



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://www-es.ambetterofoklahoma.com/2022-brochures.html> o llamar al 1-833-492-0679 (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 1-833-492-0679 (TTY 711) para pedir una copia.

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué es importante:
¿Cuánto es el deducible total?	Proveedores de la red : \$1,450 por individuo y \$2,900 por familia. Proveedor fuera de la red : \$4,350 por individuo y \$8,700 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 , especialista y de atención de urgencia , exámenes de la vista y anteojos para niños, 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 , \$6,300 por individuo y \$12,600 por familia. Para proveedor fuera de la red : No corresponde por individuo y No corresponde 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. https://ambetterofoklahoma.com/finda-doc o llame al 1-833-492-0679 (TTY 711) para una lista de <u>proveedores de la red</u> .	Este <u>plan</u> utiliza una <u>red</u> de <u>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 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 <u>proveedor</u>	Consulta con su médico de atención primaria para tratar una afección o lesión	\$15 <u>Copago</u> / visita; <u>deducible</u> no se aplica	50% <u>Coseguro</u>	Las visitas de atención virtual sin límite recibidas de Telesalud de Ambetter están cubiertas sin ningún cargo, los proveedores están cubiertos en su totalidad, los deducibles no se aplican.
	Consulta con un <u>especialista</u>	\$35 <u>Copago</u> / visita; <u>deducible</u> no se aplica	50% <u>Coseguro</u>	Cubierto sin límite.
	<u>Atención preventiva/evaluación</u> /vacunas	Sin cargo; <u>deducible</u> no se aplica	50% <u>Coseguro</u> ; <u>deducible</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)	\$15 <u>Copago</u> / prueba; <u>deducible</u> no se aplica para laboratorio y servicios profesionales 20% <u>Coseguro</u> para rayos X e imágenes de diagnóstico 20% <u>Coseguro</u> para servicios de laboratorio y profesionales e imágenes de diagnóstico y	50% <u>Coseguro</u> para laboratorio y servicios profesionales 50% <u>Coseguro</u> para rayos X e imágenes de diagnóstico 50% <u>Coseguro</u> para servicios de laboratorio y profesionales e imágenes	Puede que sea necesaria una autorización previa. Cubierto sin límite. Otros lugares pueden incluir Hospital, Sala de emergencias o Centro ambulatorio. El no obtener autorización previa para un servicio que requiere autorización previa resultará en la denegación de los beneficios. Consulte su póliza para obtener más detalles.

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)	
		rayos X en otros lugares de servicio	de diagnóstico y rayos X en otros lugares de servicio	
	Diagnóstico por imágenes (tomografía computarizada/ tomografía por emisión de positrones, imágenes por resonancia magnética)	20% Coseguro	50% Coseguro	Puede que sea necesaria una autorización previa. Cubierto sin límite.
Si necesita un medicamento para tratar su enfermedad o condición médica. Hay más información disponible sobre la cobertura de medicamentos con receta médica en https://ambetterofoklahoma.com/2022formulary .	Medicamentos genéricos (Nivel 1)	Vendedor genérico preferido: \$5 Copago / receta; deducible no se aplica Vendedor genérico: \$15 Copago / receta; deducible no se aplica	No cubierto	Es posible que se requiera la autorización previa. Los medicamentos recetados se suministran hasta por 30 días en los establecimientos de venta al por menor y hasta por 90 días a través de pedidos por correo. Los pedidos por correo están sujetos a un costo compartido de 2.5 veces la cantidad de venta al por menor.
	Medicamentos de marca preferidos (Nivel 2)	Al por menor: \$30 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 (Nivel 3)	Al por menor: 30% 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 (Nivel 4)	Al por menor: 30% Coseguro	No cubierto	
Si le hacen una cirugía ambulatoria	Tarifa del centro (p. ej., centro de cirugía ambulatoria)	20% Coseguro	50% Coseguro	Puede que sea necesaria una autorización previa. Cubierto sin límite.
	Tarifas del médico/cirujano	20% Coseguro	50% Coseguro	Puede que sea necesaria una autorización previa. Cubierto sin límite.

