencia.

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 $30 / visita; deducible no se aplica	No está cubierto	-----Ninguno-----
	Visita al especialista	Copago de $60 / visita; deducible no se aplica	No está cubierto	-----Ninguno-----
	Atención preventiva/examen colectivo/vacuna	No hay costo; deducible no se aplica	No está cubierto	Puede que tenga que pagar por servicios que no son preventivos. Pregunte a su proveedor si los servicios necesarios son preventivos. Luego verifique por lo que su plan pagará.
Si se realiza un examen	Prueba diagnóstica (radiografía, análisis de sangre)	No hay costo	No está cubierto	Puede requerirse autorización previa. Obtener autorización previa para cualquier servicio que requiera autorización previa puede ocasionar disminución de beneficios. Vea su póliza para obtener más detalles.
	Estudios de imágenes (tomografía computarizada, estudio PET, resonancia magnética)	No hay costo	No está cubierto	Puede requerirse 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/2020/61836WA005.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	Minoristas: Copago de $15 / receta; Pedido por correo (suministro de 90 dias): Copago de $37.50 / receta; deducible no se aplica	No está cubierto	Medicamentos se proporcionan hasta 30 días de venta por menor y hasta 90 días por orden de correo.
	Medicamentos de marcas preferidas	Minoristas: Copago de $50 / receta; Pedido por correo (suministro de 90 dias): Copago de $125 / receta; deducible no se aplica	No está cubierto	Puede requerirse autorización previa. Medicamentos se proporcionan hasta 30 días de venta por menor y hasta 90 días por orden de correo.
	Medicamentos de marcas no preferidas	No hay costo	No está cubierto	Puede requerirse autorización previa. Medicamentos se proporcionan hasta 30 días de venta por menor y hasta 90 días por orden de correo.
	Medicamentos especializados	No hay costo	No está cubierto	Puede requerirse autorización previa. Los medicamentos con receta se proporcionan hasta por 30 días de comercios de ventas al por menor y hasta por 30 días a través de pedido por correo.
Si se somete a una operación ambulatoria	Cargo de instalaciones (p. ej., centro de cirugía ambulatoria)	No hay costo	No está cubierto	Puede requerirse autorización previa.
	Honorarios del médico/cirujano	No hay costo	No está cubierto	Puede requerirse autorización previa.
Si necesita atención médica inmediata	Atención en la sala de emergencias	No hay costo	No hay costo	Por servicios de emergencia recibidos en Washington, usted sólo será responsable de las cantidades de costos compartidos dentro de la red. No se permite que los proveedores y hospitales de Washington le facturen el saldo, independientemente del estado de la red. Por servicios de emergencia fuera de la red

