



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, deberá 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 límite a los gastos directos del bolsillo es el máximo que podría pagar en un año 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 límite 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 podría 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 días): 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 días): 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----- |

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 .) | | |
| <ul style="list-style-type: none"> Atención a largo plazo Cirugía bariátrica Cirugía estética | <ul style="list-style-type: none"> Cuidado dental Cuidado que no es de emergencia al viajar fuera de Estado Unidos Cuidado rutinario de la vista | <ul style="list-style-type: none"> Programas de pérdida de peso Servicio de enfermería privada |

*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>.

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

- | | | |
|--|---|---|
| <ul style="list-style-type: none">• Aborto• Acupuntura (Limitado a 12 visita(s) por año. Un número ilimitado de visitas para tratamiento de la dependencia química) | <ul style="list-style-type: none">• Audífonos (cobertura para los implantes cocleares solamente)• Cuidado quiropráctico (Limitado a visitas de 10 especialistas por año) | <ul style="list-style-type: none">• 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 Coordinated 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, kwijigo 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>.

| | |
|------------------------------|---|
| 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: | ប្រសិនបើលោកអ្នក ឬ អ្នកណាម្នាក់ដែលអ្នកកំពុងជួយមានបញ្ហាអំពី Ambetter from Coordinated Care អ្នកមានសិទ្ធិទទួលបានជំនួយពីអ្នកនាំពាក្យសាលារៀនឥតគិតថ្លៃ។ សូមទំនាក់ទំនងជាមួយអ្នកបកប្រែភាសាខ្មែរ 1-877-687-1197 (TTY/TDD 1-877-941-9238) |
| Japanese: | Ambetter from Coordinated Care について 何かご質問がございましたらご連絡ください。ご希望の言語によるサポートや情報を無料でご提供いたします。通訳が必要な場合は、1-877-687-1197 (TTY/TDD 1-877-941-9238) までお電話ください。 |
| Amharic: | እርስዎ ወይም እርስዎ የሚርዱት ሰው ስለ Ambetter from Coordinated Care ግብር ጥያቄ ካለዎት ያለምንም ወጪ በቋንቋዎ ድጋፍ እንዲሁም መረጃ የማግኘት መብት አለዎት፤ እስተርጓሚ 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 (Kuununsaa Qindeeffamaa) irra gaaffi qabaatan ta'ee gargaarsaa fi odeeffanoo afaan ketiin kaffaltii alla argachuuf mirgaa qabdaa. Turjumaana wajjin dubadhuu, 1-877-687-1197 irra bilbilli (TTY/TDD 1-877-941-9238). |
| Arabic: | إذا كان لديك أو لدى شخص تساعد أسئلة حول Ambetter from Coordinated Care، لديك الحق في الحصول على المساعدة والمعلومات الضرورية بلغتك من دون أية تكلفة. للتحدث مع مترجم اتصل بـ (TTY/TDD 1-877-941-9238) 1-877-687-1197. |
| Punjabi: | ਜੇ ਤੁਹਾਡੇ, ਜਾਂ ਤੁਹਾਡੀ ਮਦਦ ਲੈ ਰਹੇ ਕਿਸੇ ਵਿਅਕਤੀ ਦੇ ਮਨ ਵਿਚ Ambetter from Coordinated Care ਦੇ ਬਾਰੇ ਕੋਈ ਸਵਾਲ ਹਨ. ਤਾਂ ਤੁਹਾਨੂੰ ਆਪਣੀ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿਚ ਮੁਫਤ ਮਦਦ ਲੈਣ ਦਾ ਪੂਰਾ ਹੱਕ ਹੈ। ਦੁਆਰੀਏ 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 ຫຼື ຄົນທີ່ທ່ານກຳລັງຊ່ວຍເຫຼືອ ມີຄຳຖາມກ່ຽວກັບ Ambetter from Coordinated Care, ທ່ານມີສິດທີ່ຈະໄດ້ຮັບການຊ່ວຍເຫຼືອແລະຂໍ້ມູນຂ່າວສານທີ່ເປັນພາສາຂອງທ່ານ ໂດຍບໍ່ມີຄ່າໃຊ້ຈ່າຍ. ເພື່ອຈະເວົ້າກັບນາຍພາສາ ໃຫ້ໂທຫາ 1-877-687-1197 (TTY/TDD 1-877-941-9238). |