



El Resumen de beneficios y cobertura (SBC) lo ayudará a escoger un [plan](#) de salud. El SBC muestra cómo usted y el [plan](#) compartirían los costos de los servicios de atención médica cubiertos. NOTA: La información sobre el costo de este [plan](#) (denominado [prima](#)) se proporcionará por separado. Este es solo un resumen. Para obtener más información sobre su cobertura u obtener una copia de los términos completos de la cobertura, <https://Ambetter-es.ARHealthWellness.com/2021-brochures.html> o llamar al 1-877-617-0390 (TTY/TDD: 1-877-617-0392). Para ver las definiciones de términos frecuentes, como [cantidad permitida](#), [facturación de saldo](#), [coseguro](#), [copago](#), [deducible](#), [proveedor](#) u otros términos subrayados, consulte el glosario. Puede consultar el glosario en <https://www.healthcare.gov/sbc-glossary> o llamar al 1-877-617-0390 (TTY/TDD: 1-877-617-0392) para pedir una copia.

| Preguntas importantes | Respuestas | Por qué es importante: |
|---|--|--|
| ¿Cuánto es el deducible total? | Proveedores de la red : \$5,450 por individuo y \$10,900 por familia. Proveedor fuera de la red : \$15,000 por individuo y \$30,000 por familia. | En general, debe pagar todos los costos de los proveedores hasta la cantidad 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 deductibles pagados por todos los familiares satisfagan el deducible familiar total. |
| ¿Hay servicios cubiertos antes de alcanzar su deducible ? | Sí. Visitas al consultorio para servicios de atención preventiva , atención primaria, especialista y de atención de urgencia , exámenes de la vista y anteojos para niños, análisis de laboratorio, medicamentos genéricos y de marca preferida están cubiertos antes de que llegue a su deducible . | Este plan cubre algunos productos y servicios aunque aún no haya alcanzado la cantidad del deducible . Sin embargo, se podría aplicar un copago o un coseguro . Por ejemplo, este plan cubre ciertos servicios preventivos sin costos compartidos antes de que alcance su deducible . Consulte una lista de servicios preventivos cubiertos en https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/ |
| ¿Hay otros deductibles para servicios específicos? | No. | No debe pagar deductibles por servicios específicos. |
| ¿Cuánto es el límite de gastos de bolsillo para este plan ? | Para proveedores de la red , \$8,100 por individuo y \$16,200 por familia. Para proveedor fuera de la red : \$17,000 por individuo y \$34,000 por familia. | El límite de gastos de bolsillo es lo máximo que puede pagar en un año por servicios cubiertos. Si tiene otros familiares en este plan , ellos tienen que satisfacer sus propios límite de gastos de bolsillo hasta que se haya satisfecho el límite de gastos de bolsillo familiar total. |
| ¿Qué es lo que no está incluido en el límite de gastos de bolsillo ? | Primas , facturación de saldo , y atención médica que este plan no cubre. | Aunque pague estos gastos, no cuentan para el límite de gastos del bolsillo . |

| | | |
|---|---|--|
| ¿Pagará menos si acude a un <u>proveedor dentro de la red</u> ? | Sí. Encontrar un proveedor o llame al 1-877-617-0390 (TTY/TDD: 1-877-617-0392) para una lista de <u>proveedores de la red</u> . | Este <u>plan</u> utiliza una <u>red de proveedores</u> . Pagará menos si usa un <u>proveedor</u> que esté incluido en la <u>red</u> del <u>plan</u> . Pagará más si acude a un <u>proveedor fuera de la red</u> , y es posible que reciba una factura de un <u>proveedor</u> por la diferencia entre el cargo del <u>proveedor</u> y lo que su <u>plan</u> paga (<u>facturación de saldo</u>). Tenga en cuenta que su <u>proveedor dentro de la red</u> puede usar un <u>proveedor fuera de la red</u> para algunos servicios (como análisis de laboratorio). Consulte con su <u>proveedor</u> antes de recibir los servicios. |
| ¿Necesita una <u>derivación</u> para atenderse con un <u>especialista</u> ? | No. | Puede ver al <u>especialista</u> que usted elija sin una <u>derivación</u> . |



Todos los copagos y el coseguro que se muestran en este cuadro se aplican después de alcanzar su deductible, si se aplica uno.