*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/2020/61836WA005.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)	
				recibidos en otros estados, es posible que usted sea responsable de los costos adicionales de su propio bolsillo hasta la diferencia entre los gastos facturados y la cantidad permitida por el plan. (Consulte la nota sobre la facturación del saldo que se encuentra en la parte superior de esta tabla).
	Transporte médico de emergencia	No hay costo	No hay costo	El pago por transporte de emergencia dentro del área de servicio proporcionado por ambulancias fuera de la red se basará en los cargos facturados por el proveedor o en una tarifa negociada. El pago por transporte de emergencia fuera del área de servicio se basará en el mayor de los tres métodos descritos en su Evidencia de Cobertura (EOC, siglas en inglés). Lea su EOC para obtener información más específica.
	Atención de urgencia	Copago de $60 / visita; deducible no se aplica	No está cubierto	-----Ninguno-----
Si le hospitalizan	Cargo de instalaciones (p. ej., habitación de hospital)	No hay costo	No está cubierto	Puede requerirse autorización previa.
	Honorarios del médico/cirujano	No hay costo	No está cubierto	Puede requerirse 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/2020/61836WA005.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 servicios de salud mental, conductual o toxicomanías	Sevicios ambulatorios	Copago de $30 / visita al consultorio (deducible no se aplica); No hay costo para todos los otros servicios para pacientes ambulatorios	No está cubierto	Puede requerirse autorización previa. (PCP y otras visitas de médico no requieren autorización previa).
	Servicios internos	No hay costo	No está cubierto	Puede requerirse autorización previa.
Si está embarazada	Visitas al consultorio	Copago de $30 / visita; deducible no se aplica	No está cubierto	Autorización previa no requerida para entregas dentro del plazo estándar por regulación federal, pero puede ser necesaria para otros servicios. Gastos no aplica para servicios de prevención. Dependiendo del tipo de servicios, puede aplicar coaseguro, deducible o copago. Atención de maternidad puede incluir pruebas y servicios que se describe en la CE (es decir, ultrasonido).
	Servicios de parto profesionales	No hay costo	No está cubierto	Autorización previa no requerida para entregas dentro del plazo estándar por regulación federal, pero puede ser necesaria para otros servicios. Gastos no aplica para servicios de prevención. Dependiendo del tipo de servicios, puede aplicar coaseguro, 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	No hay costo	No está cubierto	Autorización previa no requerida para entregas dentro del plazo estándar por regulación federal, pero puede ser necesaria para otros servicios. Gastos no aplica para servicios de prevención. Dependiendo del tipo de servicios, puede aplicar coaseguro, deducible o copago. Atención de maternidad puede incluir pruebas

*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/2020/61836WA005.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)	
				y servicios que se describe en la CE (es decir, ultrasonido).
Si necesita ayuda recuperándose o tiene otras necesidades de salud especiales	Cuidado de la salud en el hogar	No hay costo	No está cubierto	130 visita(s) por año
	Servicios de rehabilitación	No hay costo	No está cubierto	Puede requerirse autorización previa. 25 consultas ambulatorias por año; 30 días de internación por año.)
	Servicios de habilitación	No hay costo	No está cubierto	Puede requerirse autorización previa. 25 consultas ambulatorias por año; 30 días de internación por año.
	Cuidado de enfermería especializada	No hay costo	No está cubierto	Puede requerirse autorización previa. 60 días por año.
	Equipo médico duradero	No hay costo	No está cubierto	Puede requerirse autorización previa.
	Servicios de cuidados paliativos o enfermos terminales	No hay costo	No está cubierto	Puede requerirse autorización previa. 14 días por toda la vida para respiro cuidado cubierto conjuntamente con servicios de hospicio.
Si su niño necesita servicios odontológicos o de la vista	Examen de la vista pediátrico	No hay costo; deducible no se aplica	No está cubierto	1 visita al año.
	Anteojos para niños	No hay costo; deducible no se aplica	No está cubierto	1 punto por año. Limitado a un marco y un par (dos lentes) por año calendario o contactos en lugar de gafas.
	Chequeo dental pediátrico	No está cubierto	No está cubierto	-----Ninguno-----

*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/2020/61836WA005.pdf.

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.)

- Atención a largo plazo
- Cirugía bariátrica
- Cirugía estética
- Cuidado dental
- Cuidado que no es de emergencia al viajar fuera de Estado Unidos
- Cuidado rutinario de la vista
- Programas de pérdida de peso
- Servicio de enfermería privada

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

- Aborto
- Acupuntura (Limitado a 12 visita(s) por año. Un número ilimitado de visitas para tratamiento de la dependencia química)
- Audífonos (cobertura para los implantes cocleares solamente)
- Cuidado quiropráctico (Limitado a visitas de 10 especialistas por año)
- Cuidado rutinario de los pies (para el tratamiento de la diabetes)
- Tratamiento de la infertilidad (Cobertura para el diagnóstico de la infertilidad sólo)

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 Coordianted Care at 1-877-687-1197 (TTY/TTD 1-877-941-9238); Consumer Advocacy/SHIBA Office of the Insurance Commissioner, 5000 Capitol Blvd., SE, Turnwater, WA 98501, Phone No. (800) 562-6900 or (360) 725-7080. Podría tener también otras opciones de cobertura, como comprar cobertura de seguro individual a través del Mercado de Seguro Médico. Para más información acerca del Mercado, visite www.CuidadDeSalud.gov o llame al 1-800-318-2596.