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	20% Coseguro	20% Coseguro	Cubierto sin límite.
	Transporte médico de emergencia	20% Coseguro	20% Coseguro	Cobertura sin límite. Nota: No se requiere la autorización previa para el transporte de emergencia, sin embargo, todo transporte que no sea de emergencia requiere autorización previa.
	Atención de urgencia	\$35 Copago / visita; deducible no se aplica	50% Coseguro ; deducible no se aplica	Cubierto sin límite.
Si necesita hospitalización	Tarifa del centro (p. ej., habitación del hospital)	20% Coseguro	50% Coseguro	Puede que sea necesaria una autorización previa. Cubierto sin límite.
	Tarifas del médico/cirujano	20% Coseguro	50% Coseguro	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 \$15/visita al consultorio (deducible no se aplica); Coseguro de 20% para otros servicios ambulatorios	50% Coseguro ; Coseguro de 50% para otros servicios ambulatorios	Puede que sea necesaria una autorización previa. Cubierto sin límite. (PCP y otras visitas de médico no requieren autorización previa).
	Servicios para pacientes hospitalizados	20% Coseguro	50% Coseguro	Puede que sea necesaria una autorización previa. Cubierto sin límite.
Si está embarazada	Visitas al consultorio	\$15 Copago / visita; deducible no se aplica	50% Coseguro	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).

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	20% Coseguro	50% Coseguro	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	20% Coseguro	50% Coseguro	
Si necesita servicios de recuperación o tiene otras necesidades especiales de salud	Atención médica en el hogar	20% Coseguro	50% Coseguro	Puede que sea necesaria una autorización previa. Limitado a 30 visitas al año.
	Servicios de rehabilitación	20% Coseguro	50% Coseguro	Es posible que se requiera la autorización previa. Por año, se aplica un límite combinado de 25 visitas para terapia ocupacional, del habla y física. Nota: Los límites no aplican cuando se proporciona para un diagnóstico de salud mental/trastorno por uso de sustancias.
	Servicios de habilitación	20% Coseguro	50% Coseguro	Es posible que se requiera la autorización previa. Por año, se aplica un límite combinado de 25 visitas para terapia ocupacional, del habla y física. Nota: Los límites de la terapia de rehabilitación no aplican cuando se proporciona para un diagnóstico de salud mental/trastorno por uso de sustancias.
	Atención de enfermería especializada	20% Coseguro	50% Coseguro	Puede que sea necesaria una autorización previa. Limitado a 30 días al año.
	Equipo médico duradero	20% Coseguro	50% Coseguro	Puede que sea necesaria una autorización previa. Cubierto sin límite.
	Servicios en un programa de cuidados paliativos	20% Coseguro	50% Coseguro	Puede que sea necesaria una autorización previa. Cubierto sin límite.

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 su hijo necesita servicios dentales o de la vista	Examen de la vista para niños	Sin costo; deducible no se aplica	Cubierto hasta \$38.50; deducible 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; deducible no se aplica	Cubierto hasta \$50; deducible no se aplica	Limitado a 1 artículo al año. Marcos o lentes de contacto de proveedores fuera de la red están cubiertos hasta \$50, consulte el programa para conocer el límite de lentes.
	Control dental para niños	No están cubiertos	No están cubiertos	-----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).		
• Aborto (Excepto en casos de violación, incesto o cuando la vida de la madre está en peligro) • Acupuntura • Atención a largo plazo (La atención aguda a largo plazo es un beneficio cubierto. La atención de enfermería a largo plazo/Atención asistencial no es un beneficio cubierto.)	• Atención de la vista de rutina (Adulto) • Atención dental • Cirugía bariátrica • Cirugía estética • Cuidado que no es de emergencia al viajar fuera de Estados Unidos	• Programas de pérdida de peso • Tratamiento de la infertilidad (Nota: Hay cobertura disponible para el diagnóstico y los servicios requeridos para corregir las causas médicas subyacentes de la infertilidad.)
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 artículo por oído cada 4 años.) • Cuidado quiropráctico	• Cuidado rutinario de los pies (La cobertura está limitada a la atención de la diabetes solamente.)	• Servicio de enfermería privada (Limitado a 85 días al año.)

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 of Oklahoma a 1-833-492-0679 (TTY 711); Oklahoma Insurance Department, 400 NE 50th St. Oklahoma City, OK 73105. 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: Oklahoma Insurance Department, 400 NE 50th St. Oklahoma City, OK 73105 Además un programa de ayuda al consumidor le puede ayudar a presentar su apelación. Póngase en contacto 800-522-0071

¿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? No Corresponde

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 1-833-492-0679 (TTY 711).

Tagalog (Tagalog): Kung kailangan ninyo ang tulong sa Tagalog tumawag sa 1-833-492-0679 (TTY 711).