| Circunstancia médica común | Servicios que podría necesitar | Lo que usted pagará | | Limitaciones, excepciones y otra información importante |
|---|---|--|--|--|
| | | Proveedor dentro de la red (Usted pagará el mínimo) | Proveedor fuera de la red (Usted pagará el máximo) | |
| Si acude al consultorio o clínica del proveedor | Consulta con su médico de atención primaria para tratar una afección o lesión | \$25 <u>Copago</u> / visita; <u>deductible</u> no se aplica | 60% <u>Coseguro</u> ; <u>deductible</u> no se aplica | Visitas virtuales de Ambetter Health cubiertas a \$0, <u>proveedores</u> cubiertos en su totalidad, no aplica <u>deductible</u> . |
| | Consulta con un <u>especialista</u> | \$50 <u>Copago</u> / visita; <u>deductible</u> no se aplica | 60% <u>Coseguro</u> ; <u>deductible</u> no se aplica | -----Ninguno----- |
| | <u>Atención preventiva/evaluación/vacunas</u> | Sin cargo; <u>deductible</u> no se aplica | 60% <u>Coseguro</u> ; <u>deductible</u> no se aplica | Puede que tenga que pagar por servicios que no son preventivos. Pregunte a su <u>proveedor</u> si los servicios necesarios son preventivos. Luego verifique por lo que su <u>plan</u> pagará. |
| Si se realiza un examen | <u>Exámenes de diagnóstico</u> (radiografías, análisis de sangre) | \$25 <u>Copago</u> / prueba para servicios ambulatorios y profesionales de laboratorio (no se aplica <u>deductible</u>); 30% <u>Coseguro</u> para rayos X e imágenes diagnósticas | 60% <u>Coseguro</u> para servicios ambulatorios y profesionales de laboratorio (no se aplica <u>deductible</u>); 60% <u>Coseguro</u> para rayos X e imágenes diagnósticas | Puede que sea necesaria una autorización previa. Incapacidad para obtener autorización previa para cualquier servicio que requiera autorización previa puede ocasionar disminución de beneficios. Vea su póliza para obtener más detalles. |
| | Diagnóstico por imágenes (tomografía computarizada/tomografía por emisión de positrones, imágenes por resonancia magnética) | 30% <u>Coseguro</u> | 60% <u>Coseguro</u> | Puede que sea necesaria una autorización previa. |

* Para obtener más información sobre limitaciones y excepciones, consulte el documento del plan o de la póliza en <https://api.centene.com/EOC/2021/37903AR007.pdf>.

| Circunstancia médica común | Servicios que podría necesitar | Lo que usted pagará | | Limitaciones, excepciones y otra información importante |
|---|---|---|--|---|
| | | Proveedor dentro de la red (Usted pagará el mínimo) | Proveedor fuera de la red (Usted pagará el máximo) | |
| Si necesita un medicamento para tratar su enfermedad o condición médica. Hay más información disponible sobre la cobertura de medicamentos con receta médica en Lista de Medicamentos Preferidos. | Medicamentos genéricos | Al por menor: \$25 Copago / receta; deductible no se aplica | No cubierto | Los medicamentos con receta se proporcionan hasta por 30 días al por menor y hasta por 90 días por pedidos por correo. Los pedidos por correo están sujetos a una cantidad de costo compartido de 2.5x del precio de venta al por menor. |
| | Medicamentos de marca preferidos | Al por menor: \$50 Copago / receta; deductible no se aplica | No cubierto | Puede que sea necesaria una autorización previa. Los medicamentos con receta se proporcionan hasta por 30 días al por menor y hasta por 90 días por pedidos por correo. Los pedidos por correo están sujetos a una cantidad de costo compartido de 2.5x del precio de venta al por menor. |
| | Medicamentos de marca no preferidos | Al por menor: 50% Coseguro | No cubierto | Puede que sea necesaria una autorización previa. Los medicamentos con receta se proporcionan hasta 30 días al por menor y hasta 30 días por pedidos por correo. |
| | Medicamentos de especialidad | Al por menor: 50% Coseguro | No cubierto | Puede que sea necesaria una autorización previa. Los medicamentos con receta se proporcionan hasta 30 días al por menor y hasta 30 días por pedidos por correo. |
| Si le hacen una cirugía ambulatoria | Tarifa del centro (p. ej., centro de cirugía ambulatoria) | 30% Coseguro | 60% Coseguro | Puede que sea necesaria una autorización previa. |
| | Tarifas del médico/cirujano | 30% Coseguro | 60% Coseguro | Puede que sea necesaria una autorización previa. |
| Si necesita atención médica inmediata | Atención en la Sala de Emergencias | 30% Coseguro | 30% Coseguro | -----Ninguno----- |
| | Transporte médico de emergencia | 30% Coseguro | 30% Coseguro | -----Ninguno----- |
| | Atención de urgencia | \$60 Copago / visita; deductible no se aplica | 60% Coseguro ; deductible no se aplica | -----Ninguno----- |
| Si necesita hospitalización | Tarifa del centro (p. ej., habitación del hospital) | 30% Coseguro | 60% Coseguro | Puede que sea necesaria una autorización previa. |
| | Tarifas del médico/cirujano | 30% Coseguro | 60% Coseguro | Puede que sea necesaria una autorización previa. |

