



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.westernskycommunitycare.com/2023-brochures.html> o llamar al 1-833-945-2029 (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 1-833-945-2029 (TTY 711) para pedir una copia.

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué es importante:
¿Cuánto es el deducible 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 plan .
¿Hay servicios cubiertos antes de alcanzar su deducible ?	Sí, excepto la Marca preferida (Nivel 2), Marca no preferida (Nivel 3) y medicamentos de especialidad (Nivel 4).	Este plan cubre algunos artículos y servicios incluso si todavía no llega al monto del deducible , pero podría aplicarse un copago o coseguro . Por ejemplo, este plan cubre ciertos servicios preventivos sin costos compartidos y antes de que llegue a su deducible . Vea la lista de los servicios preventivos cubiertos en https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/ .
¿Hay otros deducibles para servicios específicos?	Sí, \$100 persona / \$200 familia para cobertura de medicamentos de venta con receta. No hay ningún otro deducible específico.	Antes de que este plan empiece a pagar por estos servicios, usted debe pagar todos los costos de estos servicios hasta la cantidad del deducible específico.
¿Cuánto es el límite de gastos de bolsillo para este plan ?	Para proveedores de la red , \$1,000 por individuo y \$2,000 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 ?	Consulte la red de Ambetter from Western Sky Community Care. en find a provider o llame al 1-833-945-2029 (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	\$3 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	\$10 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)	\$10 Copago / prueba para laboratorio y servicios profesionales 25% Coseguro para rayos X e imágenes de diagnóstico 25% 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)	25% 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.westernskycommunitycare.com/2023formulary .	Medicamentos genéricos (Nivel1)	Vendedor genérico preferido: \$3 Copago / receta Vendedor genérico: \$3 Copago / receta	No cubierto	Puede ser necesaria una autorización previa. Los medicamentos con receta se proporcionan hasta 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 3 veces el precio de venta al por menor. La insulina o una alternativa medicamente necesaria no excederá un total de veinticinco dólares (\$25.00) para un suministro de treinta días. Nota: Ciertos medicamentos con receta para atención preventiva , el tratamiento de enfermedades mentales, salud conductual o trastornos por abuso de sustancias se cubrirán Sin Costo alguno para usted, cuando los obtiene en una farmacia participante. Vea la lista de medicamentos cubiertos en su plan para obtener más detalles
	Medicamentos de marca preferidos (Nivel 2)	Al por menor: 45% Coseguro ; sujeto al deducible de medicamentos Rx	No cubierto	Puede ser necesaria una autorización previa. Los medicamentos con receta se proporcionan hasta 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 3 veces el precio de venta al por menor. La insulina o una alternativa medicamente necesaria no excederá un total de veinticinco dólares (\$25.00) para un suministro de treinta días. Los pagos hechos para los deducibles o costos compartidos por un tercero, tales como un cupón del fabricante del medicamento, no se considerarán parte de su deducible o de sus costos máximos de bolsillo. Nota: Ciertos medicamentos con
	Medicamentos de marca no preferidos (Nivel 3)	Al por menor: 50% Coseguro ; sujeto al deducible de medicamentos Rx	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)	
				receta para atención preventiva, el tratamiento de enfermedades mentales, salud conductual o trastornos por abuso de sustancias se cubrirán Sin Costo alguno para usted, cuando los obtiene en una farmacia participante. Vea la lista de medicamentos cubiertos en su plan para obtener más detalles Deducible de \$100 persona / \$200 familia por fármaco de venta con receta por marca preferida, marca no preferida y medicamentos especializados. Si un Proveedor de Atención de la Salud Indígena (IHCP) le remite a un proveedor que no es IHCP, se renuncia a los costos compartidos.
	Medicamentos de especialidad (Nivel 4)	Al por menor: 50% Coseguro ; sujeto al deducible de medicamentos Rx	No cubierto	Puede ser necesaria una autorización previa. Los medicamentos con receta se proporcionan hasta 30 días al por menor y hasta 30 días por pedidos por correo. La insulina o una alternativa medicamento necesaria no excederá un total de veinticinco dólares (\$25.00) para un suministro de treinta días. Los pagos hechos para los deducibles o costos compartidos por un tercero, tales como un cupón del fabricante del medicamento, no se considerarán parte de su deducible o de sus costos máximos de bolsillo. Nota: Ciertos medicamentos con receta para atención preventiva, el tratamiento de enfermedades mentales, salud conductual o trastornos por abuso de sustancias se cubrirán Sin Costo alguno para usted, cuando los obtiene en una farmacia participante. Vea la lista de medicamentos cubiertos en su plan para

