




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.wellcareky.com/2022-brochures.html> o llamar al 1-833-705-2175 (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 1-833-705-2175 (TTY 711) para pedir una copia.

| Preguntas importantes | Respuestas | Por qué es importante: |
|---|---|---|
| ¿Cuánto es el <u>deducible</u> total? | \$0 por individuo y \$0 por familia. | Consulte la tabla de Circunstancias médicas comunes abajo para conocer los costos de los servicios que cubre este <u>plan</u> . |
| ¿Hay servicios cubiertos antes de alcanzar su <u>deducible</u> ? | No hay <u>deducible</u> . | No hay <u>deducible</u> . Vea la lista de los servicios preventivos cubiertos en https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/ . |
| ¿Hay otros <u>deducibles</u> para servicios específicos? | No. | No debe pagar <u>deducibles</u> por servicios específicos. |
| ¿Cuánto es el <u>límite de gastos de bolsillo</u> para este <u>plan</u> ? | Para <u>proveedores de la red</u> , \$2,900 por individuo y \$5,800 por familia. No es aplicable a los <u>proveedores fuera de la red</u> . | El <u>límite de gastos de bolsillo</u> es lo máximo que puede pagar en un año por servicios cubiertos. Si tiene otros familiares en este <u>plan</u> , ellos tienen que satisfacer sus propios <u>límite de gastos de bolsillo</u> hasta que se haya satisfecho el <u>límite de gastos de bolsillo</u> familiar total. |
| ¿Qué es lo que no está incluido en el <u>límite de gastos de bolsillo</u> ? | <u>Primas</u> , <u>facturación de saldo</u> , y atención médica que este <u>plan</u> no cubre. | Aunque pague estos gastos, no cuentan para el <u>límite de gastos del bolsillo</u> . |
| ¿Pagará menos si acude a un <u>proveedor dentro de la red</u> ? | Sí. https://ambetter.wellcareky.com/findadoc o llame al 1-833-705-2175 (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 proveedor | Consulta con su médico de atención primaria para tratar una afección o lesión | \$11 Copago / visita | No cubierto | Las visitas de atención virtual sin límite recibidas de Telesalud de Ambetter están cubiertas sin ningún cargo, los proveedores están cubiertos en su totalidad. |
| | Consulta con un especialista | \$29 Copago / visita | No cubierto | Cubierto sin límite. |
| | Atención preventiva/evaluación /vacunas | Sin cargo | 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) | \$25 Copago / prueba para laboratorio y servicios profesionales 40% Coseguro para rayos X e imágenes de diagnóstico 40% Coseguro para servicios de laboratorio y profesionales e imágenes de diagnóstico y rayos X en otros lugares de servicio | No cubierto | 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. |
| | 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. |

| 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 https://ambetter.wellcareky.com/2022formulary . | Medicamentos genéricos (Nivel 1) | Vendedor genérico preferido: \$5 Copago / receta Vendedor genérico: \$11 Copago / receta | 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: \$40 Copago / receta | 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) | Retail: 50% Coseguro | No cubierto | Puede que sea necesaria una autorización previa. Los medicamentos con receta se proporcionan hasta 30 días al por menor y hasta 30 días por pedidos por correo. |
| | Medicamentos de especialidad (Nivel 4) | Retail: 50% Coseguro | No cubierto | Puede que sea necesaria una autorización previa. Los medicamentos con receta se proporcionan hasta 30 días al por menor y hasta 30 días por pedidos por correo. |
| Si le hacen una cirugía ambulatoria | Tarifa del centro (p. ej., centro de cirugía ambulatoria) | 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 atención médica inmediata | Atención en la Sala de Emergencias | 40% Coseguro | 40% Coseguro ; deducible no se aplica | Cubierto sin límite. |
| | Transporte médico de emergencia | 40% Coseguro | 40% Coseguro ; deducible no se aplica | 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 | \$15 Copago / visita | No cubierto | 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 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 \$11/visita al consultorio; Coseguro de 40% para otros servicios ambulatorios | 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 | \$11 Copago / visita | 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 | 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 | |

