



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. Esto 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.coordinatedcarehealth.com/2021-brochures.html> o llamar al 1-877-687-1197 (TTY/TDD: 1-877-941-9238). 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 1-877-687-1197 (TTY/TDD: 1-877-941-9238) para pedir una copia.

| Preguntas importantes | Respuestas | Por qué es importante: |
|---|--|---|
| ¿Cuánto es el deducible total? | \$0 | Consulte la tabla de Circunstancias médicas comunes abajo para conocer los costos de los servicios que cubre este plan . |
| ¿Hay servicios cubiertos antes de alcanzar su deducible ? | Sí. | Debe pagar el deducible antes de que el plan pague cualquier servicio. |
| ¿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 ? | No se aplica. | Este plan no tiene un límite de gastos de bolsillo . |
| ¿Qué es lo que no está incluido en el límite de gastos de bolsillo ? | No se aplica. | Este plan no tiene un límite de gastos de bolsillo . |
| ¿Pagará menos si acude a un proveedor dentro de la red ? | Sí. Encontrar un proveedor o llame al 1-877-687-1197 (TTY/TDD: 1-877-941-9238) 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 . |

| Circunstancia médica común | Servicios que podría necesitar | Lo que usted pagará | | Limitaciones, excepciones y otra información importante |
|--|---|--|---|---|
| | | Proveedor de Atención de la Salud Indígena (IHCP) (Usted pagará el mínimo) | No Proveedor de Atención de la Salud Indígena (IHCP) (Usted pagará el máximo) | |
| <u>Si acude al consultorio o clínica del proveedor</u> | Consulta con su médico de atención primaria para tratar una afección o lesión | Sin cargo | No cubierto | Visitas virtuales de Ambetter Health cubiertas a \$0, <u>proveedores</u> cubiertos en su totalidad. Si un <u>Proveedor</u> de Atención de la Salud Indígena (IHCP) le <u>remite</u> a un <u>proveedor</u> que no es IHCP, se renuncia a los <u>costos compartidos</u> . |
| | Consulta con un <u>especialista</u> | Sin cargo | No cubierto | Sí un <u>Proveedor</u> de Atención de la Salud Indígena (IHCP) le <u>remite</u> a un <u>proveedor</u> que no es IHCP, se renuncia a los <u>costos compartidos</u> . |
| | <u>Atención preventiva/evaluación/vacunas</u> | Sin cargo | No cubierto | 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 un <u>Proveedor</u> de Atención de la Salud Indígena (IHCP) le <u>remite</u> a un <u>proveedor</u> que no es IHCP, se renuncia a los <u>costos compartidos</u> . |
| <u>Si se realiza un examen</u> | <u>Exámenes de diagnóstico</u> (radiografías, análisis de sangre) | Sin cargo | No cubierto | Puede que sea necesaria una autorización previa. Cubierto sin límite. Incapacidad para obtener autorización previa para cualquier servicio que requiera autorización previa puede ocasionar disminución de beneficios. Vea su póliza para obtener más detalles. Sí un <u>Proveedor</u> de Atención de la Salud Indígena (IHCP) le <u>remite</u> a un <u>proveedor</u> que no es IHCP, se renuncia a los <u>costos compartidos</u> . |
| | Diagnóstico por imágenes (tomografía computarizada/tomografía por emisión de | Sin cargo | No cubierto | Puede que sea necesaria una autorización previa. Cubierto sin límite. Sí un <u>Proveedor</u> de Atención de la Salud Indígena (IHCP) le <u>remite</u> |

* Para obtener más información sobre limitaciones y excepciones, consulte el documento del plan o de la póliza en <https://api.centene.com/EOC/2021/61836WA005.pdf>.