* Para obtener más información sobre limitaciones y excepciones, consulte el documento del [plan](#) o de la póliza en <https://api.centene.com/EOC/2021/37903AR007.pdf>.

| Circunstancia médica común | Servicios que podría necesitar | Lo que usted pagará | | Limitaciones, excepciones y otra información importante |
|--|---|--|--|--|
| | | Proveedor dentro de la red (Usted pagará el mínimo) | Proveedor fuera de la red (Usted pagará el máximo) | |
| Si necesita servicios de salud mental, salud conductual o de abuso de sustancias | Servicios para pacientes ambulatorios | <u>Copago</u> de \$25 / visita al consultorio (<u>deductible</u> no aplica); <u>Coseguro</u> del 30% para todos los demás servicios como paciente ambulatorio | <u>Coseguro</u> del 60% / visita al consultorio (<u>deductible</u> no aplica); <u>Coseguro</u> del 60% para todos los demás servicios como paciente ambulatorio | Puede que sea necesaria una autorización previa. (PCP y otras visitas de médico no requieren autorización previa). |
| | Servicios para pacientes hospitalizados | 30% <u>Coseguro</u> | 60% <u>Coseguro</u> | Puede que sea necesaria una autorización previa. |
| Si está embarazada | Visitas al consultorio | \$25 <u>Copago</u> / visita; <u>deductible</u> no se aplica | 60% <u>Coseguro</u> ; <u>deductible</u> no se aplica | No se requiere Autorización previa para entregas dentro del marco de tiempo estándar según las normas federales, pero se puede requerir para otros servicios. El <u>costo compartido</u> no aplica a <u>servicios preventivos</u> , tales como evaluaciones de rutina prenatales y posnatales. Dependiendo del tipo de servicios, puede que aplique un <u>coseguro</u> , <u>deductible</u> o <u>copago</u> . La atención por maternidad puede incluir las pruebas y servicios descritos en otro sitio en el SBC (por ej. ecografía). |
| | Servicios profesionales para el nacimiento y el parto | 30% <u>Coseguro</u> | 60% <u>Coseguro</u> | Puede que sea necesaria una autorización previa. Los <u>costos compartidos</u> no aplican para <u>servicios preventivos</u> . Dependiendo del tipo de servicios, puede que aplique un <u>copago</u> , <u>coseguro</u> o <u>deductible</u> . La atención por maternidad puede incluir las pruebas y servicios descritos en otro sitio en el SBC (por ej. ecografía). |
| | Servicios hospitalarios para el nacimiento y el parto | 30% <u>Coseguro</u> | 60% <u>Coseguro</u> | |
| | <u>Atención médica en el hogar</u> | 30% <u>Coseguro</u> | 60% <u>Coseguro</u> | Puede que sea necesaria una autorización previa. Limitado a 50 visitas al año. |
| | <u>Servicios de rehabilitación</u> | 30% <u>Coseguro</u> | 60% <u>Coseguro</u> | Puede que sea necesaria una autorización previa. Limitado a un límite de 30 visitas combinadas al año para terapia física, terapia |

* Para obtener más información sobre limitaciones y excepciones, consulte el documento del [plan](#) o de la póliza en <https://api.centene.com/EOC/2021/37903AR007.pdf>.