| 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 | Atención médica en el hogar | 40% Coseguro | No cubierto | Puede ser necesaria una autorización previa. Límite de 100 visitas al año. (Cada visita de un representante autorizado de una agencia de salud en el hogar se considerará una (1) visita de atención de la salud en el hogar, con la excepción de que al menos cuatro (4) horas de servicio de asistente de atención de la salud a domicilio se considerarán una (1) visita de salud en el hogar.) |
| | Servicios de rehabilitación | Copago de \$11/visita al consultorio para terapia física y ocupacional; Coseguro del 40% para otros servicios | No cubierto | Es posible que se requiera la autorización previa. Por año, limitado a 25 visitas por terapia (ocupacional, del habla y física); limitado a 25 visitas por terapia pulmonar; limitado a 36 visitas por terapia cardíaca; limitado a 20 visitas por terapia cognitiva. Nota: Los límites no aplican cuando se proporciona para un diagnóstico de salud mental/trastorno por uso de sustancias. |
| | Servicios de habilitación | Copago de \$11/visita al consultorio para terapia física y ocupacional; Coseguro del 40% para otros servicios | No cubierto | Es posible que se requiera la autorización previa. Por año, limitado a 25 visitas por terapia (ocupacional, del habla y física); limitado a 25 visitas para terapia pulmonar; limitado a 36 visitas para terapia cardíaca; limitado a 20 visitas para terapia cognitiva. 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 | 40% Coseguro | No cubierto | Puede que sea necesaria una autorización previa. Limitado a 90 días al año. |
| | Equipo médico duradero | 40% Coseguro | No cubierto | 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) | |
| | Servicios en un programa de cuidados paliativos | Sin cargo | Sin cargo; deducible no se aplica | 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 | No están cubiertos | Limitado a 1 visita al año. |
| | Anteojos para niños | Sin costo | No están cubiertos | Limitado a 1 artículo al año. |
| | 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). | | | |
|--|---|---|--|
| <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 (La atención aguda a largo plazo es un beneficio cubierto. La atención de enfermería a largo plazo/Atención asistencial no es un beneficio cubierto.) | <ul style="list-style-type: none"> • Atención dental (Niños) • Cirugía bariátrica • Cirugía estética • Cuidado que no es de emergencia al viajar fuera de Estado Unidos | <ul style="list-style-type: none"> • 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). | | | |
| <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"> • Audífonos (Limitado a 1 artículo por oído cada 3 años.) • Cuidado quiropráctico (Limitado a 20 visitas al año.) | <ul style="list-style-type: none"> • Cuidado rutinario de los pies (La cobertura está limitada a la atención de la diabetes solamente.) • Servicio de enfermería privada (Limitado a 250 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 from WellCare of Kentucky a 1-833-705-2175 (TTY 711); Public Protection Cabinet 500 Mero Street Frankfort, KY 40601,

Phone No. 1-502-564-3630. 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: Public Protection Cabinet 500 Mero Street Frankfort, KY 40601, Phone No. 1-502-564-3630

¿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 1-833-705-2175 (TTY 711).

Tagalog (Tagalog): Kung kailangan ninyo ang tulong sa Tagalog tumawag sa 1-833-705-2175 (TTY 711).

Chinese (中文): 如果需要中文的帮助, 请拨打这个号码 1-833-705-2175 (TTY 711).

Navajo (Dine): Dinek'ehgo shika at'ohwol ninisingo, kwijijigo holne' 1-833-705-2175 (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 | \$0 |
| ■ Especialista copago | \$29 |
| ■ 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 | \$0 |
| Copagos | \$400 |
| Coseguro | \$2,500 |
| Lo que no está cubierto | |
| Límites o exclusiones | \$60 |
| El total que Peg pagaría es | \$2,960 |

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 | \$0 |
| ■ Especialista copago | \$29 |
| ■ 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 | \$0 |
| Copagos | \$900 |
| Coseguro | \$300 |
| Lo que no está cubierto | |
| Límites o exclusiones | \$20 |
| El total que Joe pagaría es | \$1,220 |

Fractura simple de Mia

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

| | |
|---|------|
| ■ El deducible general del plan | \$0 |
| ■ Especialista copago | \$29 |
| ■ 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 | \$0 |
| Copagos | \$100 |
| Coseguro | \$800 |
| Lo que no está cubierto | |
| Límites o exclusiones | \$0 |
| El total que Mia pagaría es | \$900 |