| Circunstancia médica común | Servicios que podría necesitar | Lo que usted pagará | | Limitaciones, excepciones y otra información importante |
|--|---|--|---|---|
| | | Proveedor de Atención de la Salud Indígena (IHCP) (Usted pagará el mínimo) | No Proveedor de Atención de la Salud Indígena (IHCP) (Usted pagará el máximo) | |
| | positrones, imágenes por resonancia magnética) | | | a un proveedor que no es IHCP, se renuncia a los costos compartidos . |
| 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: Sin cargo | No cubierto | Los medicamentos con receta se proporcionan hasta por 30 días al por menor y hasta 90 días por pedidos por correo. Si un Proveedor de Atención de la Salud Indígena (IHCP) le remite a un proveedor que no es IHCP, se renuncia a los costos compartidos . |
| | Medicamentos de marca preferidos | Al por menor: Sin cargo | 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. Si un Proveedor de Atención de la Salud Indígena (IHCP) le remite a un proveedor que no es IHCP, se renuncia a los costos compartidos . |
| | Medicamentos de marca no preferidos | Al por menor: Sin cargo | 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 un Proveedor de Atención de la Salud Indígena (IHCP) le remite a un proveedor que no es IHCP, se renuncia a los costos compartidos . |
| | Medicamentos de especialidad | Al por menor: Sin cargo | 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 un Proveedor de Atención de la Salud Indígena (IHCP) le remite a un proveedor que no es IHCP, se renuncia a los costos compartidos . |
| Si le hacen una cirugía ambulatoria | Tarifa del centro (p. ej., centro de cirugía ambulatoria) | Sin cargo | No cubierto | Puede que sea necesaria una autorización previa. Cubierto sin límite. Si un Proveedor de Atención de la Salud Indígena (IHCP) le remite a un proveedor que no es IHCP, se renuncia a los costos compartidos . |
| | Tarifas del médico/cirujano | Sin cargo | No cubierto | Puede que sea necesaria una autorización previa. Cubierto sin límite. Si un Proveedor de Atención de la Salud Indígena (IHCP) le remite |

* Para obtener más información sobre limitaciones y excepciones, consulte el documento del [plan](#) o de la póliza en <https://api.centene.com/EOC/2021/61836WA005.pdf>.

| Circunstancia médica común | Servicios que podría necesitar | Lo que usted pagará | | Limitaciones, excepciones y otra información importante |
|--|---|--|---|---|
| | | Proveedor de Atención de la Salud Indígena (IHCP) (Usted pagará el mínimo) | No Proveedor de Atención de la Salud Indígena (IHCP) (Usted pagará el máximo) | |
| | | | | a un proveedor que no es IHCP, se renuncia a los costos compartidos . |
| Si necesita atención médica inmediata | Atención en la Sala de Emergencias | Sin cargo | Sin cargo | Para servicios de emergencia recibidos en Washington, solo será responsable de las cantidades compartidas de costos dentro de la red . No está permitido que los proveedores y hospitales de WA le envíen el balance de la factura a usted, independientemente de si está o no en la red . Para servicios de emergencia recibidos fuera de la red en otros estados, puede ser que usted sea responsable de costos adicionales de su propio bolsillo hasta alcanzar la diferencia entre los cargos facturados y la cantidad permitida por el plan . (Vea la nota sobre la facturación del saldo encima de esta gráfica.) Sí un Proveedor de Atención de la Salud Indígena (IHCP) le remite a un proveedor que no es IHCP, se renuncia a los costos compartidos . |
| | Transporte médico de emergencia | Sin cargo | Sin cargo | Se requiere autorización previa para transporte por aire y agua. Cubierto sin límite. Sí un Proveedor de Atención de la Salud Indígena (IHCP) le remite a un proveedor que no es IHCP, se renuncia a los costos compartidos . |
| | Atención de urgencia | Sin cargo | No cubierto | Sí un Proveedor de Atención de la Salud Indígena (IHCP) le remite a un proveedor que no es IHCP, se renuncia a los costos compartidos . |
| Si necesita hospitalización | Tarifa del centro (p. ej., habitación del hospital) | Sin cargo | No cubierto | Puede que sea necesaria una autorización previa. El copago por día está limitado a 5 |

* Para obtener más información sobre limitaciones y excepciones, consulte el documento del [plan](#) o de la póliza en <https://api.centene.com/EOC/2021/61836WA005.pdf>.

| Circunstancia médica común | Servicios que podría necesitar | Lo que usted pagará | | Limitaciones, excepciones y otra información importante |
|---|---|---|---|--|
| | | Proveedor de Atención de la Salud Indígena (IHCP) (Usted pagará el mínimo) | No Proveedor de Atención de la Salud Indígena (IHCP) (Usted pagará el máximo) | |
| Si necesita servicios de salud mental, salud conductual o de abuso de sustancias | | | | <u>copagos</u> por estancia. Sí un <u>Proveedor</u> de Atención de la Salud Indígena (IHCP) le <u>remita</u> a un <u>proveedor</u> que no es IHCP, se renuncia a los <u>costos compartidos</u> . |
| | Tarifas del médico/cirujano | Sin cargo | No cubierto | Puede que sea necesaria una autorización previa. Cubierto sin límite. Sí un <u>Proveedor</u> de Atención de la Salud Indígena (IHCP) le <u>remita</u> a un <u>proveedor</u> que no es IHCP, se renuncia a los <u>costos compartidos</u> . |
| Si está embarazada | Servicios para pacientes ambulatorios | Sin cargo / visita al consultorio; Sin cargo 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). Sí un <u>Proveedor</u> de Atención de la Salud Indígena (IHCP) le <u>remita</u> a un <u>proveedor</u> que no es IHCP, se renuncia a los <u>costos compartidos</u> . |
| | Servicios para pacientes hospitalizados | Sin cargo | No cubierto | Puede que sea necesaria una autorización previa. El copago por día está limitado a 5 <u>copagos</u> por estancia. Sí un <u>Proveedor</u> de Atención de la Salud Indígena (IHCP) le <u>remita</u> a un <u>proveedor</u> que no es IHCP, se renuncia a los <u>costos compartidos</u> . |
| | Visitas al consultorio | Sin cargo | 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 <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>deducible</u> o <u>copago</u> . La atención por maternidad puede |

