




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://marketplace-es.wellcarenc.com/2023-brochures.html> o llamar al 1-833-925-2861 (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 1-833-925-2861 (TTY 711) para pedir una copia.

| Preguntas importantes | Respuestas | Por qué es importante: |
|---|--|--|
| ¿Cuánto es el deducible total? | Proveedores de la red : \$5,700 por individuo y \$11,400 por familia. Proveedor fuera de la red : \$7,500 por individuo y \$15,000 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, los servicios de atención preventiva , las visitas al consultorio para obtener atención primaria, de especialistas o atención urgente y los medicamentos genéricos y de marca preferidos están cubiertos antes de que satisfaga su deducible , excepto por los medicamentos de marca no preferidos (Nivel 3) y especializados (Nivel 4). | 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 , \$7,200 por individuo y \$14,400 por familia. Para proveedor fuera de la red : \$12,500 por individuo y \$25,000 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://marketplace.wellcarenc.com/fin dadoc o llame al 1-833-925-2861 (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 | \$30 <u>Copago</u> / ; <u>deducible</u> no se aplica | 30% <u>Coseguro</u> ; <u>deducible</u> no se aplica | 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> | \$60 <u>Copago</u> / ; <u>deducible</u> no se aplica | 30% <u>Coseguro</u> ; <u>deducible</u> no se aplica | Cubierto sin límite. |
| | <u>Atención preventiva/ evaluación</u> /vacunas | Sin cargo; <u>deducible</u> no se aplica | 30% <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) | 40% <u>Coseguro</u> para laboratorio y servicios profesionales 40% <u>Coseguro</u> para rayos X e imágenes de diagnóstico 40% <u>Coseguro</u> para servicios de laboratorio y profesionales e imágenes de diagnóstico y rayos X en otros lugares de servicio | 30% <u>Coseguro</u> ; <u>deducible</u> no se aplica para laboratorio y servicios 30% <u>Coseguro</u> para rayos X e imágenes de diagnóstico 30% <u>Coseguro</u> para servicios de laboratorio y profesionales e imágenes de diagnóstico y rayos X en otros lugares de servicio | 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) | |
| | Diagnóstico por imágenes (tomografía computarizada/ tomografía por emisión de positrones, imágenes por resonancia magnética) | 40% Coseguro | 30% 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://marketplace.wellcarenc.com/2023formulary . | Medicamentos genéricos (Nivel 1) | Vendedor genérico preferido: \$20 Copago / ; deducible no se aplica Vendedor genérico: \$20 Copago / ; 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: \$40 Copago / ; 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: \$80 Copago / | 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: \$350 Copago / | No cubierto | |
| Si le hacen una cirugía ambulatoria | Tarifa del centro (p. ej., centro de cirugía ambulatoria) | 40% Coseguro | 30% Coseguro | Puede que sea necesaria una autorización previa. Cubierto sin límite. |
| | Tarifas del médico/cirujano | 40% Coseguro | 30% Coseguro | 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 | Cubierto sin límite. |
| | Transporte médico de emergencia | 40% Coseguro | 40% Coseguro | Con cobertura ilimitada. Nota: El transporte de emergencia no requiere autorización previa; |

| 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) | |
| | | | | 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 | \$45 Copago / ; deducible no se aplica | 30% Coseguro ; deducible no se aplica | Cubierto sin límite. |
| Si necesita hospitalización | Tarifa del centro (p. ej., habitación del hospital) | 40% Coseguro | 30% Coseguro | Puede que sea necesaria una autorización previa. Cubierto sin límite. |
| | Tarifas del médico/cirujano | 40% Coseguro | 30% 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 | \$30 Copago / ; deducible no se aplica; 40% Coseguro para los demás servicios como paciente ambulatorio | 30% Coseguro | 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 | 30% Coseguro | Puede que sea necesaria una autorización previa. Cubierto sin límite. |
| Si está embarazada | Visitas al consultorio | \$30 Copago / ; deducible no se aplica | 30% Coseguro ; deducible no se aplica | 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 | 30% 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 |
| | Servicios hospitalarios para el nacimiento y el parto | 40% Coseguro | 30% Coseguro | |

