



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.WesternSkyCommunityCare.com/2021-brochures.html> o llamar al 1-833-945-2029 (TTY 711). 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 1-833-945-2029 (TTY 711) para pedir una copia.

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué es importante:
¿Cuánto es el deducible total?	\$6,000 por individuo y \$12,000 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 deducibles 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 deducibles para servicios específicos?	No.	No debe pagar deducibles por servicios específicos.
¿Cuánto es el límite de gastos de bolsillo para este plan ?	Para proveedores de la red , \$8,500 por individuo y \$17,000 por familia. No es aplicable a los proveedores fuera de la red .	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 proveedor dentro de la red ?	Sí. http://ambetter.westernskycommunitycare.com/findadoc o llame al 1-833-945-2029 (TTY 711) para una lista de proveedores de la red .	Este plan utiliza una red de proveedores . Pagará menos si usa un proveedor que esté incluido en la red del plan . Pagará más si acude a un proveedor fuera de la red , y es posible que reciba una factura de un proveedor por la diferencia entre el cargo del proveedor y lo que su plan paga (facturación de saldo). Tenga en cuenta que su proveedor dentro de la red puede usar un proveedor fuera de la red para algunos servicios (como análisis de laboratorio). Consulte con su proveedor antes de recibir los servicios.

¿Necesita una derivación para atenderse con un especialista ?	No.	Puede ver al especialista que usted elija sin una derivación .
---	-----	--

 Todos los [copagos](#) y el [coseguro](#) que se muestran en este cuadro se aplican después de alcanzar su [deducible](#), 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	\$30 Copago / visita; deducible no se aplica	No cubierto	Visitas virtuales de Ambetter Health cubiertas a \$0, proveedores cubiertos en su totalidad, no aplica deducible .
	Consulta con un especialista	\$60 Copago / visita; deducible no se aplica	No cubierto	-----Ninguno-----
	Atención preventiva/evaluación /vacunas	Sin cargo; deducible no se aplica	No 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	Exámenes de diagnóstico (radiografías, análisis de sangre)	\$30 Copago / prueba para servicios ambulatorios y profesionales de laboratorio (no se aplicade deducible); Coseguro del 40% para rayos X e imágenes diagnósticas	No cubierto	Es posible que se requiera autorización previa. No hay límite de cobertura. No se requiere autorización previa para los ultrasonidos de diagnóstico ginecológico u obstétrico. La falta de obtención de autorización previa para cualquier servicio que requiera autorización previa puede resultar en la reducción de los beneficios. Los análisis y la prestación de servicios de atención médica para COVID-19 no tienen costo compartido. Para obtener más detalles, consulte su póliza.
	Diagnóstico por imágenes (tomografía computarizada/tomografía por emisión de positrones, imágenes por resonancia magnética)	40% Coseguro	No cubierto	Puede que sea necesaria una autorización previa. Cubierto sin límite.

* Para obtener más información sobre limitaciones y excepciones, consulte el documento del [plan](#) o de la póliza en <https://api.centene.com/EOC/2021/39006NM001.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 http://ambetter.westernskycommunitycare.com/2021formulary .	Medicamentos genéricos	Al por menor: \$20 Copago / receta; deducible no se aplica	No cubierto	Los medicamentos con receta se proporcionan hasta por 30 días al por menor y hasta 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. La insulina o la alternativa medicamento necesaria no excederá de un total de veinticinco dólares (\$25.00) por cada suministro de treinta días.
	Medicamentos de marca preferidos	Al por menor: \$55 Copago / receta; deducible 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. La insulina o la alternativa medicamento necesaria no excederá de un total de veinticinco dólares (\$25.00) por cada suministro de treinta días.
	Medicamentos de marca no preferidos	Al por menor: 50% Coseguro	No cubierto	Puede que sea necesaria una autorización previa. Los medicamentos de venta con receta se suministran hasta por 30 días al por menor y hasta por 30 días por correo. La insulina o la alternativa medicamento necesaria no excederá de un total de veinticinco dólares (\$25.00) por cada suministro de treinta días.
	Medicamentos de especialidad	Al por menor: 50% Coseguro	No cubierto	Puede que sea necesaria una autorización previa. Los medicamentos de venta con receta se suministran hasta por 30 días al por menor y hasta por 30 días por correo. La insulina o la alternativa medicamento necesaria no excederá de un total de veinticinco dólares (\$25.00) por cada suministro de treinta días.
Si le hacen una cirugía ambulatoria	Tarifa del centro (p. ej., centro de cirugía ambulatoria)	40% Coseguro	No cubierto	Puede que sea necesaria una autorización previa. Cubierto sin límite.
	Tarifas del médico/cirujano	40% Coseguro	No cubierto	Puede que sea necesaria una autorización previa. Cubierto sin límite.