| Circunstancia médica común | Servicios que podría necesitar | Lo que usted pagará | | Limitaciones, excepciones y otra información importante |
|---|--|--|---|--|
| | | Proveedor dentro de la red (Usted pagará el mínimo) | Proveedor fuera de la red (Usted pagará el máximo) | |
| Si necesita servicios de recuperación o tiene otras necesidades especiales de salud | | | | del habla, terapia ocupacional y atención de quiropráctico ambulatorias. |
| | <u>Servicios de habilitación</u> | 30% <u>Coseguro</u> | 60% <u>Coseguro</u> | Puede que sea necesaria una autorización previa. Limitado a un límite de 30 visitas combinadas al año para servicios de habilitación ambulatoria; limitado a 180 visitas al año para servicios de desarrollo. |
| | <u>Atención de enfermería especializada</u> | 30% <u>Coseguro</u> | 60% <u>Coseguro</u> | Puede que sea necesaria una autorización previa. Limitado a 60 días al año. |
| | <u>Equipo médico duradero</u> | 30% <u>Coseguro</u> | 60% <u>Coseguro</u> | Puede que sea necesaria una autorización previa. Cubierto sin límite. |
| | <u>Servicios en un programa de cuidados paliativos</u> | 30% <u>Coseguro</u> | 60% <u>Coseguro</u> | Puede que sea necesaria una autorización previa. Los beneficios paliativos, en hospital, en el hogar o ambulatorios están disponibles para una persona enferma terminal con cobertura para un período continuo hasta de 180 días de por vida para una persona con cobertura. |
| Si su hijo necesita servicios dentales o de la vista | Examen de la vista para niños | Sin costo; <u>deductible</u> no se aplica | Sin costo; <u>deductible</u> no se aplica | Limitado a 1 visita al año. El examen de la vista de un proveedor fuera de la red está cubierto hasta \$38.50 |
| | Anteojos para niños | Sin costo; <u>deductible</u> no se aplica | Sin costo; <u>deductible</u> no se aplica | Limitado a 1 artículo al año. Marcos o lentes de contacto de proveedores fuera de la red están cubierto hasta \$50, consulte el programa para conocer el límite de lentes. |
| | Control dental para niños | No están cubiertos | No están cubiertos | -----Ninguno----- |

* Para obtener más información sobre limitaciones y excepciones, consulte el documento del [plan](#) o de la póliza en <https://api.centene.com/EOC/2021/37903AR007.pdf>.

Servicios excluidos y otros servicios cubiertos:

Servicios que su [Plan](#), por lo general, NO cubre (consulte la póliza o documento del [plan](#) para obtener más información y una lista de otros [servicios excluidos](#)).

- | | | |
|---|----------------------|--|
| • Aborto | • Atención dental | • Cuidado que no es de emergencia al viajar fuera de Estado Unidos |
| • Acupuntura | • Cirugía bariátrica | • Programas de pérdida de peso |
| • Atención a largo plazo | • Cirugía estética | • Servicio de enfermería privada |
| • Atención de la vista de rutina (Adulto) | | |

Otros servicios cubiertos (es posible que se apliquen limitaciones a estos servicios. Esta no es una lista completa. Consulte el documento del [plan](#)).

- | | | |
|--|--|--|
| • Audífonos (Limitado a 1 par cada 3 años.) | • Cuidado rutinario de los pies (La cobertura está limitada a la atención de la diabetes solamente.) | • Tratamiento de la infertilidad (La cobertura incluye pruebas para diagnosticar la infertilidad, asesoría sobre infertilidad y servicios de planificación; también están cubiertos los procedimientos de fertilización in vitro.) |
| • Cuidado quiropráctico (Limitado a un límite de 30 visitas combinadas al año (combinadas para atención de quiropráctico, terapia física, terapia del habla y terapia ocupacional).) | | |

Su derecho a continuar con la cobertura: Hay organismos que pueden ayudarlo si quiere mantener la cobertura después de que esta finalice. La información de contacto de esos organismos es: Ambetter from Arkansas Health & Wellness a 1-877-617-0390 (TTY/TDD: 1-877-617-0392); Arkansas Insurance Department, 1200 West Third Street, Little Rock, AR 72201-1904, Phone No. 1-501-371-2600 or 1-800-282-9134 Fax No. 1-800-852-5494 Seniors No. 1-800-224-6330.. Es posible que haya otras opciones de cobertura disponibles para usted, como contratar una cobertura de seguro individual a través del [Mercado de Seguros Médicos](#). Para obtener más información sobre el [Mercado](#), visite www.HealthCare.gov o llame al 1-800-318-2596.