| 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) | |
| | | | | 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 | 40% Coseguro | 30% Coseguro | Puede que sea necesaria una autorización previa. Cubierto sin límite. |
| | Servicios de rehabilitación | Paciente ambulatorio(a): \$30 Copago / ; deducible no se aplica Paciente hospitalizado(a): 40% Coseguro | 30% Coseguro | Paciente ambulatorio(a): Es posible que se requiera la autorización previa. Limitado a 30 visitas por año para la terapia del habla para pacientes ambulatorios; limitado a una combinación de 30 visitas por año para la terapia ocupacional, la fisioterapia y la atención quiropráctica para pacientes ambulatorios. Nota: Los límites no aplican cuando se proporciona para un diagnóstico de salud mental/trastorno por uso de sustancias. Paciente hospitalizado(a): Puede que sea necesaria una autorización previa. Cubierto sin límite. |
| | Servicios de habilitación | Paciente ambulatorio(a): \$30 Copago / ; deducible no se aplica Paciente hospitalizado(a): 40% Coseguro | 30% Coseguro | Paciente ambulatorio(a): Es posible que se requiera la autorización previa. Limitado a 30 visitas por año para la terapia del habla para pacientes ambulatorios; limitado a 30 visitas por año combinadas para la terapia ocupacional, la fisioterapia y la atención quiropráctica para pacientes ambulatorios. Nota: Los límites de la terapia de rehabilitación no aplican cuando se proporciona para un diagnóstico de salud mental/trastorno por uso de sustancias. Paciente hospitalizado(a): Puede que sea necesaria una autorización previa. Cubierto sin límite. |
| | Atención de enfermería especializada | 40% Coseguro | 30% Coseguro | Puede que sea necesaria una autorización previa. Limitado a 60 días al año. |

| 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) | |
| | Equipo médico duradero | 40% Coseguro | 30% Coseguro | Puede que sea necesaria una autorización previa. Cubierto sin límite. |
| | Servicios en un programa de cuidados paliativos | 40% Coseguro | 30% Coseguro | Puede que sea necesaria una autorización previa. Cubierto sin límite. |
| Si su hijo necesita servicios dentales o de la vista | Examen de la vista para niños | Sin costo; deducible no se aplica | Sin costo; deducible no se aplica | Limitado a 1 examen al año. |
| | Anteojos para niños | Sin costo; deducible no se aplica | Sin costo; deducible no se aplica | 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 de la vista de rutina (Adulto)
- Atención dental
- 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](#)).

- Audífonos (Limitado a 1 audífono por oído con problemas de audición, y reemplazo de los audífonos, una vez cada 36 meses.)
- Cirugía bariátrica ([Medicamento necesario](#) para el tratamiento de enfermedades y enfermedades causadas por o como resultado de la obesidad o de la obesidad mórbida.)
- Cuidado quiropráctico (limitado a una combinación de 30 visitas por año para la terapia ocupacional, la fisioterapia y la atención quiropráctica para pacientes ambulatorios.)
- Cuidado rutinario de los pies
- Servicio de enfermería privada
- Tratamiento de la infertilidad (Incluye ciertos servicios relacionados con: diagnóstico, corrección de afecciones médicas subyacentes que causan infertilidad y tratamiento. Nota: el beneficio tiene un límite de por vida de tres ciclos de inducción médica de la ovulación por afiliado(a).)

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: WellCare of North Carolina a 1-833-925-2861 (TTY 711); North Carolina Department of Insurance, 1201 Mail Service Center

Raleigh, NC 27699-1201, Phone No. 1-800-546-5664 or 1-919-807-6750.. Department of Labor's Employee Benefits Security Administration at 1-866-444-EBSA (3272); 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 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: North Carolina Department of Insurance, 1201 Mail Service Center Raleigh, NC 27699-1201, Phone No. 1-800-546-5664 or 1-919-807-6750. Además un programa de ayuda al consumidor le puede ayudar a presentar su apelación. Póngase en contacto 877-885-0231

¿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 1-833-925-2861 (TTY 711).

Tagalog (Tagalog): Kung kailangan ninyo ang tulong sa Tagalog tumawag sa 1-833-925-2861 (TTY 711).

Chinese (中文): 如果需要中文的帮助, 请拨打这个号码 1-833-925-2861 (TTY 711).

Navajo (Dine): Dinek'ehgo shika at'ohwol ninisingo, kwijigo holne' 1-833-925-2861 (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](#) \$5,700
- [Especialista copago](#) \$60
- 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 | \$0 |
| Coseguro | \$0 |
| Lo que no está cubierto | |
| Límites o exclusiones | \$0 |
| El total que Peg pagaría es | \$0 |

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](#) \$5,700
- [Especialista copago](#) \$60
- 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 | \$0 |
| Coseguro | \$0 |
| Lo que no está cubierto | |
| Límites o exclusiones | \$0 |
| El total que Joe pagaría es | \$0 |

