




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.SunflowerHealthPlan.com/2021-brochures.html> o llamar al 1-844-518-9505 (TTY/TDD 1-844-546-9713). 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 1-844-518-9505 (TTY/TDD 1-844-546-9713) para pedir una copia.

| Preguntas importantes | Respuestas | Por qué es importante: |
|---|--|--|
| ¿Cuánto es el deducible total? | \$5,600 por individuo y \$11,200 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 , \$5,600 por individuo y \$11,200 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. Encontrar un proveedor o llame al 1-844-518-9505 (TTY/TDD 1-844-546-9713) 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 | \$20 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 | \$45 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 aplicadeducible); sin costo para rayos X e imágenes diagnósticas | 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. |
| | Diagnóstico por imágenes (tomografía computarizada/tomografía por emisión de positrones, imágenes por resonancia magnética) | Sin cargo | 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/2021/80065KS003.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 | Retail: \$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. |
| | Medicamentos de marca preferidos | Retail: \$60 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. |
| | Medicamentos de marca no preferidos | Retail: 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. |
| | Medicamentos de especialidad | Retail: Sin cargo | No cubierto | |
| 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. |
| | Tarifas del médico/cirujano | Sin cargo | No cubierto | Puede que sea necesaria una autorización previa. Cubierto sin límite. |
| Si necesita atención médica inmediata | Atención en la Sala de Emergencias | Sin cargo | Sin cargo | -----Ninguno----- |
| | Transporte médico de emergencia | Sin cargo | Sin cargo | -----Ninguno----- |
| | Atención de urgencia | \$50 Copago / visita; deducible no se aplica | No cubierto | -----Ninguno----- |
| Si necesita hospitalización | Tarifa del centro (p. ej., habitación del hospital) | Sin cargo | No cubierto | Puede que sea necesaria una autorización previa. Cubierto sin límite. |
| | Tarifas del médico/cirujano | Sin cargo | 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/2021/80065KS003.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 | Copago de \$20 / visita al consultorio (deducible no aplica); Sin costo 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 | Sin cargo | No cubierto | Puede que sea necesaria una autorización previa. Cubierto sin límite. |
| Si está embarazada | Visitas al consultorio | \$20 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). |
| | Servicios profesionales para el nacimiento y el parto | Sin cargo | 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 | Sin cargo | 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). |
| | Atención médica en el hogar | Sin cargo | No cubierto | Puede que sea necesaria una autorización previa. Nota: Limitado a 3 visitas educativas al año. |
| | Servicios de rehabilitación | Sin cargo | No cubierto | Puede que sea necesaria una autorización previa. No hay límite para la terapia ocupacional y la terapia física; la terapia del habla limitada a 1 servicio al día, hasta un |

* Para obtener más información sobre limitaciones y excepciones, consulte el documento del [plan](#) o de la póliza en <https://api.centene.com/EOC/2021/80065KS003.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 | | | | beneficio máximo de 90 servicios diarios al año. |
| | Servicios de habilitación | Sin cargo | No cubierto | Puede que sea necesaria una autorización previa. Cubierto sin límite. |
| | Atención de enfermería especializada | No cubierto | No cubierto | No están cubiertos |
| | Equipo médico duradero | Sin cargo | No cubierto | Puede que sea necesaria una autorización previa. Cubierto sin límite. |
| | Servicios en un programa de cuidados paliativos | Sin cargo | 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 | Limitado a 1 visita al año. |
| | Anteojos para niños | Sin costo; deducible no se aplica | No están cubiertos | Limitado a 3 conjuntos de lentes y monturas al año. |
| | Control dental para niños | No están cubiertos | No están cubiertos | -----Ninguno----- |

Servicios excluidos y otros servicios cubiertos:

| | | |
|---|---|--|
| <p>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).</p> | | |
| <ul style="list-style-type: none"> • Aborto (Excepto en casos de violación, incesto o cuando la vida de la madre está en peligro) • Acupuntura • Atención a largo plazo | <ul style="list-style-type: none"> • Audífonos • Cirugía bariátrica • Cirugía estética | <ul style="list-style-type: none"> • Cuidado que no es de emergencia al viajar fuera de Estado Unidos • Programas de pérdida de peso |