* Para obtener más información sobre limitaciones y excepciones, consulte el documento del plan o de la póliza en <https://api.centene.com/EOC/2021/61836WA005.pdf>.

| Circunstancia médica común | Servicios que podría necesitar | Lo que usted pagará | | Limitaciones, excepciones y otra información importante |
|--|---|--|---|--|
| | | Proveedor de Atención de la Salud Indígena (IHCP) (Usted pagará el mínimo) | No Proveedor de Atención de la Salud Indígena (IHCP) (Usted pagará el máximo) | |
| Si necesita servicios de recuperación o tiene otras necesidades especiales de salud | | | | incluir las pruebas y servicios descritos en otro sitio en el SBC (por ej. ecografía). Si un <u>Proveedor</u> de Atención de la Salud Indígena (IHCP) le <u>remite</u> a un <u>proveedor</u> que no es IHCP, se renuncia a los <u>costos compartidos</u> . |
| | Servicios profesionales para el nacimiento y el parto | Sin cargo | No cubierto | 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>deducible</u> . La atención por maternidad puede incluir las pruebas y servicios descritos en otro sitio en el SBC (por ej. ecografía). Si un <u>Proveedor</u> de Atención de la Salud Indígena (IHCP) le <u>remite</u> a un <u>proveedor</u> que no es IHCP, se renuncia a los <u>costos compartidos</u> . |
| | Servicios hospitalarios para el nacimiento y el parto | Sin cargo | No cubierto | |
| | <u>Atención médica en el hogar</u> | Sin cargo | No cubierto | Puede que sea necesaria una autorización previa. Limitado a 130 visitas al año. Si un <u>Proveedor</u> de Atención de la Salud Indígena (IHCP) le <u>remite</u> a un <u>proveedor</u> que no es IHCP, se renuncia a los <u>costos compartidos</u> . |
| | <u>Servicios de rehabilitación</u> | Sin cargo | No cubierto | Puede que sea necesaria una autorización previa después de la 6 a visita. Limitado a 25 visitas ambulatorias al año. Si un <u>Proveedor</u> de Atención de la Salud Indígena (IHCP) le <u>remite</u> a un <u>proveedor</u> que no es IHCP, se renuncia a los <u>costos compartidos</u> . |
| | <u>Servicios de habilitación</u> | Sin cargo | No cubierto | Puede que sea necesaria una autorización previa después de la 6 a visita. Limitado a 25 visitas ambulatorias al año; 30 días en hospital al año. El copago por día para pacientes |

* Para obtener más información sobre limitaciones y excepciones, consulte el documento del plan o de la póliza en <https://api.centene.com/EOC/2021/61836WA005.pdf>.