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)	
				obtener más detalles. Deducible de \$100 persona / \$200 familia por fármaco de venta con receta por marca preferida, marca no preferida y medicamentos especializados . Si un Proveedor de Atención de la Salud Indígena (IHCP) le remite a un proveedor que no es IHCP, se renuncia a los costos compartidos .
Si le hacen una cirugía ambulatoria	Tarifa del centro (p. ej., centro de cirugía ambulatoria)	25% Coseguro	No cubierto	Puede que sea necesaria una autorización previa. Cubierto sin límite.
	Tarifas del médico/cirujano	25% Coseguro	No cubierto	Puede que sea necesaria una autorización previa. Cubierto sin límite.
Si necesita atención médica inmediata	Atención en la Sala de Emergencias	25% Coseguro	25% Coseguro ; deducible no se aplica	Cubierto sin límite.
	Transporte médico de emergencia	25% Coseguro	25% Coseguro ; deducible no se aplica	Con cobertura ilimitada. Nota: El transporte de emergencia no requiere autorización previa; sin embargo, todo el transporte que no es de emergencia requiere autorización previa. Si recibe el servicio de un proveedor de transportes en ambulancia por tierra o agua que está fuera de la red , puede ser que se le cobre un saldo.
	Atención de urgencia	\$10 Copago / visita	\$10 Copago / visita; deducible no se aplica	Cubierto sin límite.
Si necesita hospitalización	Tarifa del centro (p. ej., habitación del hospital)	25% Coseguro	No cubierto	Puede que sea necesaria una autorización previa. Cubierto sin límite.
	Tarifas del médico/cirujano	25% 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 servicios de salud mental, salud conductual o de abuso de sustancias	Servicios para pacientes ambulatorios	Sin cargo; Sin cargo para 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	\$3 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	25% 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	25% Coseguro	No cubierto	
Si necesita servicios de recuperación o tiene otras necesidades especiales de salud	Atención médica en el hogar	25% Coseguro	No cubierto	Puede que sea necesaria una autorización previa. Limitado a 100 días al año.
	Servicios de rehabilitación	Paciente ambulatorio(a): \$3 Copago / visita Paciente hospitalizado(a): 25% Coseguro	No cubierto	Paciente ambulatorio(a): Puede que sea necesaria una autorización previa. Cubierto sin límite. Paciente hospitalizado(a): 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 de rehabilitación	Paciente ambulatorio(a): \$3 Copago / visita Paciente hospitalizado(a): 25% Coseguro	No cubierto	Paciente ambulatorio(a): Puede que sea necesaria una autorización previa. Cubierto sin límite. Paciente hospitalizado(a): Puede que sea necesaria una autorización previa. Cubierto sin límite.
	Atención de enfermería especializada	25% Coseguro	No cubierto	Puede que sea necesaria una autorización previa. Limitado a 60 días al año.
	Equipo médico duradero	25% Coseguro	No cubierto	Puede que sea necesaria una autorización previa. Cubierto sin límite.
	Servicios en un programa de cuidados paliativos	25% Coseguro	No cubierto	Podría requerirse autorización previa. Con cobertura sin límite. Los servicios de atención de relevo únicamente están disponibles como parte de la atención a pacientes desahuciados durante un periodo que no exceda 5 días continuos por cada 60 días de atención a pacientes desahuciados. Durante un periodo de beneficio de atención a pacientes desahuciados no estarán disponibles más de dos estadías de atención de relevo.
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](#)).

- | | | |
|--|--|---|
| • Aborto (Excepto en casos de violación, incesto o cuando la vida de la madre está en peligro) | • Cirugía estética | • Servicio de enfermería privada |
| • 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.) | • Cuidado que no es de emergencia al viajar fuera de Estado Unidos | • 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).) |
| • Atención de la vista de rutina (Adulto) | • Programas de pérdida de peso (Evaluaciones y asesorías de dietas para el manejo médico de la obesidad mórbida y de la obesidad. Los medicamentos con receta medicamento necesarios para el tratamiento de la obesidad y de la obesidad mórbida también están cubiertos.) | |
| • Atención dental (Adulto) | | |