* Para obtener más información sobre limitaciones y excepciones, consulte el documento del [plan](https://api.centene.com/EOC/2021/39006NM001.pdf) o de la póliza en <https://api.centene.com/EOC/2021/39006NM001.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 atención médica inmediata	Atención en la Sala de Emergencias	40% Coseguro	40% Coseguro	Para la atención de emergencia recibida fuera de la red, el proveedor no debe facturarle el saldo, si lo hace, comuníquese con Servicios para los afiliados.
	Transporte médico de emergencia	40% Coseguro	40% Coseguro	Para la atención de emergencia recibida fuera de la red, el proveedor no debe facturarle el saldo, si lo hace, comuníquese con Servicios para los afiliados.
	Atención de urgencia	\$60 Copago / visita; deducible no se aplica	\$60 Copago / visita; deducible no se aplica	-----Ninguno-----
Si necesita hospitalización	Tarifa del centro (p. ej., habitación del hospital)	40% Coseguro	No cubierto	Puede que sea necesaria una autorización previa. Cubierto sin límite.
	Tarifas del médico/cirujano	40% Coseguro	No cubierto	Puede que sea necesaria una autorización previa. Cubierto sin límite.
Si necesita servicios de salud mental, salud conductual o de abuso de sustancias	Servicios para pacientes ambulatorios	Copago de \$30 / visita al consultorio (deducible no aplica) ; Coseguro del 40% para todos los demás servicios como paciente ambulatorio	No cubierto	Puede que sea necesaria una autorización previa. Cubierto sin límite. (PCP y otras visitas de médico no requieren autorización previa).
	Servicios para pacientes hospitalizados	40% Coseguro	No cubierto	Puede que sea necesaria una autorización previa. Cubierto sin límite.
Si está embarazada	Visitas al consultorio	\$30 Copago / visita; deducible no se aplica	No cubierto	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 costo compartido no aplica a servicios preventivos , tales como evaluaciones de rutina prenatales y posnatales. Dependiendo del tipo de servicios, puede que aplique un coseguro , deducible o copago . La atención por maternidad puede incluir las pruebas y servicios descritos en otro sitio en el SBC (por ej. ecografía).

* Para obtener más información sobre limitaciones y excepciones, consulte el documento del [plan](#) o de la póliza en <https://api.centene.com/EOC/2021/39006NM001.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)	
	Servicios profesionales para el nacimiento y el parto	40% Coseguro	No cubierto	Puede que sea necesaria una autorización previa. Los costos compartidos no aplican para servicios preventivos . Dependiendo del tipo de servicios, puede que aplique un copago , coseguro o deducible . 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	40% Coseguro	No cubierto	
Si necesita servicios de recuperación o tiene otras necesidades especiales de salud	Atención médica en el hogar	40% Coseguro	No cubierto	Puede que sea necesaria una autorización previa. Limitado a 100 visitas al año.
	Servicios de rehabilitación	\$30 Copago / visita; deducible no se aplica	No cubierto	Puede que sea necesaria una autorización previa. Cubierto sin límite.
	Servicios de habilitación	\$30 Copago / visita; deducible no se aplica	No cubierto	Puede que sea necesaria una autorización previa. Cubierto sin límite.
	Atención de enfermería especializada	40% Coseguro	No cubierto	Puede que sea necesaria una autorización previa. Limitado a 60 días al año.
	Equipo médico duradero	40% Coseguro	No cubierto	Puede que sea necesaria una autorización previa. Cubierto sin límite.
	Servicios en un programa de cuidados paliativos	40% Coseguro	No cubierto	Puede que sea necesaria una autorización previa. Cubierto sin límite.
Si su hijo necesita servicios dentales o de la vista	Examen de la vista para niños	Sin costo; deducible no se aplica	No están cubiertos	Puede que sea necesaria una autorización previa. Limitado a 1 visita al año.
	Anteojos para niños	Sin costo; deducible no se aplica	No están cubiertos	Puede que sea necesaria una autorización previa. Limitado a 1 artículo al año.
	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/2021/39006NM001.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 (Excepto en casos de violación, incesto o cuando la vida de la madre está en peligro)
- Atención a largo plazo
- Atención de la vista de rutina (Adulto)
- Atención dental
- Cirugía estética
- Cuidado que no es de emergencia al viajar fuera de Estado Unidos
- Programas de pérdida de peso
- Servicio de enfermería privada

