## Ambetter from Arizona Complete Health: Ambetter Balanced Care 4 + Vision + Adult Dental

**Cobertura para: Individual/Familiar | Tipo de plan: HMO**

**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.azcompletehealth.com/2022-brochures.html o llamar al 1-866-918-4450 (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 1-866-918-4450 (TTY 711) para pedir una copia.

| Preguntas importantes | Respuestas | Por qué es importante: |
|---|---|---|
| **¿Cuánto es el deducible total?** | $5,950 por individuo y $11,900 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, 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, $5,950 por individuo y $11,900 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. https://ambetter.azcompletehealth.com/findadoc o llame al 1-866-918-4450 (TTY 711) para una lista de proveedores de la red. | Este plan utiliza una red de proveedores. Pagará menos si usa un proveedor que esté incluido en la red del plan. Pagará más si acude a un proveedor fuera de la red, y es posible que reciba una factura de un proveedor por la diferencia entre el cargo del proveedor y lo que su plan paga (facturación de saldo). Tenga en cuenta que su proveedor dentro de la red puede usar un proveedor fuera de la red para algunos servicios (como análisis de laboratorio). Consulte con su proveedor antes de recibir los servicios. |
| **¿Necesita una derivación para atenderse con un especialista?** | No. | Puede ver al especialista que usted elija sin una derivación. |

Todos los **copagos** y el **coseguro** que se muestran en este cuadro se aplican después de alcanzar su **deducible**, si se aplica uno.

| Circunstancia médica común | Servicios que podría necesitar | Lo que usted pagará | | Limitaciones, excepciones y otra información importante |
|---|---|---|---|---|
| | | Proveedor dentro de la red (Usted pagará el mínimo) | Proveedor fuera de la red (Usted pagará el máximo) | |
| **Si acude al consultorio o clínica del proveedor** | Consulta con su médico de atención primaria para tratar una afección o lesión | $15 Copago / visita; deducible no se aplica | 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, los deducibles no se aplican. |
| | Consulta con un especialista | $45 Copago / visita; deducible no se aplica | No cubierto | Cubierto sin límite. |
| | 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) | Sin cargo para laboratorio y servicios profesionales<br>Sin cargo para rayos X e imágenes de diagnóstico<br>Sin cargo 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.<br><br>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. |

*Para obtener más información sobre limitaciones y excepciones, consulte el documento del plan o de la póliza en https://api.centene.com/eoc/2022/91450AZ018.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) | |
| | 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. |
| **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.azcompletehealth.com/2022formulary**. | Medicamentos genéricos (Nivel 1) | Vendedor genérico preferido: $5 Copago / receta; deducible no se aplica<br><br>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: $50 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: Sin cargo | No cubierto | |
| | Medicamentos de especialidad (Nivel 4) | 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 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. |

*Para obtener más información sobre limitaciones y excepciones, consulte el documento del plan o de la póliza en https://api.centene.com/eoc/2022/91450AZ018.pdf.

| Circunstancia médica común | Servicios que podría necesitar | Lo que usted pagará | | Limitaciones, excepciones y otra información importante |
|---|---|---|---|---|
| | | Proveedor dentro de la red (Usted pagará el mínimo) | Proveedor fuera de la red (Usted pagará el máximo) | |
| **Si necesita atención médica inmediata** | Atención en la Sala de Emergencias | Sin cargo | Sin cargo | Cubierto sin límite. |
| | Transporte médico de emergencia | Sin cargo | Sin cargo | 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 | $45 Copago / visita; deducible no se aplica | No cubierto | Cubierto sin límite. |
| **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. |
| **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); Sin costo para otros servicios 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 | $15 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 obtener más información sobre limitaciones y excepciones, consulte el documento del plan o de la póliza en https://api.centene.com/eoc/2022/91450AZ018.pdf.

| Circunstancia médica común | Servicios que podría necesitar | Lo que usted pagará | | Limitaciones, excepciones y otra información importante |
|---|---|---|---|---|
| | | Proveedor dentro de la red (Usted pagará el mínimo) | Proveedor fuera de la red (Usted pagará el máximo) | |
| | Servicios hospitalarios para el nacimiento y el parto | Sin cargo | No cubierto | 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). |
| **Si necesita servicios de recuperación o tiene otras necesidades especiales de salud** | Atención médica en el hogar | Sin cargo | No cubierto | Puede que sea necesaria una autorización previa. Limitado a 42 visitas al año. |
| | Servicios de rehabilitación | Sin cargo | No cubierto | Es posible que se requiera la autorización previa. Limitado a 60 visitas por año (combinadas para terapia física, del habla, ocupacional, cardíaca y pulmonar para pacientes ambulatorios). Nota: Los límites no aplican cuando se proporciona para un diagnóstico de salud mental/trastorno por uso de sustancias. |
| | Servicios de habilitación | Sin cargo | No cubierto | Puede que sea necesaria una autorización previa. Limitado a 60 visitas al año (combinadas para terapia física ambulatoria, del habla, ocupacional cardiaca y pulmonar) Nota: Este límite de visitas no aplica cuando el tratamiento se proporciona para un diagnóstico de trastornos de salud mental/uso de substancias. |
| | Atención de enfermería especializada | Sin cargo | No cubierto | Puede que sea necesaria una autorización previa. Limitado a 90 días al año. |
| | 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. |