Fractura simple de Mia

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

- El [deducible](#) general del [plan](#) \$5,700
- [Especialista copago](#) \$60
- 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 | \$0 |
| Coseguro | \$0 |
| Lo que no está cubierto | |
| Límites o exclusiones | \$0 |
| El total que Mia pagaría es | \$0 |

| | |
|------------------------------|--|
| Spanish: | Si usted, o alguien a quien está ayudando, tiene preguntas acerca de WellCare of North Carolina, tiene derecho a obtener ayuda e información en su idioma sin costo alguno. Para hablar con un intérprete, llame al 1-833-925-2861 (TTY 711). |
| Chinese: | 如果您，或是您正在協助的對象，有關於 WellCare of North Carolina 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 1-833-925-2861 (TTY 711)。 |
| Vietnamese: | Nếu quý vị, hay người mà quý vị đang giúp đỡ, có câu hỏi về WellCare of North Carolina, 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 1-833-925-2861 (TTY 711). |
| Korean: | 만약 귀하 또는 귀하가 돕고 있는 어떤 사람이 WellCare of North Carolina 에 관해서 질문이 있다면 그러한 도움과 정보를 귀하의 언어로 비용 부담없이 얻을 수 있는 권리가 있습니다. 그렇게 통역사와 얘기하기 위해서는 1-833-925-2861 (TTY 711) 번으로 전화하십시오. |
| French: | Si vous-même ou une personne que vous aidez avez des questions à propos d'WellCare of North Carolina, vous avez le droit de bénéficier gratuitement d'aide et d'informations dans votre langue. Pour parler à un interprète, appelez le 1-833-925-2861 (TTY 711). |
| Arabic: | إذا كان لديك أو لدى شخص تساعد أسئلة حول WellCare of North Carolina ، لديك الحق في الحصول على المساعدة والمعلومات الضرورية بلغتك من دون أية تكلفة. للتحدث مع مترجم اتصل بـ 1-833-925-2861 (TTY 711). |
| Hmong: | Yog koj, los yog ib tug neeg uas koj pab ntawd, muaj lus nug txog WellCare of North Carolina 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 1-833-925-2861 (TTY 711). |
| Russian: | В случае возникновения у вас или у лица, которому вы помогаете, каких-либо вопросов о программе страхования WellCare of North Carolina вы имеете право получить бесплатную помощь и информацию на своем родном языке. Чтобы поговорить с переводчиком, позвоните по телефону 1-833-925-2861 (TTY 711). |
| Tagalog: | Kung ikaw, o ang iyong tinutulangan, ay may mga katanungan tungkol sa WellCare of North Carolina, may karapatan ka na makakuha ng tulong at impormasyon sa iyong wika nang walang gastos. Upang makausap ang isang tagasalin, tumawag sa 1-833-925-2861 (TTY 711). |
| Gujarati: | જો તમને, અથવા તમે કોઈની મદદ કરી રહ્યાં હોવ તો, WellCare of North Carolina વિશે કોઈ પ્રશ્નો હોય તો, તમને કોઈ ખર્ચ વિના તમારી ભાષામાં મદદ અને માહિતી પ્રાપ્ત કરવાનો અધિકાર છે. દુભાષિયા સાથે વાત કરવા માટે, 1-833-925-2861 (TTY 711) ઉપર કોલ કરો. |
| Mon-Khmer, Cambodian: | បសិនកមកឬ នរក ែងលអ កកព ង ែតជយ នបអ ព ី WellCare of North Carolina, អក នសិនទទល ែនជនយនីងព័ត៌ន ែ កអកេយកកកតី ែង។ សូ មនីយេនអ កបកែមេលខ 1-833-925-2861 (TTY 711). |
| German: | Falls Sie oder jemand, dem Sie helfen, Fragen zu WellCare of North Carolina 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 1-833-925-2861 (TTY 711) an. |
| Hindi: | आप या जिसकी आप मदद कर रहे हैं उनके, WellCare of North Carolina 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 1-833-925-2861 (TTY 711) पर कॉल करें। |
| Laotian: | ຖ້າທ່ານ ຫຼືຄົນທີ່ທ່ານກຳລັງຊ່ວຍເຫຼືອ ມີຄຳຖາມກ່ຽວກັບ WellCare of North Carolina, ທ່ານມີສິດທີ່ຈະໄດ້ຮັບການຊ່ວຍເຫຼືອແລະຂໍ້ມູນຂ່າວສານທີ່ເປັນພາສາຂອງທ່ານ ໂດຍບໍ່ມີຄ່າໃຊ້ຈ່າຍ. ເພື່ອຈະເວົ້າກັບນາຍພາສາ ໃຫ້ໃບທາ 1-833-925-2861 (TTY 711). |
| Japanese: | WellCare of North Carolina 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、1-833-925-2861 (TTY 711) までお電話ください。 |

Declaración de no discriminación

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

WellCare of North Carolina:

- 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 WellCare of North Carolina 1-833-925-2861 (TTY 711).

Si cree que WellCare of North Carolina 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: WellCare of North Carolina Grievance and Appeals ATTN: Grievances and Appeals Department, PO Box 10341 Van Nuys CA, 91410, 1-833-925-2861 (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, WellCare of North Carolina 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>.