| | | |
|---|---|--|
| <p>Otros servicios cubiertos (es posible que se apliquen limitaciones a estos servicios. Esta no es una lista completa. Consulte el documento del plan).</p> | | |
| <ul style="list-style-type: none"> • Atención de la vista de rutina (Adulto-una visita y un artículo al año. Se aplican límites de dólares.) • Atención dental (Adulto-se aplican límites anuales de visitas y artículos. Límite anual de US \$1,000 al año.) | <ul style="list-style-type: none"> • Cuidado quiropráctico • Cuidado rutinario de los pies (La cobertura está limitada a la atención de la diabetes solamente.) | <ul style="list-style-type: none"> • Servicio de enfermería privada • Tratamiento de la infertilidad (Limitado al diagnóstico y tratamiento de 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/2021/80065KS003.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 Sunflower Health Plan a 1-844-518-9505 (TTY/TDD 1-844-546-9713); Kansas Insurance Department, 420 SW 9th Street Topeka, KS 66612, Phone No. 1-785-296-3071.. 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: Kansas Insurance Department, 420 SW 9th Street Topeka, KS 66612, Phone No. 1-785-296-3071.

¿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 1-844-518-9505 (TTY/TDD 1-844-546-9713).

Tagalog (Tagalog): Kung kailangan ninyo ang tulong sa Tagalog tumawag sa 1-844-518-9505 (TTY/TDD 1-844-546-9713).

Chinese (中文): 如果需要中文的帮助, 请拨打这个号码 1-844-518-9505 (TTY/TDD 1-844-546-9713).

Navajo (Dine): Dinek'ehgo shika at'ohwol ninisingo, kwijigo holne' 1-844-518-9505 (TTY/TDD 1-844-546-9713).

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](#) \$5,600
- [Especialista copago](#) \$45
- Hospital (establecimiento) [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:

| <i>Costo compartidos</i> | |
|------------------------------------|----------------|
| Deducibles | \$5,200 |
| Copagos | \$400 |
| Coseguro | \$0 |
| <i>Lo que no está cubierto</i> | |
| Límites o exclusiones | \$60 |
| El total que Peg pagaría es | \$5,660 |

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](#) \$5,600
- [Especialista copago](#) \$45
- Hospital (establecimiento) [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*)

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

En este ejemplo, Joe pagaría:

| <i>Costo compartidos</i> | |
|------------------------------------|----------------|
| Deducibles | \$800 |
| Copagos | \$1,300 |
| Coseguro | \$0 |
| <i>Lo que no está cubierto</i> | |
| 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](#) \$5,600
- [Especialista copago](#) \$45
- Hospital (establecimiento) [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 | \$2,800 |
|-------------------------|---------|

En este ejemplo, Mia pagaría:

| <i>Costo compartidos</i> | |
|------------------------------------|----------------|
| Deducibles | \$2,500 |
| Copagos | \$100 |
| Coseguro | \$0 |
| <i>Lo que no está cubierto</i> | |
| Límites o exclusiones | \$0 |
| El total que Mia pagaría es | \$2,600 |