*Para obtener más información sobre limitaciones y excepciones, consulte el documento del plan o de la póliza en https://api.centene.com/eoc/2022/91450AZ018.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 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 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).**

- 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 dental (Niños)
- Cirugía estética
- Cuidado que no es de emergencia al viajar fuera de Estado Unidos
- Programas de pérdida de peso

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

- 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.)
- Audífonos (Limitado a un audífono por oído al año.)
- Cirugía bariátrica
- Cuidado quiropráctico (Limitado a 20 visitas al año.)
- Cuidado rutinario de los pies (La cobertura está limitada a la atención de la diabetes solamente.)
- Servicio de enfermería privada
- Tratamiento de la infertilidad (Limitado a los servicios para pruebas de diagnóstico para averiguar la causa de la infertilidad. Los servicios para tratar las afecciones médicas subyacentes que causan infertilidad están cubiertos (por ej. endometriosis, obstrucción de las trompas de falopio y deficiencia hormonal).)

**Su derecho a continuar con la cobertura:** Hay organismos que pueden ayudarlo si quiere mantener la cobertura después de que esta finalice. La información de contacto de esos organismos es: Ambetter from Arizona Complete Health a 1-866-918-4450 (TTY 711); Arizona Department of Insurance, 100 N. 15th Avenue, Suite 102, Phoenix, AZ 85007-2624, Phone No. 1-602-364-2499 or 1-800-325-2548. Es posible que haya otras opciones de cobertura disponibles para usted, como

*Para obtener más información sobre limitaciones y excepciones, consulte el documento del plan o de la póliza en https://api.centene.com/eoc/2022/91450AZ018.pdf.

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: Arizona Department of Insurance, 100 N. 15th Avenue, Suite 102, Phoenix, AZ 85007-2624, Phone No. 1-602-364-2499 or 1-800-325-2548

**¿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 1-866-918-4450 (TTY 711).
Tagalog (Tagalog): Kung kailangan ninyo ang tulong sa Tagalog tumawag sa 1-866-918-4450 (TTY 711).
Chinese (中文): 如果需要中文的帮助，请拨打这个号码 1-866-918-4450 (TTY 711).
Navajo (Dine): Dinek'ehgo shika at'ohwol ninisingo, kwiijigo holne' 1-866-918-4450 (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** | **$5,950** |
| **Especialista copago** | **$45** |
| **Hospital (establecimiento) coseguro** | **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 | $5,900 |
| Copagos | $20 |
| Coseguro | $0 |
| *Lo que no está cubierto* | |
| Límites o exclusiones | $60 |
| **El total que Peg pagaría es** | **$5,980** |

### 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** | **$5,950** |
| **Especialista copago** | **$45** |
| **Hospital (establecimiento) coseguro** | **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:**

| *Costo compartidos* | |
|---|---|
| Deducibles | $900 |
| Copagos | $1,000 |
| Coseguro | $0 |
| *Lo que no está cubierto* | |
| Límites o exclusiones | $20 |
| **El total que Joe pagaría es** | **$1,920** |

### Fractura simple de Mia
(visita a la Sala de Emergencias dentro de la red y atención de seguimiento)

| | |
|---|---|
| **El deducible general del plan** | **$5,950** |
| **Especialista copago** | **$45** |
| **Hospital (establecimiento) coseguro** | **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:**

| *Costo compartidos* | |
|---|---|
| Deducibles | $2,500 |
| Copagos | $100 |
| Coseguro | $0 |
| *Lo que no está cubierto* | |
| 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.

arizona complete health

Attention: If you speak a language other than English, oral interpretation and written translation are available to you free of charge to understand the information provided. Call 1-866-918-4450 (TTY:TDD 711).