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

- | | | |
|---|---|---------------------------------|
| • Acupuntura (Limitado a 20 visitas al año. Nota: Los límites de la acupuntura no se aplican cuando los servicios se proporcionan para fines de habilitación o rehabilitación.) | • Cirugía bariátrica (Solo está cubierto si es medicamento necesario para el tratamiento de la obesidad mórbida.) | • Cuidado rutinario de los pies |
| • Audífonos (Limitado a un audífono por oído cada 3 años.) | • Cuidado quiropráctico (Limitado a 20 visitas al año. Nota: Los límites para quiroprácticos no se aplican cuando los servicios se proporcionan para fines de habilitación o rehabilitación.) | |

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 Western Sky Community Care a 1-833-945-2029 (TTY 711); Office of Superintendent of Insurance, PO Box 1689, Santa Fe, NM 87504-1689, Phone No. (855) 427-5674.; Department of Labor's Employee Benefits Security Administration at 1-866-444-EBSA (3272); or Office of Personnel Management Multi-State Plan Program at <https://www.opm.gov/healthcare-insurance/multi-state-plan-program/external-review/>. 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 <https://es.bewellnm.com> o llame al 1-833-862-3935.

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: Office of Superintendent of Insurance, PO Box 1689, Santa Fe, NM 87504-1689, Phone No. (855) 427-5674. Además un programa de ayuda al consumidor le puede ayudar a presentar su apelación. Póngase en contacto (833) 415-0566

¿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 1-833-945-2029 (TTY 711).

Tagalog (Tagalog): Kung kailangan ninyo ang tulong sa Tagalog tumawag sa 1-833-945-2029 (TTY 711).

Chinese (中文): 如果需要中文的帮助, 请拨打这个号码 1-833-945-2029 (TTY 711).

Navajo (Dine): Dinek'ehgo shika at'ohwol ninisingo, kwijijigo holne' 1-833-945-2029 (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	\$10
■ Hospital (establecimiento) coseguro	25%
■ Otro coseguro	25%

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	\$200
Coseguro	\$800
Lo que no está cubierto	
Límites o exclusiones	\$60
El total que Peg pagaría es	\$1,060

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	\$10
■ Hospital (establecimiento) coseguro	25%
■ Otro coseguro	25%

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*	\$100
Copagos	\$100
Coseguro	\$800
Lo que no está cubierto	
Límites o exclusiones	\$20
El total que Joe pagaría es	\$1,020

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	\$10
■ Hospital (establecimiento) coseguro	25%
■ Otro coseguro	25%

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*	\$10
Copagos	\$40
Coseguro	\$400
Lo que no está cubierto	
Límites o exclusiones	\$0
El total que Mia pagaría es	\$450

Nota: Este [plan](#) tiene otros [deducibles](#) para servicios específicos incluidos en este ejemplo de cobertura. Consulte "¿Hay otros [deducibles](#) para servicios específicos?" en la fila más arriba.

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 from Western Sky Community Care, tiene derecho a obtener ayuda e información en su idioma sin costo alguno. Para hablar con un intérprete, llame al 1-833-945-2029 (TTY 711).

Navajo: Din4 k'ehj7 y1n7[ti'go ata' hane' n1 h0l= d00 naaltsoos t'11 Din4 k'ehj7 bee bik'e'ashch%go nich'8' 1dooln'i[go bee haz'3 a[d0' 1ko d77 t'11 1t'4 t'11 j77k'e k0t'4ego nich'8' 22't'4. Koj8' h0lne' 1-833-945-2029 (TTY 711)

Vietnamese: Nếu quý vị, hay người mà quý vị đang giúp đỡ, có câu hỏi về Ambetter from Western Sky Community Care, quý vị sẽ có quyền được giúp và có thêm thông tin bằng ngôn ngữ của mình miễn phí. Để nói chuyện với một thông dịch viên, xin gọi 1-833-945-2029 (TTY 711).

German: Falls Sie oder jemand, dem Sie helfen, Fragen zu Ambetter from Western Sky Community Care hat, haben Sie das Recht, kostenlose Hilfe und Informationen in Ihrer Sprache zu erhalten. Um mit einem Dolmetscher zu sprechen, rufen Sie bitte die Nummer 1-833-945-2029 (TTY 711) an.

