



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. Esto 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.coordinatedcarehealth.com/2023-brochures.html> o llamar al 1-877-687-1197 (TTY 711). Para ver las definiciones de términos frecuentes, como [cantidad permitida](#), [facturación de saldo](#), [coseguro](#), [copago](#), [deductible](#), [proveedor](#) u otros términos [subrayados](#), consulte el glosario. Puede consultar el glosario en <https://www.healthcare.gov/sbc-glossary> o llamar al 1-877-687-1197 (TTY 711) para pedir una copia.

| Preguntas importantes   | Respuestas  | Por qué es importante:   |
|---|---|--|
| ¿Cuánto es el <a href="#">deductible</a> total?   | \$2,300 por individuo y \$4,600 por familia.  | En general, debe pagar todos los costos de los <a href="#">proveedores</a> hasta la cantidad <a href="#">deductible</a> antes de que este <a href="#">plan</a> comience a pagar. Si tiene otros familiares en el <a href="#">plan</a> , cada familiar debe satisfacer su propio <a href="#">deductible</a> individual hasta que la cantidad total de gastos <a href="#">deductibles</a> pagados por todos los familiares satisfagan el <a href="#">deductible</a> familiar total.  |
| ¿Hay servicios cubiertos antes de alcanzar su <a href="#">deductible</a> ?                  | Sí. Visitas al consultorio para servicios de <a href="#">atención preventiva</a> , atención primaria, trastornos de salud mental/uso de substancia (MH/SUD), <a href="#">especialista</a> y de <a href="#">atención de urgencia</a> ; exámenes de la vista y anteojos para niños; medicamentos genéricos y de marca preferida están cubiertos antes de que llegue a su <a href="#">deductible</a> . | Este <a href="#">plan</a> cubre algunos productos y servicios aunque aún no haya alcanzado la cantidad del <a href="#">deductible</a> . Sin embargo, se podría aplicar un <a href="#">copago</a> o un <a href="#">coseguro</a> . Por ejemplo, este <a href="#">plan</a> cubre ciertos <a href="#">servicios preventivos</a> sin <a href="#">costos compartidos</a> antes de que alcance su <a href="#">deductible</a> . Consulte una lista de <a href="#">servicios preventivos</a> cubiertos en <a href="https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/">https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/</a> |
| ¿Hay otros <a href="#">deductibles</a> para servicios específicos?                          | No.   | No debe pagar <a href="#">deductibles</a> por servicios específicos.   |
| ¿Cuánto es el <a href="#">límite de gastos de bolsillo</a> para este <a href="#">plan</a> ? | Para <a href="#">proveedores de la red</a> , \$2,300 por individuo y \$4,600 por familia. No, es aplicable a los <a href="#">proveedores fuera de la red</a> .  | El <a href="#">límite de gastos de bolsillo</a> es lo máximo que puede pagar en un año por servicios cubiertos. Si tiene otros familiares en este <a href="#">plan</a> , ellos tienen que satisfacer sus propios <a href="#">límite de gastos de bolsillo</a> hasta que se haya satisfecho el <a href="#">límite de gastos de bolsillo</a> familiar total.   |
| ¿Qué es lo que no está incluido en el <a href="#">límite de gastos de bolsillo</a> ?        | <a href="#">Primas</a> , <a href="#">facturación de saldo</a> , atención médica que este <a href="#">plan</a> no cubre, costos por servicios no cubiertos y servicios proporcionados por <a href="#">proveedores fuera de la red</a> .  | Aunque pague estos gastos, no cuentan para el <a href="#">límite de gastos del bolsillo</a> .  |

|   |   |  |
|---|---|--|
| ¿Pagará menos si acude a un proveedor dentro de la red?                     | Sí.<br><a href="https://ambetter.coordinatedcarehealth.com/findadoc">https://ambetter.coordinatedcarehealth.com/findadoc</a> o llame al 1-877-687-1197 (TTY 711) para una lista de proveedores de la red. | Este <u>plan</u> utiliza una <u>red de 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 deductible, 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<br>(Usted pagará el mínimo)   | Proveedor fuera de la red<br>(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 | Sin cargo; <u>deductible</u> 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 <u>especialista</u>   | \$5 <u>Copago</u> / visita; <u>deductible</u> no se aplica   | No cubierto   | Cubierto sin límite.  |
|   | <u>Atención preventiva/evaluación</u> /vacunas                                | Sin cargo; <u>deductible</u> no se aplica  | No cubierto   | 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)             | Sin cargo para laboratorio y servicios profesionales<br><br>Sin cargo para rayos X e imágenes de diagnóstico<br><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. |