| | |
|---|---|
| **Spanish** | Si habla español, dispone sin cargo alguno de interpretación oral y traducción escrita. Llame al 1-866-918-4450 (TTY:TDD 711). |
| **Navajo** | Diné k'ehjí yáníłti'go ata' hane' ná hóló dóó naaltsoos t'áá Diné k'ehjí bee bik'e'ashchį́į́go nich'į' ádoolníiłgo bee haz'ą́ ałdó' áko díí t'áá át'é t'áá jíík'e kót'éego nich'į' ąą'át'é. Kojį' hólne' 1-866-918-4450 (TTY:TDD 711). |
| **Chinese (Mandarin)** | 若您讲中文，我们会免费为您提供口译和笔译服务。请致电 1-866-918-4450 (TTY:TDD 711) 。 |
| **Chinese (Cantonese)** | 我們為中文使用者免費提供口譯和筆譯。請致電 1-866-918-4450 (TTY:TDD 711) |
| **Vietnamese** | Nếu quý vị nói Tiếng Việt, có sẵn các dịch vụ thông dịch bằng lời và biên dịch văn bản miễn phí dành cho quý vị. Hãy gọi 1-866-918-4450 (TTY:TDD 711). |
| **Arabic** | إذك انت تتحدث اللغة العربية، تتوفر لك ترجمة شفهية وترجمة تحريرية مجانًا اتصل بالرق 1-866-918- 4450 (TTY:TDD 711).م |
| **Tagalog** | Kung ikaw ay nagsasalita ng Tagalog, mayroong libreng oral na interpretasyon at nakasulat na pagsasalin na maaari mong gamitin. Tumawag sa 1-866-918-4450 (TTY:TDD 711). |
| **Korean** | 한국어를 하실 경우, 구두 통역 및 서면 번역 서비스를 무료로 제공해드릴 수 있습니다. 1-866-918-4450 (TTY:TDD 711)번으로 전화하십시오. |
| **French** | Si vous parlez français,vous disposez gratuitement d'une interprétation orale et d'une traduction écrite. Appelez le 1-866-918-4450 (TTY:TDD711) |
| **German** | Für alle, die Deutsch sprechen, stehen kostenlose Dolmetscher- und Übersetzungsservices zur Verfügung. Telefon: 1-866-918-4450 (TTY:TDD 711). |
| **Russian** | Если вы говорите по-русски, услуги устного и письменного перевода предоставляются вам бесплатно. Звоните по телефону 1-866-918-4450 (TTY:TDD 711). |
| **Japanese** | 日本語を話される方は、通訳（口頭）および翻訳（筆記）を無料でご利用いただけます。 電話番号 1-866-918-4450 (TTY:TDD 711) |
| **Persian (Farsi)** | اگر به زباف انرسی صحبت میکنید, ترجمه شهافی و تکبی بدون هزینه بری‌ا شما قابل دسترسی میباشد با شمار 1-866-918-4450 (TTY:TDD 711)T ه تماس بگیرید. |
| **Syriac** | [illegible] 1-866-918-4450 (TTY:TDD 711) |
| **Serbo-Croatian** | Ako govorite srpsko hrvatski, usmeno i pismeno prevođenje vam je dostupno besplatno. Nazovite 1-866-918-4450 (TTY:TDD 711). |
| **Thai** | หากคุณพูดภาษา ไทย เรามีบริการล่ ามและแปลเอกสาร โดยไม่ มีค่ าใช้ จ่ าย โทรศัพท์ 1-866-918-4450 (TTY:TDD 711) |

# La discriminación es contra la ley

Arizona Complete Health cumple con las leyes Federales de derechos civiles correspondientes y no discrimina con base en la raza, el color, la nacionalidad, la edad, la discapacidad o el sexo. Arizona Complete Health no excluye a las personas ni las trata en forma distinta debido a su raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo.

**Arizona Complete Health:**

- Proporciona, sin cargo alguno, ayudas y servicios a las personas con discapacidades para que se comuniquen en forma eficaz con nosotros, como: intérpretes de lenguaje de señas calificados.
- Información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles y otros formatos).
- Proporciona, sin cargo alguno, servicios de idiomas a las personas cuyo idioma primario no es el inglés, como: intérpretes calificados e información por escrito en otros idiomas.

**Si necesita estos servicios, llame al Centro de Contacto con el Cliente de:**
Arizona Complete Health:  1-866-918-4450 (TTY: 711)

Si considera que Arizona Complete Health no ha proporcionado estos servicios o que ha discriminado de otra manera con base en la raza, el color, la nacionalidad, la edad, la discapacidad o el sexo, puede presentar una queja ante el Director General de Cumplimiento (Chief Compliance Officer), Cheyenne Ross. Puede presentar la queja en persona o por correo, fax, o  correo electrónico. Su queja debe estar por escrito y debe presentarla en un plazo de 180 días a partir de la fecha en que la persona que presenta la queja se percate de lo que se cree que es discriminación.

**Presente su queja a:**
Arizona Complete Health- Chief Compliance Officer-Cheyenne Ross
1870 W. Rio Salado Parkway Tempe, AZ 85281.
Correo electrónico: AzCHGrievanceAndAppeals@AZCompleteHealth.com

También puede presentar una queja de derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos, electrónicamente mediante el Portal de Quejas de la Oficina de Derechos Civiles, disponible en https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf, o por correo postal a U.S. Department of Health and Human Services; 200 Independence Avenue, SW; Room 509F, HHH Building; Washington, D.C. 20201; o por teléfono: 1-800-368-1019, 1-800-537-7697 (TTY).

Los formularios para presentar quejas se encuentran en http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html

AMB19-AZ-HP-1000