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

- Acupuntura (Limitado a 20 visitas al año.)
- Audífonos (Limitado a un audífono por oído cada 3 años.)
- Cirugía bariátrica (Solo está cubierto si es [medicamente necesario](#) para el tratamiento de la obesidad mórbida.)
- Cuidado quiropráctico (Limitado a 20 visitas al año.)
- Cuidado rutinario de los pies (La cobertura está limitada a la atención de la diabetes solamente.)
- Tratamiento de la infertilidad (Limitado a los servicios para [pruebas de diagnóstico](#) para averiguar la causa de la infertilidad. Los servicios para tratar las afecciones médicas subyacentes que causan infertilidad están cubiertos (por ej. endometriosis, obstrucción de las trompas de falopio y deficiencia hormonal).)

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 Western Sky Community Care a 1-833-945-2029 (TTY 711); Office of Superintendent of Insurance, PO Box 1689, Santa Fe, NM 87504-1689, Phone No. (855) 427-5674. 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: Office of Superintendent of Insurance, PO Box 1689, Santa Fe, NM 87504-1689, Phone No. (855) 427-5674

¿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 1-833-945-2029 (TTY 711).

Tagalog (Tagalog): Kung kailangan ninyo ang tulong sa Tagalog tumawag sa 1-833-945-2029 (TTY 711).

Chinese (中文): 如果需要中文的帮助, 请拨打这个号码 1-833-945-2029 (TTY 711).

Navajo (Dine): Dinek'ehgo shika at'ohwol ninisingo, kwijigo holne' 1-833-945-2029 (TTY 711).

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 deducible general del plan	\$6,000
■ Especialista copago	\$60
■ Hospital (establecimiento) coseguro	40%
■ Otro coseguro	40%

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	\$6,000
Copagos	\$400
Coseguro	\$1,100

Lo que no está cubierto	
Límites o exclusiones	\$60

Límites o exclusiones	\$60
-----------------------	------

El total que Peg pagaría es	\$7,560
-----------------------------	---------

Control de la diabetes tipo 2 de Joe

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

■ El deducible general del plan	\$6,000
■ Especialista copago	\$60
■ Hospital (establecimiento) coseguro	40%
■ Otro coseguro	40%

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*)

Costo total del ejemplo	\$5,600
-------------------------	---------

En este ejemplo, Joe pagaría:

Costo compartidos	
Deducibles	\$800
Copagos	\$1,300
Coseguro	\$0

Lo que no está cubierto	
Límites o exclusiones	\$20

Límites o exclusiones	\$20
-----------------------	------

El total que Joe pagaría es	\$2,120
-----------------------------	---------

Fractura simple de Mia

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

■ El deducible general del plan	\$6,000
■ Especialista copago	\$60
■ Hospital (establecimiento) coseguro	40%
■ Otro coseguro	40%

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	\$2,800
-------------------------	---------

En este ejemplo, Mia pagaría:

Costo compartidos	
Deducibles	\$2,100
Copagos	\$300
Coseguro	\$0

Lo que no está cubierto	
Límites o exclusiones	\$0

Límites o exclusiones	\$0
-----------------------	-----

El total que Mia pagaría es	\$2,400
-----------------------------	---------

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 from Western Sky Community Care, tiene derecho a obtener ayuda e información en su idioma sin costo alguno. Para hablar con un intérprete, llame al 1-833-945-2029 (TTY/TDD 711)
Navajo:	Diné k'chji yánilti'go ata' hanc' ná hóló dóó naaltsoos t'áá Diné k'chji bee bik'e'ashchijigo nich'i' ádoonililgo bee haz'á aldó' áko díi t'áá át'e t'áá jiik'e kót'éego nich'i' ąą'át'ě. Koji' hólne' 1-833-945-2029 (TTY/TDD 711)
Vietnamese:	Nếu quý vị, hay người mà quý vị đang giúp đỡ, có câu hỏi về Ambetter from Western Sky Community 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 1-833-945-2029 (TTY/TDD 711).
German:	Falls Sie oder jemand, dem Sie helfen, Fragen zu Ambetter from Western Sky Community 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 1-833-945-2029 (TTY/TDD 711) an.
Chinese:	如果您, 或是您正在協助的對象, 有關於 Ambetter from Western Sky Community 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 1-833-945-2029 (TTY/TDD 711)。
Arabic:	إذا كان لديك أو لدى شخص تساعد أسئلة حول Ambetter from Western Sky Community Care ، لديك الحق في الحصول على المساعدة والمعلومات الضرورية بلغتك من دون أية تكلفة. للتحدث مع مترجم اتصل بـ 1-833-945-2029 (TTY/TDD 711)
orean:	만약 귀하 또는 귀하가 돕고 있는 어떤 사람이 Ambetter from Western Sky Community Care 에 관해서 질문이 있다면 귀하는 그러한 도움과 정보를 귀하의 언어로 비용 부담없이 얻을 수 있는 권리가 있습니다. 그렇게 통역사와 얘기하기 위해서는 1-833-945-2029 (TTY/TDD 711) 로 전화하십시오.
Tagalog:	Kung ikaw, o ang iyong tinutulungan, ay may mga katanungan tungkol sa Ambetter from Western Sky Community Care, may karapatan ka na makakuha nang tulong at impormasyon sa iyong wika ng walang gastos. Upang makausap ang isang tagasalin, tumawag sa 1-833-945-2029 (TTY/TDD 711).
Japanese:	Ambetter from Western Sky Community 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、1-833-945-2029 (TTY/TDD 711)までお電話ください。
French:	Si vous-même ou une personne que vous aidez avez des questions à propos d'Ambetter from Western Sky Community Care, vous avez le droit de bénéficier gratuitement d'aide et d'informations dans votre langue. Pour parler à un interprète, appelez le 1-833-945-2029 (TTY/TDD 711)
Italian:	Se lei, o una persona che lei sta aiutando, avesse domande su Ambetter from Western Sky Community Care, ha diritto a usufruire gratuitamente di assistenza e informazioni nella sua lingua. Per parlare con un interprete, chiami l'1-833-945-2029 (TTY/TDD 711).
Russian:	: В случае возникновения у вас или у лица, которому вы помогаете, каких-либо вопросов о программе страхования Ambetter from Western Sky Community Care вы имеете право получить бесплатную помощь и информацию на своем родном языке. Чтобы поговорить с переводчиком, позвоните по телефону 1-833-945-2029 (TTY/TDD 711).
Hindi:	आप या जिसकी आप मदद कर रहे हैं उनके, Ambetter from Western Sky Community Care के बारे में कोई सवाल हों, तो आपको बिना किसी खर्च के अपनी भाषा में मदद और जानकारी प्राप्त करने का अधिकार है। किसी दुभाषिये से बात करने के लिए 1-833-945-2029 (TTY/TDD 711) पर कॉल करें।
Persian:	دارید، از این حق برخوردارید که کمک و اطلاعات Ambetter from Western Sky Community Care را به کسی که به او کمک می کنید سؤالی در مورد تماس بگیرید. 1-833-945-2029 (TTY/TDD 711) را بصورت رایگان به زبان خود دریافت کنید. برای صحبت کردن با مترجم با شماره
Thai:	หากท่านหรือผู้ที่ท่านให้ความช่วยเหลืออยู่ในขณะนี้มีความเกี่ยวข้องกับ Ambetter from Western Sky Community Care ท่านมีสิทธิ์ที่จะได้รับความช่วยเหลือและข้อมูลในภาษาของท่าน โดยไม่เสียค่าใช้จ่ายใด ๆ ทั้งสิ้น หากต้องการใช้บริการล่าม กรุณาโทรศัพท์ติดต่อที่หมายเลข 1-833-945-2029 (TTY/TDD 711).

Declaración de no discriminación

Ambetter from Western Sky Community 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 from Western Sky Community Care no excluye personas o las trata de manera diferente debido a su raza, color, origen nacional, edad, discapacidad, o sexo.

Ambetter from Western Sky Community 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 from Western Sky Community Care a at 1-833-945-2029 (TTY/TDD 711)

Si considera que Ambetter from Western Sky Community 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: Ambetter from Western Sky Community Care, Attn: Appeals and Grievances 12515-8 Research Blvd, Ste. 400 Austin, TX 78759, at 1-833-945-2029 (TTY/TDD 711), Fax 1-833-886-7956. Usted puede presentar una queja por correo o fax. Si necesita ayuda para presentar una queja, Ambetter from Western Sky Community 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>.

Managed Health Care Bureau
Office of Superintendent of Insurance
1120 Paseo De Peralta, Santa Fe, NM 87501
Tel: 1-505-827-3811

Toll Free: 1-855-427-5674
www.osi.state.nm.us

To complete the online Consumer Complaint Form or to download the form in English or in Spanish, visit
<https://www.nmag.gov/consumer-complaint-instructions.aspx>.
State of New Mexico Office of the Attorney General
408 Galisteo Street
Villagra Building
Santa Fe, NM 87501
Toll Free (844) 255-9210
Phone: (505) 490-4060
Fax: (505) 490-4883