Sus derechos para presentar quejas o apelaciones: Hay agencias que pueden ayudarle si tiene una queja contra su plan por negarle una reclamación. Esta queja se llama reclamo o apelación. Para más información acerca de sus derechos, consulte la explicación de beneficios que recibirá para este reclamo médico. Sus documentos del plan también incluirán información completa sobre cómo presentar un reclamo, apelación o una queja a su plan por cualquier motivo. Para más información sobre sus derechos, esta notificación o para recibir asistencia, comuníquese con: Consumer Advocacy/SHIBA Office of the Insurance Commissioner, 5000 Capitol Blvd., SE, Turnwater, WA 98501, Phone No. (800) 562-6900 or (360) 725-7080.

¿Este plan proporciona cobertura esencial mínima? Sí
Si no tiene cobertura esencial mínima durante un mes, tendrá que realizar un pago con su declaración de impuestos, a menos que califique para una exención del requisito de tener cobertura médica ese mes.

¿Este plan cumple con los estándares de valor mínimo? Sí
Si su plan no cumple con los estándares de valor mínimo, usted podría calificar para un crédito fiscal para las primas para ayudarle a pagar un plan a través del Mercado.

Servicios lingüísticos:
Spanish (Español): Para obtener asistencia en Español, llame al 877-687-1197, (TTY/TDD 877-941-9238).
Tagalog (Tagalog): Kung kailangan ninyo ang tulong sa Tagalog tumawag sa 877-687-1197, (TTY/TDD 877-941-9238).
Chinese (中文): 如果需要中文的帮助，请拨打这个号码 877-687-1197, (TTY/TDD 877-941-9238).
Navajo (Dine): Dinek'ehgo shika at'ohwol ninisingo, kwiijigo holne' 877-687-1197, (TTY/TDD 877-941-9238).

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

Acerca de los ejemplos de cobertura:

Este no es un estimador de costos. Los tratamientos ilustrados son ejemplos de cómo este plan podría cubrir atención médica. Los costos en sí serán diferentes, en función de la atención que termine recibiendo, los precios que cobren sus proveedores y dentro del plan. Ponga atención a las cantidades de costos compartidos (deducibles, copagos y coseguro) y servicios excluidos bajo el 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 $6,500
- Especialista copago $60
- Hospital (instalaciones) coseguro 0%
- Otro coseguro 0%

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	
Deducibles	$6,100
Copagos	$400
Coseguro	$0
Qué no está cubierto	
Límites o exclusiones	$60
El total que Peg pagaría es	$6,560

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 $6,500
- Especialista copago $60
- Hospital (instalaciones) coseguro 0%
- Otro coseguro 0%

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	
Deducibles	$1,900
Copagos	$1,500
Coseguro	$0
Qué no está cubierto	
Límites o exclusiones	$60
El total que Joe pagaría es	$3,460

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

- El deducible general del plan $6,500
- Especialista copago $60
- Hospital (instalaciones) coseguro 0%
- Otro coseguro 0%

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	
Deducibles	$1,100
Copagos	$200
Coseguro	$0
Qué no está cubierto	
Límites o exclusiones	$0
El total que Mia pagaría es	$1,300

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

Declaración de no discriminación

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

Ambetter de Coordinated Care:

- Proporciona ayuda y servicios gratuitos a las personas con discapacidad para que se comuniquen eficazmente con nosotros, tales como:
    - Intérpretes calificados de lenguaje por señas
    - Información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos)
- Proporciona servicios de idiomas a las personas cuyo lenguaje primario no es el inglés, tales como:
- Intérpretes calificados
- Información escrita en otros idiomas

Si necesita estos servicios, comuníquese con Ambetter de Coordinated Care a 1-877-687-1197 (TTY/TDD 1-877-941-9238).