| | |
|----------------------------|---|
| Spanish: | Si usted, o alguien a quien está ayudando, tiene preguntas acerca de Ambetter from WellCare of Kentucky, tiene derecho a obtener ayuda e información en su idioma sin costo alguno. Para hablar con un intérprete, llame al 1-833-705-2175 (TTY 711). |
| Chinese: | 如果您，或是您正在協助的對象，有關於 Ambetter from WellCare of Kentucky，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 1-833-705-2175 (TTY 711)。 |
| German: | Falls Sie oder jemand, dem Sie helfen, Fragen zu Ambetter from WellCare of Kentucky 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 1-833-705-2175 (TTY 711) an. |
| Vietnamese: | Nếu quý vị, hay người mà quý vị đang giúp đỡ, có câu hỏi về Ambetter from WellCare of Kentucky, 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 1-833-705-2175 (TTY 711). |
| Arabic: | إذا كان لديك أو لدى شخص تساعد أسئلة حول Ambetter from WellCare of Kentucky ، لديك الحق في الحصول على المساعدة والمعلومات الضرورية بلغتك من دون أية تكلفة. للتحدث مع مترجم اتصل بـ 1-833-705-2175 (TTY 711). |
| Serbo-Croatian: | Ako Vi, ili neko kome pomažete, imate pitanja u vezi Ambetter from WellCare of Kentucky, imate pravo na besplatnu pomoć i informaciju na sopstvenom jeziku. Ukoliko želite da pričate sa prevodiocem, pozovite broj 1-833-705-2175 (TTY 711). |
| Japanese: | Ambetter from WellCare of Kentucky 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、1-833-705-2175 (TTY 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 WellCare of Kentucky, vous avez le droit de bénéficier gratuitement d'aide et d'informations dans votre langue. Pour parler à un interprète, appelez-le 1-833-705-2175 (TTY 711). |
| Korean: | 만약 귀하 또는 귀하가 돕고 있는 어떤 사람이 Ambetter from WellCare of Kentucky 에 관해서 질문이 있다면 그러한 도움과 정보를 귀하의 언어로 비용 부담없이 얻을 수 있는 권리가 있습니다. 그렇게 통역사와 얘기하기 위해서는 1-833-705-2175 (TTY 711)번으로 전화하십시오. |
| Pennsylvania Dutch: | Vann du, adda ebbah's du am helfa bisht, ennichi questions hott veyyich Ambetter from WellCare of Kentucky, dann hosht du's recht fa hilf greeya adda may aus finna diveyya in dei shprohch un's kosht nix. Fa shvetza miitt ebbah diveyya, kaw! 1-833-705-2175 (TTY 711). |
| Nepali: | यदि तपाईं स्वयं वा तपाईंले मद्दत गर्दै गरेको व्यक्तिसँग Ambetter from WellCare of Kentucky को बारेमा प्रश्नहरू छन् भने तपाईंसँग तपाईंलाई कुनै खर्च नलाग्ने गरी आफ्नो भाषामा मद्दत तथा जानकारी प्राप्त गर्ने अधिकार हुन्छ । दोभाषेसँग कुरा गर्नको लागि 1-833-705-2175 (TTY 711) मा फोन गर्नुहोस् । |
| Cushite: | Isin yookan namni biraa isin deeggartan Ambetter from WellCare of Kentucky irratti gaaffii yo qabaattan, kaffaltii irraa bilisa haala ta'een afaan keessaniin odeeffannoo argachuu fi deeggarsa argachuuf mirga ni qabdu. Nama isiniif ibsu argachuuf, lakkoofsa bilbilaa 1-833-705-2175 (TTY 711) tiin bilbilaa. |
| Russian: | В случае возникновения у вас или у лица, которому вы помогаете, каких-либо вопросов о программе страхования Ambetter from WellCare of Kentucky вы имеете право получить бесплатную помощь и информацию на своем родном языке. Чтобы поговорить с переводчиком, позвоните по телефону 1-833-705-2175 (TTY 711). |
| Tagalog: | Kung ikaw, o ang iyong tinutulangan, ay may mga katanungan tungkol sa Ambetter from WellCare of Kentucky, may karapatan ka na makakuha ng tulong at impormasyon sa iyong wika nang walang gastos. Upang makausap ang isang tagasalin, tumawag sa 1-833-705-2175 (TTY 711). |
| Bantu: | Niba wowe cyangwa undi muntu wese uri gufasha yaba afite ikibazo kijyanye na Ambetter from WellCare of Kentucky, ufite uburenganzira bwo guhabwa amakuru mu rurimi wunva utishyuye. Kugira ngo uvugane n'umusobanuzi, Hamagara 1-833-705-2175 (TTY 711). |

Declaración de no discriminación

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

Ambetter de WellCare of Kentucky:

- Ofrece ayudas y servicios gratuitos a personas con discapacidades para que se comuniquen eficazmente con nosotros, como:
 - Intérpretes de lenguaje de señas calificados
 - 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:
 - Intérpretes calificados
 - Información escrita en otros idiomas

Si necesita estos servicios, comuníquese con Ambetter de WellCare of Kentucky, 1-833-705-2175 (TTY 711).

Si cree que Ambetter de WellCare of Kentucky 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 from WellCare of Kentucky, Attn: Appeals and Grievances, PO Box 10341 Van Nuys CA, 91410, 1-833-705-2175 (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 de WellCare of Kentucky 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>.