| Circunstancia médica común | Servicios que podría necesitar | Lo que usted pagará | | Limitaciones, excepciones y otra información importante |
|---|--|--|---|---|
| | | Proveedor de Atención de la Salud Indígena (IHCP) (Usted pagará el mínimo) | No Proveedor de Atención de la Salud Indígena (IHCP) (Usted pagará el máximo) | |
| | | | | hospitalizados se limitado a 5 <u>copagos</u> por estancia. Sí un <u>Proveedor</u> de Atención de la Salud Indígena (IHCP) le <u>remite</u> a un <u>proveedor</u> que no es IHCP, se renuncia a los <u>costos compartidos</u> . |
| | <u>Atención de enfermería especializada</u> | Sin cargo | No cubierto | Puede que sea necesaria una autorización previa. Limitado a 60 días al año. Sí un <u>Proveedor</u> de Atención de la Salud Indígena (IHCP) le <u>remite</u> a un <u>proveedor</u> que no es IHCP, se renuncia a los <u>costos compartidos</u> . |
| | <u>Equipo médico duradero</u> | Sin cargo | No cubierto | Puede que sea necesaria una autorización previa. Cubierto sin límite. Sí un <u>Proveedor</u> de Atención de la Salud Indígena (IHCP) le <u>remite</u> a un <u>proveedor</u> que no es IHCP, se renuncia a los <u>costos compartidos</u> . |
| | <u>Servicios en un programa de cuidados paliativos</u> | Sin cargo | No cubierto | Puede que sea necesaria una autorización previa. Limitado a 14 días de por vida para cuidado de alivio cubierto conjuntamente con servicios de cuidados paliativos. Sí un <u>Proveedor</u> de Atención de la Salud Indígena (IHCP) le <u>remite</u> a un <u>proveedor</u> que no es IHCP, se renuncia a los <u>costos compartidos</u> . |
| Si su hijo necesita servicios dentales o de la vista | Examen de la vista para niños | Sin costo | No están cubiertos | Limitado a 1 visita al año. Sí un <u>Proveedor</u> de Atención de la Salud Indígena (IHCP) le <u>remite</u> a un <u>proveedor</u> que no es IHCP, se renuncia a los <u>costos compartidos</u> . |
| | Anteojos para niños | Sin costo | No están cubiertos | Limitado a 1 artículo al año. Limitado a una montura y a un par (dos lentes) por año calendario o lentes de contacto en vez de anteojos. Sí un <u>Proveedor</u> de Atención de la Salud Indígena (IHCP) le <u>remite</u> a un |

* Para obtener más información sobre limitaciones y excepciones, consulte el documento del plan o de la póliza en <https://api.centene.com/EOC/2021/61836WA005.pdf>.

| Circunstancia médica común | Servicios que podría necesitar | Lo que usted pagará | | Limitaciones, excepciones y otra información importante |
|----------------------------|--------------------------------|--|---|---|
| | | Proveedor de Atención de la Salud Indígena (IHCP) (Usted pagará el mínimo) | No Proveedor de Atención de la Salud Indígena (IHCP) (Usted pagará el máximo) | |
| | Control dental para niños | No están cubiertos | No están cubiertos | <u>proveedor</u> que no es IHCP, se renuncia a los <u>costos compartidos</u> . -----Ninguno----- |

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).

- Atención a largo plazo
- Atención de la vista de rutina (adulto)
- Atención dental
- Cirugía bariátrica
- 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.)

- Aborto
- Acupuntura (Limitado a 12 visitas al año. Nota: las visitas son ilimitadas para tratamiento de dependencia química.)
- Audífonos (Cubierto para implantes cocleares y audífonos anclados en el hueso (BAHA, por sus siglas en inglés) solamente.)
- Cuidado quiropráctico (Limitado a 10 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.)

* Para obtener más información sobre limitaciones y excepciones, consulte el documento del plan o de la póliza en <https://api.centene.com/EOC/2021/61836WA005.pdf>.

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 Coordinated Care a 1-877-687-1197 (TTY/TDD: 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.. P 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: 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

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 1-877-687-1197 (TTY/TDD: 1-877-941-9238).

Tagalog (Tagalog): Kung kailangan ninyo ang tulong sa Tagalog tumawag sa 1-877-687-1197 (TTY/TDD: 1-877-941-9238).

Chinese (中文): 如果需要中文的帮助, 请拨打这个号码 1-877-687-1197 (TTY/TDD: 1-877-941-9238).

Navajo (Dine): Dinek'ehgo shika at'ohwol ninisingo, kwiijigo holne' 1-877-687-1197 (TTY/TDD: 1-877-941-9238).

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 | \$0 |
| ■ Especialista copago | \$0 |
| ■ Hospital (instalaciones) copago | \$0 |
| ■ Otro coseguro | 0% |

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 | \$0 |
| Copagos | \$0 |
| Coseguro | \$0 |
| <i>Lo que no está cubierto</i> | |
| Límites o exclusiones | \$60 |
| El total que Peg pagaría es | \$60 |

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 | \$0 |
| ■ Especialista copago | \$0 |
| ■ Hospital (instalaciones) copago | \$0 |
| ■ Otro coseguro | 0% |

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 | \$0 |
| ■ Especialista copago | \$0 |
| ■ Hospital (instalaciones) copago | \$0 |
| ■ Otro coseguro | 0% |

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 | \$0 |
| Copagos | \$0 |
| Coseguro | \$0 |
| <i>Lo que no está cubierto</i> | |
| Límites o exclusiones | \$20 |
| El total que Joe pagaría es | \$20 |

| | |
|-------------------------|---------|
| Costo total del ejemplo | \$2,800 |
|-------------------------|---------|

En este ejemplo, Mia pagaría:

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

| | |
|------------------------------|---|
| Spanish: | Si usted, o alguien a quien está ayudando, tiene preguntas acerca de Ambetter from 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: | ស្រីសមាជិកអង្គភាពរៀបចំក្នុងមន្ទីរយុទ្ធសាស្ត្រៈ Ambetter from Coordinated Care ត្រូវបានស្វែងរកដោយបានជើងចាយដោយពេលវេលាដែលត្រូវបានបញ្ជាក់ថា ស្រីសមាជិកអង្គភាពរៀបចំក្នុងមន្ទីរយុទ្ធសាស្ត្រៈ មិនមែនបានបញ្ជាក់ថាបានបញ្ជាក់ថា 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: | አርባም ወደም አርባም የሚርችት ስው ስለ Ambetter from Coordinated Care ጥሩ ካለም፤ የለምንም መሬት በፊዥልም ይጠናል፤ እንዲሁም መረጃ የሚገኘትን መሬት አለዎታ፤ እስተርምም ለማንኛውም በ 1-877-687-1197 (TTY/TDD 1-877-941-9238) ደረሰኝ፤ |
| Cushite: | Yoo si ykn namaa gargaaraa jirtuu wa'ee Ambetter from Coordinated Care (Kuununsa Qindeeffamaa) irra gaaffi qabaatan ta'ee gargaarsaa fi odeeaffanoo 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 تساعدك أسلة حول Ambetter from Coordinated Care، لديك الحق في الحصول على المساعدة والمعلومات الضرورية بلغتك من دون أي 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 ਮੁਰਤ ਮਦਦ ਲੈਣ ਦਾ ਪੂਰਾ ਹੱਕ ਹੈ। ਦੁਆਸ਼ੇ 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 ຫຼື້ອນທີ່ທ່ານກໍ່ວັງວ່ອລຕື່ອ ມີຄ່າຖາມກ່ຽວກັບ Ambetter from Coordinated Care, ທ່ານມີສິດທິ່ຈະໄດ້ຮັບການວ່ອລຕື່ອແລະຂໍ້ມູນຂ່າວຍາກົງທ່ານ ໂດຍບໍ່ມີຄ່າໃຊ້ຈ່າຍ. ດັ່ງລະວົ້ວ່າກັບນາມພາກສາ ໃຫ້ເທົາ |
| Spanish: | Si usted, o alguien a quien está ayudando, tiene preguntas acerca de Ambetter from 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: | ស្រីសមាជិកអង្គភាពរៀបចំក្នុងមន្ទីរយុទ្ធសាស្ត្រៈ Ambetter from Coordinated Care ត្រូវបានស្វែងរកដោយបានជើងចាយដោយពេលវេលាដែលត្រូវបានបញ្ជាក់ថា ស្រីសមាជិកអង្គភាពរៀបចំក្នុងមន្ទីរយុទ្ធសាស្ត្រៈ មិនមែនបានបញ្ជាក់ថាបានបញ្ជាក់ថា 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: | አርባም ወደም አርባም የሚርችት ስው ስለ Ambetter from Coordinated Care ጥሩ ካለም፤ የለምንም መሬት በፊዥልም ይጠናል፤ እንዲሁም መረጃ የሚገኘትን መሬት አለዎታ፤ እስተርምም ለማንኛውም በ 1-877-687-1197 (TTY/TDD 1-877-941-9238) ደረሰኝ፤ |
| Cushite: | Yoo si ykn namaa gargaaraa jirtuu wa'ee Ambetter from Coordinated Care (Kuununsa Qindeeffamaa) irra gaaffi qabaatan ta'ee gargaarsaa fi odeeaffanoo 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 تساعدك أسلة حول Ambetter from Coordinated Care، لديك الحق في الحصول على المساعدة والمعلومات الضرورية بلغتك من دون أي 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 ਮੁਰਤ ਮਦਦ ਲੈਣ ਦਾ ਪੂਰਾ ਹੱਕ ਹੈ। ਦੁਆਸ਼ੇ 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 ຫຼື້ອນທີ່ທ່ານກໍ່ວັງວ່ອລຕື່ອ ມີຄ່າຖາມກ່ຽວກັບ Ambetter from Coordinated Care, ທ່ານມີສິດທິ່ຈະໄດ້ຮັບການວ່ອລຕື່ອແລະຂໍ້ມູນຂ່າວຍາກົງທ່ານ ໂດຍບໍ່ມີຄ່າໃຊ້ຈ່າຍ. ດັ່ງລະວົ້ວ່າກັບນາມພາກສາ ໃຫ້ເທົາ |

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 WAqualitydept@centene.com. 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>.