Chinese: 如果您，或是您正在協助的對象，有關於 Ambetter from Western Sky Community Care 方面的問題，您有權利免費以您的母語得到幫助和訊息。如果要與一位翻譯員講話，請撥電話 1-833-945-2029 (TTY 711)。

Arabic: إذا كان لديك أو لدى شخص تساعد أسئلة حول ، Ambetter from Western Sky Community Care لديك الحق في الحصول على المساعدة والمعلومات الضرورية بلغتك من دون أية تكلفة. للتحدث مع مترجم اتصل بـ 1-833-945-2029 (TTY 711)

Korean: 만약 귀하 또는 귀하가 돕고 있는 어떤 사람이 Ambetter from Western Sky Community Care에 관해서 질문이 있다면 귀하는 그러한 도움과 정보를 귀하의 언어로 비용 부담없이 얻을 수 있는 권리가 있습니다. 그렇게 통역사와 얘기하기 위해서는 1-833-945-2029 (TTY 711) 로 전화하십시오.

Tagalog: Kung ikaw, o ang iyong tinutulungan, ay may mga katanungan tungkol sa Ambetter from Western Sky Community Care, may karapatan ka na makakuha nang tulong at impormasyon sa iyong wika ng walang gastos. Upang makausap ang isang tagasalin, tumawag sa 1-833-945-2029 (TTY 711).

Japanese: Ambetter from Western Sky Community Careについて何かご質問がございましたらご連絡ください。ご希望の言語によるサポートや情報を無料でご提供いたします。通訳が必要な場合は、1-833-945-2029 (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 Western Sky Community Care, vous avez le droit de bénéficier gratuitement d'aide et d'informations dans votre langue. Pour parler à un interprète, appelez le 1-833-945-2029 (TTY 711).

Italian: Se lei, o una persona che lei sta aiutando, avesse domande su Ambetter from Western Sky Community Care, ha diritto a usufruire gratuitamente di assistenza e informazioni nella sua lingua. Per parlare con un interprete, chiami l'1-833-945-2029 (TTY 711).

Russian: В случае возникновения у вас или у лица, которому вы помогаете, каких-либо вопросов о программе страхования Ambetter from Western Sky Community Care вы имеете право получить бесплатную помощь и информацию на своем родном языке. Чтобы поговорить с переводчиком, позвоните по телефону 1-833-945-2029 (TTY 711).

Hindi: आप या जिसकी आप मदद कर रहे हैं उनके, Ambetter from Western Sky Community Care के बारे में कोई सवाल हों, तो आपको बिना किसी खर्च के अपनी भाषा में मदद और जानकारी प्राप्त करने का अधिकार है। किसी दुभाषिये से बात करने के लिए 1-833-945-2029 (TTY 711) पर कॉल करें।

Persian: دارید، از این حق برخوردارید که کمک و اطلاعات Ambetter from Western Sky Community Care اگر شما، یا کسی که به او کمک می کنید سوالی در مورد تماس بگیرید. 1-833-945-2029 (TTY 711) را بصورت رایگان به زبان خود دریافت کنید. برای صحبت کردن با مترجم با شماره

Thai: หากท่านหรือผู้ที่ท่านให้ความช่วยเหลืออยู่ในขณะนี้มีความเกี่ยวข้องกับ Ambetter from Western Sky Community Care ท่านมีสิทธิ์ที่จะได้รับความช่วยเหลือและข้อมูลในภาษาของท่าน โดยไม่เสียค่าใช้จ่ายใด ๆ ทั้งสิ้น หากต้องการใช้บริการล่าม กรุณาโทรศัพท์ติดต่อที่หมายเลข 1-833-945-2029 (TTY 711).

Declaración de no discriminación

Ambetter de Western Sky Community Care 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 Western Sky Community Care no excluye a las personas ni las trata de manera distinta debido a su raza, color, origen nacional, edad, discapacidad o sexo.

Ambetter de Western Sky Community Care:

- 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 Western Sky Community Care, 1-833-945-2029 (TTY 711).

Si cree que Ambetter de Western Sky Community Care 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 Western Sky Community Care, Attn: Appeals and Grievances, PO Box 10341 Van Nuys CA 91410, 1-833-945-2029 (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 Western Sky Community Care 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>.

Managed Health Care Bureau
Office of Superintendent of Insurance
1120 Paseo De Peralta, Santa Fe, NM 87501
Tel: 1-505-827-3811
Toll Free: 1-855-427-5674
www.osi.state.nm.us

State of New Mexico Office of the Attorney General
408 Galisteo Street
Villagra Building
Santa Fe, NM 87501
Toll Free (844) 255-9210
Phone: (505) 490-4060
Fax: (505) 490-4883

To complete the online Consumer Complaint Form or to download the form in English or in Spanish, visit <https://www.nmag.gov/consumer-complaint-instructions.aspx>.

AMB21-NM-C-00598