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 Sunflower Health Plan, tiene derecho a obtener ayuda e información en su idioma sin costo alguno. Para hablar con un intérprete, llame al 1-844-518-9505 (TTY/TDD 1-844-546-9713). |
| Vietnamese: | Nếu quý vị, hay người mà quý vị đang giúp đỡ, có câu hỏi về Ambetter from Sunflower Health Plan, 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 1-844-518-9505 (TTY/TDD 1-844-546-9713). |
| Chinese: | 如果您，或是您正在協助的對象，有關於 Ambetter from Sunflower Health Plan 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 1-844-518-9505 (TTY/TDD 1-844-546-9713)。 |
| German: | Falls Sie oder jemand, dem Sie helfen, Fragen zu Ambetter from Sunflower Health Plan 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 1-844-518-9505 (TTY/TDD 1-844-546-9713711) an. |
| Korean: | 만약 귀하 또는 귀하가 돕고 있는 어떤 사람이 Ambetter from Sunflower Health Plan 에 관해서 질문이 있다면 귀하는 그러한 도움과 정보를 귀하의 언어로 비용 부담없이 얻을 수 있는 권리가 있습니다. 그렇게 통역사와 얘기하기 위해서는 1-844-518-9505 (TTY/TDD 1-844-546-9713) 로 전화하십시오. |
| Laotian: | ຖ້າທ່ານ ຫຼືຄົນທີ່ທ່ານກຳລັງຊ່ວຍເຫຼືອ ມີຄຳຖາມກ່ຽວກັບ Ambetter from Arkansas Health & Wellness of Arkansas, ທ່ານມີສິດທີ່ຈະໄດ້ຮັບການຊ່ວຍເຫຼືອແລະຂໍ້ມູນຂ່າວສານທີ່ເປັນພາສາຂອງທ່ານ ໂດຍບໍ່ມີຄ່າໃຊ້ຈ່າຍ. ເພື່ອຈະເວົ້າກັບນາຍພາສາ ໃຫ້ໃຫ້ທ່ານ 1-844-518-9505 (TTY/TDD 1-844-546-9713). |
| Arabic: | إذا كان لديك أو لدى شخص تساعد أسئلة حول Ambetter from Sunflower Health Plan ، لديك الحق في الحصول على المساعدة والمعلومات الضرورية بلغتك من دون أية تكلفة. للتحدث مع مترجم اتصل بـ 1-844-518-9505 (TTY/TDD 1-844-546-9713) . |
| Tagalog: | Kung ikaw, o ang iyong tinutulangan, ay may mga katanungan tungkol sa Ambetter from Sunflower Health Plan, may karapatan ka na makakuha nang tulong at impormasyon sa iyong wika ng walang gastos. Upang makausap ang isang tagasalin, tumawag sa 1-844-518-9505 (TTY/TDD 1-844-546-9713). |
| Burmese: | သင် သို့မဟုတ် သင်မှကူညီနေသူတစ်ဦးတို့တွင် Ambetter from Sunflower Health Plan အကြောင်း မေးခရရာများရှိပါက အခမဲ့အကူအညီ ရယူပိုင်ခွင့်နှင့် သင်၏ဘာသာ စကားဖြင့် အချက်အလက်များကို အခမဲ့ရယူပိုင်ခွင့် ရှိပါသည်။ စကားပြန်တစ်ဦးနှင့် စကားပြောဆိုရန် 1-844-518-9505 (TTY/TDD 1-844-546-9713) ကို ဖုန်းဆက်ပါ။ |
| French: | Si vous-même ou une personne que vous aidez avez des questions à propos d'Ambetter from Sunflower Health Plan, vous avez le droit de bénéficier gratuitement d'aide et d'informations dans votre langue. Pour parler à un interprète, appelez le 1-844-518-9505 (TTY/TDD 1-844-546-9713). |
| Japanese: | Ambetter from Sunflower Health Plan 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、1-844-518-9505 (TTY/TDD 1-844-546-9713) までお電話ください。 |
| Russian: | В случае возникновения у вас или у лица, которому вы помогаете, каких-либо вопросов о программе страхования Ambetter from Sunflower Health Plan вы имеете право получить бесплатную помощь и информацию на своем родном языке. Чтобы поговорить с переводчиком, позвоните по телефону 1-844-518-9505 (TTY/TDD 1-844-546-9713). |
| Hmong: | Yog koj, los yog tej tus neeg uas koj pab ntawd, muaj lus nug txog Ambetter from Sunflower Health Plan, koj muaj cai kom laww muab cov ntshiab lus qhia uas tau muab sau ua koj hom lus pub dawb rau koj. Yog koj xav nrog ib tug neeg txhais lus tham, hu rau 1-844-518-9505 (TTY/TDD 1-844-546-9713). |
| Persian: | اگر شما، یا کسی که به او کمک می کنید سؤالی در مورد Ambetter from Sunflower Health Plan دارید، از این حق برخوردارید که کمک و اطلاعات را بصورت رایگان به زبان خود دریافت کنید. برای صحبت کردن با مترجم با شماره 1-844-518-9505 (TTY/TDD 1-844-546-9713) تماس بگیرید. |
| Swahili: | Ikiwa wewe au mtu mwingine unayemsaidia, ana maswali kuhusu Ambetter from Sunflower Health Plan, una haki ya kupata usaidizi na taarifa kwa lugha yako bila malipo. Ili kuzungumza na mkalimani, piga simu 1-844-518-9505 (TTY/TDD 1-844-546-9713). |

Declaración de no discriminación

Ambetter de Sunflower Health Plan 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 Sunflower Health Plan no excluye personas o las trata de manera diferente debido a su raza, color, origen nacional, edad, discapacidad, o sexo.

Ambetter de Sunflower Health Plan:

- 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 Sunflower Health Plan a 1-844-518-9505 (TTY/TDD 1-844-546-9713).

Si considera que Ambetter de Sunflower Health Plan 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 de Sunflower Health Plan Appeals Unit, 8325 Lenexa Dr, Suite 410, Lenexa, KS 66214, 1-844-518-9505 (TTY/TDD 1-844-546-9713), Fax, 1-844-680-5805. Usted puede presentar una queja por correo, fax, o correo electrónico. Si necesita ayuda para presentar una queja, Ambetter from Sunflower Health Plan 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>.