Si considera que Ambetter de Coordinated Care no le ha proporcionado estos servicios, o en cierto modo le ha discriminado debido a su raza, color, origen nacional, edad, discapacidad o sexo, puede presentar una queja ante: Grievances Coordinator Coordinated Care, 1145 Broadway, Suite 300, Tacoma, WA 98402, 1-877-687-1197 (TTY/TDD 1-877-941-9238), Fax 1-855-218-0588. Usted puede presentar una queja por correo, fax, o correo electrónico. Si necesita ayuda para presentar una queja, Ambetter de Coordinated Care está disponible para brindarle ayuda. También puede presentar una queja de violación a sus derechos civiles ante la Oficina de derechos civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos (U.S. Department of Health and Human Services), en forma electrónica a través del portal de quejas de la Oficina de derechos civiles, disponible en *https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf*, o por correo o vía telefónica llamando al: U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue SW., Room 509F, HHH Building, Washington, DC 20201, 1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD).

Los formularios de queja están disponibles en *http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html*.

© 2018 Coordinated Care Corporation. Todos los derechos reservados.

Spanish:	Si usted, o alguien a quien está ayudando, tiene preguntas acerca de Ambetter de Coordinated Care, tiene derecho a obtener ayuda e información en su idioma sin costo alguno. Para hablar con un intérprete, llame al 1-877-687-1197 (TTY/TDD 1-877-941-9238).
Chinese:	如果您，或是您正在協助的對象，有關於 Ambetter from Coordinated Care 方面的問題，您有權利免費以您的母語得到幫助和訊息。如果要與一位翻譯員講話，請撥電話 1-877-687-1197 (TTY/TDD 1-877-941-9238)。
Vietnamese:	Nếu quý vị, hay người mà quý vị đang giúp đỡ, có câu hỏi về Ambetter from Coordinated Care, quý vị sẽ có quyền được giúp và có thêm thông tin bằng ngôn ngữ của mình miễn phí. Để nói chuyện với một thông dịch viên, xin gọi 1-877-687-1197 (TTY/TDD 1-877-941-9238).
Korean:	만약 귀하 또는 귀하가 돕고 있는 어떤 사람이 Ambetter from Coordinated Care 에 관해서 질문이 있다면 귀하는 그러한 도움과 정보를 귀하의 언어로 비용 부담없이 얻을 수 있는 권리가 있습니다. 그렇게 통역사와 얘기하기 위해서는 1-877-687-1197(TTY/TDD 1-877-941-9238)로 전화하십시오.
Russian:	В случае возникновения у вас или у лица, которому вы помогаете, каких-либо вопросов о программе страхования Ambetter from Coordinated Care вы имеете право получить бесплатную помощь и информацию на своем родном языке. Чтобы поговорить с переводчиком, позвоните по телефону 1-877-687-1197 (TTY/TDD 1-877-941-9238).