Su derecho a presentar una queja o una apelación: Hay organismos que pueden ayudarlo si tiene una queja contra su [plan](#) por la denegación de una [reclamación](#). Esta queja se denomina [queja formal](#) o [apelación](#). Para obtener más información sobre sus derechos, consulte la explicación de beneficios que recibirá por dicha [reclamación](#) médica. Los documentos de su [plan](#) también dan toda la información para presentar una [reclamación](#), una [apelación](#) o una [queja formal](#) por cualquier motivo a su [plan](#). Para obtener más información sobre sus derechos, sobre este aviso o si necesita ayuda, comuníquese con: Arkansas Insurance Department, 1200 West Third Street, Little Rock, AR 72201-1904, Phone No. 1-501-371-2600 or 1-800-282-9134 Fax No. 1-800-852-5494 Seniors No. 1-800-224-6330.

¿Este plan proporciona cobertura esencial mínima? Sí

La [cobertura esencial mínima](#) generalmente incluye [planes, seguros médicos](#) disponibles a través del [Mercado](#) u otras pólizas de mercado individuales, Medicare, Medicaid, CHIP, TRICARE y otras coberturas específicas. Si usted es elegible para determinados tipos de [cobertura esencial mínima](#), tal vez no sea elegible para el [crédito fiscal para primas del plan](#).

¿Cumple este plan el valor mínimo estándar? Sí

Si su [plan](#) no cumple con el [valor mínimo estándar](#), es posible que cumpla con los requisitos para recibir un [crédito fiscal para primas del plan](#) que lo ayudará a pagar un [plan](#) en el [Mercado](#).

Servicio de acceso a idiomas:

Spanish (Español): Para obtener asistencia en Español, llame al 1-877-617-0390 (TTY/TDD: 1-877-617-0392).

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

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

Navajo (Dine): Dinek'ehgo shika a'tohwol ninisingo, kwiijigo holne' 1-877-617-0390 (TTY/TDD: 1-877-617-0392).

Para ver ejemplos de cómo este [plan](#) podría cubrir los costos de una situación médica de ejemplo, consulte la siguiente sección.

Acerca de estos ejemplos de cobertura:



Esta no es una herramienta de cálculo de costos. Los tratamientos que se muestran son solo ejemplos de cómo puede este [plan](#) cubrir la atención médica. Sus costos reales pueden variar según el tratamiento real que reciba, los precios que sus [proveedores](#) cobren y muchos otros factores. Fíjese en las cantidades de [costo compartido \(deducibles, copagos y coseguro\)](#) y en los [servicios excluidos](#) por el [plan](#). Use esta información para comparar la parte de los costos que podría pagar con los distintos [planes médicos](#). Tenga presente que estos ejemplos de cobertura se basan solo en una cobertura individual.

Peg va a tener un bebé

(9 meses de atención prenatal dentro de la red y parto en el hospital)

| | |
|--|---------|
| ■ El deductible general del plan | \$5,450 |
| ■ Especialista copago | \$50 |
| ■ Hospital (establecimiento) coseguro | 30% |
| ■ Otro coseguro | 30% |

Este EJEMPLO de evento incluye servicios como:

Visitas al consultorio del [especialista](#) ([atención prenatal](#))

Servicios profesionales para el nacimiento y el parto

Servicios hospitalarios para el nacimiento y el parto

[Exámenes de diagnóstico](#) (ecografías y análisis de sangre)

Consulta con un [especialista](#) ([anestesia](#))

Costo total del ejemplo

\$12,700

En este ejemplo, Peg pagaría:

| Costo compartidos | |
|--------------------------------|---------|
| Deducibles | \$5,450 |
| Copagos | \$400 |
| Coseguro | \$1,000 |
| <i>Lo que no está cubierto</i> | |
| Límites o exclusiones | \$60 |
| El total que Peg pagaría es | \$6,910 |

Control de la diabetes tipo 2 de Joe

(un año de atención de rutina dentro de la red de una condición bien controlada)

| | |
|--|---------|
| ■ El deductible general del plan | \$5,450 |
| ■ Especialista copago | \$50 |
| ■ Hospital (establecimiento) coseguro | 30% |
| ■ Otro coseguro | 30% |

Este EJEMPLO de evento incluye servicios como:

Visitas en el consultorio del [médico de atención primaria](#) ([incluye la educación sobre enfermedades](#))

[Exámenes de diagnóstico](#) (análisis de sangre)

[Medicamentos con receta médica](#)

[Equipo médico duradero](#) (glucómetro)

Fractura simple de Mia

(visita a la Sala de Emergencias dentro de la red y atención de seguimiento)

| | |
|--|---------|
| ■ El deductible general del plan | \$5,450 |
| ■ Especialista copago | \$50 |
| ■ Hospital (establecimiento) coseguro | 30% |
| ■ Otro coseguro | 30% |

Este EJEMPLO de evento incluye servicios como:

[Atención en la Sala de Emergencias](#) ([incluye suministros médicos](#))

[Exámenes de diagnóstico](#) (radiografías)

[Equipo médico duradero](#) (muletas)

[Servicios de rehabilitación](#) (fisioterapia)

Costo total del ejemplo

\$5,600

En este ejemplo, Joe pagaría:

| Costo compartidos | |
|--------------------------------|---------|
| Deducibles | \$800 |
| Copagos | \$1,200 |
| Coseguro | \$0 |
| <i>Lo que no está cubierto</i> | |
| Límites o exclusiones | \$20 |
| El total que Joe pagaría es | \$2,020 |

Costo total del ejemplo

\$2,800

En este ejemplo, Mia pagaría:

| Costo compartidos | |
|--------------------------------|---------|
| Deducibles | \$2,500 |
| Copagos | \$200 |
| Coseguro | \$0 |
| <i>Lo que no está cubierto</i> | |
| Límites o exclusiones | \$0 |
| El total que Mia pagaría es | \$2,700 |