Chinese (中文): 如果需要中文的帮助, 请拨打这个号码 1-833-492-0679 (TTY 711).

Navajo (Dine): Dinek'ehgo shika at'ohwol ninisingo, kwijijigo holne' 1-833-492-0679 (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	\$1,450
■ Especialista copago	\$35
■ Hospital (establecimiento) coseguro	20%
■ Otro coseguro	20%

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	\$1,450
Copagos	\$300
Coseguro	\$1,500
Lo que no está cubierto	
Límites o exclusiones	\$60
El total que Peg pagaría es	\$3,310

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	\$1,450
■ Especialista copago	\$35
■ Hospital (establecimiento) coseguro	20%
■ Otro coseguro	20%

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	\$800
Coseguro	\$0
Lo que no está cubierto	
Límites o exclusiones	\$20
El total que Joe pagaría es	\$1,620

Fractura simple de Mia

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

■ El deducible general del plan	\$1,450
■ Especialista copago	\$35
■ Hospital (establecimiento) coseguro	20%
■ Otro coseguro	20%

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	\$1,450
Copagos	\$100
Coseguro	\$200
Lo que no está cubierto	
Límites o exclusiones	\$0
El total que Mia pagaría es	\$1,750

Spanish:	Si usted, o alguien a quien está ayudando, tiene preguntas acerca de Ambetter of Oklahoma, tiene derecho a obtener ayuda e información en su idioma sin costo alguno. Para hablar con un intérprete, llame al 1-833-492-0679 (TTY 711).
Vietnamese:	Nếu quý vị, hay người mà quý vị đang giúp đỡ, có câu hỏi về Ambetter of Oklahoma , 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 1-833-492-0679 (TTY 711).
Chinese:	如果您，或是您正在協助的對象，有關於 Ambetter of Oklahoma 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 1-833-492-0679 (TTY 711)。
Korean:	만약 귀하 또는 귀하가 돕고 있는 어떤 사람이 Ambetter of Oklahoma 에 관해서 질문이 있다면 그러한 도움과 정보를 귀하의 언어로 비용 부담없이 얻을 수 있는 권리가 있습니다. 그렇게 통역사와 얘기하기 위해서는 1-833-492-0679 (TTY 711)번으로 전화하십시오.
German:	Falls Sie oder jemand, dem Sie helfen, Fragen zu Ambetter of Oklahoma 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 1-833-492-0679 (TTY 711) an.
Arabic:	إذا كان لديك أو لدى شخص تساعد أسئلة حول Ambetter of Oklahoma، لديك الحق في الحصول على المساعدة والمعلومات الضرورية بلغتك من دون أية تكلفة. للتحدث مع مترجم اتصل بـ 1-833-492-0679 (TTY 711).
Burmese:	သင် သို့မဟုတ် သင့်ကူညီပေးနေသော တစ်ယောက်ယောက်တွင် Ambetter of Oklahoma နှင့် ပက်သက်ပြီး မေးမြန်းလိုသည်များ ရှိလျှင် အကူအညီ နှင့် အချက်အလက်များကို သင့်ဘာသာစကားဖြင့် အခမဲ့ ရယူပိုင်ခွင့် သင့်တွင် ရှိပါသည်။ စကားပြန်တစ်ယောက် နှင့် ပြောဆိုရန် 1-833-492-0679 (TTY 711) ကို ဖုန်းဆက်ပါ။
Hmong:	Yog koj, los yog ib tug neeg uas koj pab ntawd, muaj lus nug txog Ambetter of Oklahoma koj muaj cai tau txais tej ntub ntawv no sau ua koj hom lus pub dawb rau koj. Yog koj xav nrog ib tug neeg txhais lus tham, hu rau 1-833-492-0679 (TTY 711)
Tagalog:	Kung ikaw, o ang iyong tinutulangan, ay may mga katanungan tungkol sa Ambetter of Oklahoma, may karapatan ka na makakuha ng tulong at impormasyon sa iyong wika nang walang gastos. Upang makausap ang isang tagasalín, tumawag sa 1-833-492-0679 (TTY 711).
French:	Si vous-même ou une personne que vous aidez avez des questions à propos d'Ambetter of Oklahoma, vous avez le droit de bénéficier gratuitement d'aide et d'informations dans votre langue. Pour parler à un interprète, appelez le 1-833-492-0679 (TTY 711).
Laotion:	ຖ້າທ່ານ ຫຼືຄົນທີ່ທ່ານກຳລັງຊ່ວຍເຫຼືອ ມີຄໍາຖາມກ່ຽວກັບ Ambetter of Oklahoma, ທ່ານມີສິດທີ່ຈະໄດ້ຮັບການຊ່ວຍເຫຼືອແລະຂໍ້ມູນຂ່າວສານທີ່ເປັນພາສາຂອງທ່ານ ໂດຍບໍ່ມີຄ່າໃຊ້ຈ່າຍ. ເພື່ອຈະເວົ້າກັບນາຍພາສາ ໃຫ້ໂທຫາ 1-833-492-0679 (TTY 711).
Thai:	หากท่านหรือผู้ที่ท่านให้ความช่วยเหลืออยู่ในขณะนี้มีคำถามเกี่ยวกับAmbetter of Oklahoma ท่านมีสิทธิ์ที่จะได้รับความช่วยเหลือและข้อมูลในภาษาของท่าน โดยไม่เสียค่าใช้จ่ายใด ๆ ทั้งสิ้น หากต้องการใช้บริการล่าม กรุณาโทรศัพท์ติดต่อที่หมายเลข1-833-492-0679 (TTY 711).
Urdu:	اگر Ambetter of Oklahoma کے بارے میں آپ کے، یا جن کی آپ مدد کر رہے ہیں، ان کے سوالات ہوں تو، آپ کو اپنی زبان میں مفت مدد اور معلومات حاصل کرنے کا حق ہے۔ کسی مترجم سے بات کرنے کے لیے 1-833-492-0679 (TTY 711) پر کال کریں۔
Cherokee:	ᏍᎩ ᏈᎦ ᏁᏉᏐᏅᏍᎪᏛ ᏙᏚ ᏈᏆᏞᏓᏘᏍᎪᏛ EG.SᏌᏆᏞᏓᏘᏍᎪᏛ Ambetter of Oklahoma, VG DᏚᏚᏚ RᏉᏐᏅᏍᎪᏛ ᏈᎦ RGZᏙᏕᏍᎪᏛ CᏙᏙᏚ GᏘᏘᏉᏐᏅᏍᎪᏛ ᏍᎨ EGᏆᏞᏓᏘᏍᎪᏛ. ᏍᎨᏉᏐᏅᏍᎪᏛ YG DᏘᏘᏍᎪᏛ ᏍᏙᏙᏚ 1-833-492-0679 (TTY 711)
Persian:	اگر شما، یا کسی که به او کمک می کنید سؤالی در مورد Ambetter of Oklahoma دارید، از این حق برخوردارید که کمک و اطلاعات را بصورت رایگان به زبان خود دریافت کنید۔ برای صحبت کردن با مترجم با شماره 1-833-492-0679 (TTY 711) تماس بگیرید۔