Tagalog:	Kung ikaw, o ang iyong tinutulangan, ay may mga katanungan tungkol sa Ambetter from Coordinated Care, may karapatan ka na makakuha nang tulong at impormasyon sa iyong wika ng walang gastos. Upang makausap ang isang tagasalin, tumawag sa 1-877-687-1197 (TTY/TDD 1-877-941-9238).
Ukrainian:	В разі виникнення у вас або особи, якій ви допомагаєте, будь-яких запитань щодо програми страхування Ambetter from Coordinated Care ви маєте право отримати безкоштовну допомогу та інформацію на своїй рідній мові. Щоб поговорити з перекладачем, зателефонуйте за номером 1-877-687-1197 (TTY/TDD 1-877-941-9238).
Mon-Khmer, Cambodian:	ប្រសិនលោកអ្នកឬ ឧបាសកម្នាក់ដែលអ្នកកំពុងតែជួយមានបញ្ហាអំពី Ambetter from Coordinated Care អ្នកមានសិទ្ធិទទួលបានជំនួយឥតគិតថ្លៃ។ សូមទូរស័ព្ទទៅកាន់អ្នកបកប្រែតាមលេខ1-877-687-1197 (TTY/TDD 1-877-941-9238)
Japanese:	Ambetter from Coordinated Careについて何かご質問がございましたらご連絡ください。ご希望の言語によるサポートや情報を無料でご提供いたします。通訳が必要な場合は、1-877-687-1197 (TTY/TDD 1-877-941-9238)までお電話ください。
Amharic:	አርስዎ ወይም አርሰዎ የሚርዱት ሰው ስለ Ambetter from Coordinated Care ማብር ጥያቄ ካለዎት ያለምንም ወጪ በቋንቋዎ ድጋፍ እንዲሁም መረጃ የማግኘት መብት አለዎት፣ ፣ አስተርጓሚ ለማነጋገር በ 1-877-687-1197 (TTY/TDD 1-877-941-9238) ይደውሉ፣ ፤
Cushite:	Yoo sii ykn namaa gargaaraa jirtuu wa'ee Ambetter from Coordinated Care (Kuunsaa Qindeeffamaa) irra gaaffi qabaatan ta'ee gargaarsaa fi odeeffanoo afaan ketiin kaffaltii alla argachuuf mirgaa qabdaa. Turjumaana wajiin dubadhuu,1-877-687-1197 irra bilbilli (TTY/TDD 1-877-941-9238).
Arabic:	إذا كان لديك أو لدى شخص تساعده أسئلة حول Ambetter from Coordinated Care، لديك الحق في الحصول على المساعدة والمعلومات الضرورية بلغتك من دون أية تكلفة. للتحدث مع مترجم اتصل بـ 1-877-687-1197 (TTY/TDD 1-877-941-9238).
Punjabi:	ਜੇ ਤੁਹਾਡੇ, ਜਾਂ ਤੁਹਾਡੀ ਮਦਦ ਲੈ ਰਹੇ ਕਿਸੇ ਵਿਅਕਤੀ ਦੇ ਮਨ ਵਿਚ Ambetter from Coordinated Care ਦੇ ਬਾਰੇ ਕੋਈ ਸਵਾਲ ਹਨ. ਤਾਂ ਤੁਹਾਨੂੰ ਆਪਣੀ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿਚ ਮੁਫਤ ਮਦਦ ਲੈਣ ਦਾ ਪੂਰਾ ਹੱਕ ਹੈ। ਦੁਭਾਸ਼ੀਏ ਨਾਲ ਗੱਲ ਕਰਨ ਲਈ 1-877-687-1197 (TTY/TDD 1-877-941-9238)'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ।
German:	Falls Sie oder jemand, dem Sie helfen, Fragen zu Ambetter from Coordinated Care hat, haben Sie das Recht, kostenlose Hilfe und Informationen in Ihrer Sprache zu erhalten. Um mit einem Dolmetscher zu sprechen, rufen Sie bitte die Nummer 1-877-687-1197 (TTY/TDD 1-877-941-9238) an.
Laotian:	ຖ້າທ່ານ ຫຼືຄົນທີ່ທ່ານກໍາລັງຊ່ວຍເຫຼືອ ມີຄໍາຖາມກ່ຽວກັບ Ambetter from Coordinated Care, ທ່ານມີສິດທີ່ຈະໄດ້ຮັບການຊ່ວຍເຫຼືອແລະຂໍ້ມູນຂ່າວສານທີ່ເປັນພາສາຂອງທ່ານ ໂດຍບໍ່ມີຄ່າໃຊ້ຈ່າຍ. ເພື່ອຈະເວົ້າກັບນາຍພາສາ ໃຫ້ໂທຫາ 1-877-687-1197 (TTY/TDD 1-877-941-9238).

© 2016 Coordinated Care Corporation. All rights reserved.