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

| | |
|--------------|--|
| Spanish: | Si usted, o alguien a quien está ayudando, tiene preguntas acerca de Ambetter de Arkansas Health & Wellness, tiene derecho a obtener ayuda e información en su idioma sin costo alguno. Para hablar con un intérprete, llame al 1-877-617-0390 (TTY/TDD 1-877-617-0392). |
| Vietnamese: | Nếu quý vị, hay người mà quý vị đang giúp đỡ, có câu hỏi về Ambetter from Arkansas Health & Wellness, quý vị sẽ có quyền được giúp và có thêm thông tin bằng ngôn ngữ của mình miễn phí. Để nói chuyện với một thông dịch viên, xin gọi 1-877-617-0390 (TTY/TDD 1-877-617-0392). |
| Marshallese: | Ñe kwe, ak bar juon eo kwōj jipañe, ewōr an kajitök kōn Ambetter from Arkansas Health & Wellness, ewōr am̄ jimwe in bōk jipañ im melele ko ilo kajin eo am̄ ejjełok wōnāān. Ñan kōnono ippān juon ri-ukōk, kirlok 1-877-617-0390 (TTY/TDD 1-877-617-0392). |
| Chinese: | 如果您，或是您正在協助的對象，有關於 Ambetter from Arkansas Health & Wellness 方面的問題，您有權利免費以您的母語得到幫助和訊息。如果要與一位翻譯員講話，請撥電話 1-877-617-0390 (TTY/TDD 1-877-617-0392)。 |
| Laotian: | ຖ່ານທ່ານ ຫຼືບິນທີທ່ານທ່ານວັງຈຸດວັດເຫຼືອ ມີຄ້າງາມກ່ຽວຂ້ອງ Ambetter from Arkansas Health & Wellness, ທ່ານມີອືດທີ່ຈະໄດ້ຮັບການຊ່ວຍລູ້ອໍານວຍຕົ້ນກ່າວອາການທີ່ບັນພາອາຊອງທ່ານ ໂດຍບໍ່ມີຄາໃຊ້ຈ່າຍ. ເພື່ອຮັດວຽກບໍລິຫານ 1-877-617-0390 (TTY/TDD 1-877-617-0392). |
| Tagalog: | Kung ikaw, o ang iyong tinutulangan, ay may mga katanungan tungkol sa Ambetter from Arkansas Health & Wellness, may karapatan ka na makakuha nang tulong at impomasyon sa iyong wika ng walang gastos. Upang makausap ang isang tagasalin, tumawag sa 1-877-617-0390 (TTY/TDD 1-877-617-0392). |
| Arabic: | إذا كان لديك أو لدى شخص تساعدك أسلة حول Ambetter from Arkansas Health & Wellness، لديك الحق في الحصول على المساعدة والمعلومات الضرورية بذلك من دون أية عجلة. للتحدث مع مترجم اتصل بـ 1-877-617-0390 .(TTY/TDD 1-877-617-0392) |
| German: | Falls Sie oder jemand, dem Sie helfen, Fragen zu Ambetter from Arkansas Health & Wellness hat, haben Sie das Recht, kostenlose Hilfe und Informationen in Ihrer Sprache zu erhalten. Um mit einem Dolmetscher zu sprechen, rufen Sie bitte die Nummer 1-877-617-0390 (TTY/TDD 1-877-617-0392) an. |
| French: | Si vous-même ou une personne que vous aidez avez des questions à propos d'Ambetter from Arkansas Health & Wellness, vous avez le droit de bénéficier gratuitement d'aide et d'informations dans votre langue. Pour parler à un interprète,appelez le 1-877-617-0390 (TTY/TDD 1-877-617-0392). |
| Hmong: | Yog koj, los yog tej tus neeg uas koj pab ntawd, muaj lus nug txog Ambetter from Arkansas Health & Wellness, koj muaj cai kom lawv muab cov ntshiaib lus qhia uas tau muab sau ua koj horu lus pub dawb rau koj. Yog koj xav nrog ib tug neeg txhais lus tham, hu rau 1-877-617-0390 (TTY/TDD 1-877-617-0392). |
| Korean: | 만약 귀하 또는 귀하가 돕고 있는 어떤 사람이 Ambetter from Arkansas Health & Wellness에 대해서 질문이 있다면 귀하는 그러한 도움과 정보를 귀하의 언어로 비용 부담없이 얻을 수 있는 권리가 있습니다. 그렇게 등역사와 얘기하기 위해서는 1-877-617-0390 (TTY/TDD 1-877-617-0392)로 전화하십시오. |
| Portuguese: | Se você, ou alguém a quem você está ajudando, tem perguntas sobre o Ambetter from Arkansas Health & Wellness, você tem o direito de obter ajuda e informação em seu idioma e sem custos. Para falar com um intérprete, ligue para 1-877-617-0390 (TTY/TDD 1-877-617-0392). |
| Japanese: | Ambetter from Arkansas Health & Wellnessについて何かご質問がございましたらご連絡ください。ご希望の言語によるサポートや情報を無料でご提供いたします。 通訳が必要な場合は、1-877-617-0390 (TTY/TDD 1-877-617-0392)までお電話ください。 |
| Hindi: | आप या जिसकी आप मदद कर रहे हैं उनके Ambetter from Arkansas Health & Wellness के बारे में कोई सवाल हों, तो आपको विना किसी खर्च के अपनी भाषा में मदद और जानकारी प्राप्त करने का अधिकार है। किसी दुमाणिये से बात करने के लिए 1-877-617-0390 (TTY/TDD 1-877-617-0392) पर कॉल करें। |
| Gujarati: | જે તમને અથવા તમે જેમની મદદ કરી રહ્ય હોય તેમને, Ambetter from Arkansas Health & Wellness વિશે શીંદી પુષ્ટ વીચ તો તમને, શીંદી ખર્ચ વિના તમારી ભાષામાં મદદ અને માર્ગિતી પ્રાપ્ત કરવાનો અધિકાર છે. દુમાણિયા સાથે બાત કરવા માટે 1-877-617-0390 (TTY/TDD 1-877-617-0392) ઉપર કોલ કરો. |

Declaración de no discriminación

Ambetter from Arkansas Health & Wellness 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 Arkansas Health & Wellness no excluye personas o las trata de manera diferente debido a su raza, color, origen nacional, edad, discapacidad, o sexo.

Ambetter from Arkansas Health & Wellness:

- 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 from Arkansas Health & Wellness a 1-877-617-0390 (TTY/TDD 1-877-617-0392).

Si considera que Ambetter from Arkansas Health & Wellness 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 from Arkansas Health & Wellness Appeals Unit, P.O. Box 25538, Little Rock, AR 72221, 1-877-617-0390 (TTY/TDD 1-877-617-0392), Fax 1-866-811-3255. Usted puede presentar una queja por correo, fax, o correo electrónico. Si necesita ayuda para presentar una queja, Ambetter from Arkansas Health & Wellness 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>.