Declaración de no discriminación

Ambetter of Oklahoma cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina en base a raza, color, origen nacional, edad, discapacidad o sexo. Ambetter of Oklahoma no excluye a las personas ni las trata de manera distinta debido a su raza, color, origen nacional, edad, discapacidad o sexo.

Ambetter of Oklahoma:

- Ofrece ayudas y servicios gratuitos a personas con discapacidades para que se comuniquen eficazmente con nosotros, como:
 - o Intérpretes de lenguaje de señas calificados
 - o Información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos)
- Ofrece servicios gratuitos de idiomas a las personas cuyo idioma principal no es el inglés, tales como:
 - o Intérpretes calificados
 - o Información escrita en otros idiomas

Si necesita estos servicios, comuníquese con Ambetter of Oklahoma 1- 833-492-0679 (TTY 711).

Si cree que Ambetter of Oklahoma no le ha brindado estos servicios o le ha discriminado de otra manera por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, puede presentar una queja ante: Ambetter of Oklahoma, Appeals and Grievances, PO Box 10341 Van Nuys CA, 91410, 1-833-492-0679 (TTY 711), Fax 1-833-886-7956. Usted puede presentar una queja por correo, fax, o por correo electrónico. Si necesita ayuda para presentar una queja, Ambetter of Oklahoma está disponible para usted. Además puede presentar un reclamo de derechos civiles al U.S. Department of Health and Human Services (Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE.UU.), Office for Civil Rights (Oficina de Derechos Civiles) electrónicamente a través del Portal para reclamos de la Oficina de Derechos Civiles, disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o por correo o teléfono en: U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue SW., Room 509F, HHH Building, Washington, D.C. 20201, 1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD).

Los formularios de reclamo están disponibles en <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.