| Circunstancia médica común  | Servicios que podría necesitar  | Lo que usted pagará   |   | Limitaciones, excepciones y otra información importante  |
|---|---|---|---|--|
|   |   | Proveedor dentro de la red<br>(Usted pagará el mínimo)  | Proveedor fuera de la red<br>(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.  |
| <b>Si necesita un medicamento para tratar su enfermedad o condición médica.</b><br>Hay más información disponible sobre la <u><a href="#">cobertura de medicamentos con receta médica</a></u> en <u><a href="https://ambetter.coordinatedcarehealth.com/2023formula.html">https://ambetter.coordinatedcarehealth.com/2023formula.html</a></u> . | Medicamentos genéricos (Nivel 1)  | Vendedor genérico preferido:<br>Sin cargo; <u>deducible</u> no se aplica<br><br>Vendedor genérico: Sin cargo; <u>deducible</u> 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 <u>costo compartido</u> de 2.5 veces la cantidad de venta al por menor. |
|   | Medicamentos de marca preferidos (Nivel 2)  | Al por menor: \$25 <u>Copago</u> / receta; <u>deducible</u> no se aplica  | No cubierto   | Puede que sea necesaria una autorización previa. Los <u>medicamentos con receta</u> 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 <u>costo compartido</u> de 2.5x del precio de venta al por menor.                            |
|   | Medicamentos de marca no preferidos (Nivel 3)   | Al por menor: Sin cargo   | No cubierto   | Puede que sea necesaria una autorización previa. Los <u>medicamentos con receta</u> se proporcionan hasta 30 días al por menor y hasta 30 días por pedidos por correo.   |
|   | <u>Medicamentos de especialidad</u> (Nivel 4)   | Al por menor: Sin cargo   | No cubierto   | Puede que sea necesaria una autorización previa. Los <u>medicamentos con receta</u> se proporcionan hasta 30 días al por menor y hasta 30 días por pedidos por correo.   |
| <b>Si le hacen una cirugía ambulatoria</b>  | 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.  |

| Circunstancia médica común   | Servicios que podría necesitar                      | Lo que usted pagará   |   | Limitaciones, excepciones y otra información importante   |
|--|---|---|---|---|
|  |   | Proveedor dentro de la red<br>(Usted pagará el mínimo)                        | Proveedor fuera de la red<br>(Usted pagará el máximo) |   |
| Si necesita atención médica inmediata  | <u>Atención en la Sala de Emergencias</u>           | Sin cargo   | Sin cargo   | Sin límite de cobertura. Para los <a href="#">servicios de emergencia</a> dentro y fuera del estado de Washington, solo se aplican montos de <a href="#">costo compartido en la red</a> ; los proveedores y hospitales no tienen permitido cobrarles a los miembros, independientemente de su estado en la <a href="#">red</a> . (Consulte la nota sobre <a href="#">facturación de saldo</a> que se encuentra antes de este cuadro). |
|  | <u>Transporte médico de emergencia</u>              | 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.   |
|  | <u>Atención de urgencia</u>                         | \$10 <a href="#">Copago</a> / visita; <a href="#">deductible</a> 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               | Sin cargo; <a href="#">deductible</a> no se aplica; Sin cargo                 | 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                              | Sin cargo; <a href="#">deductible</a> no se aplica                            | No cubierto   | Las entregas realizadas en un plazo estándar según la reglamentación federal no requieren autorización previa, pero podría requerirse para otros servicios. Dependiendo del tipo de servicios, podría aplicarse un coaseguro, <a href="#">deductible</a> o <a href="#">copago</a> . La atención de maternidad puede incluir pruebas y servicios cuyos costos son compartidos en otra  |

| Circunstancia médica común  | Servicios que podría necesitar                        | Lo que usted pagará   |   | Limitaciones, excepciones y otra información importante  |
|---|---|---|---|--|
|   |   | Proveedor dentro de la red<br>(Usted pagará el mínimo)                      | Proveedor fuera de la red<br>(Usted pagará el máximo) |  |
| Si necesita servicios de recuperación o tiene otras necesidades especiales de salud |   |   |   | categoría de beneficios, tales como pruebas para el diagnóstico como ultrasonidos. Los <u>costos compartidos</u> no se aplican a los <u>servicios preventivos</u> .  |
|   | Servicios profesionales para el nacimiento y el parto | Sin cargo   | No cubierto   | Podría requerirse autorización previa. Dependiendo del tipo de servicios, puede aplicarse el <u>copago</u> , coaseguro o <u>deductible</u> . La atención de maternidad puede incluir pruebas y servicios cuyos costos son compartidos en otra categoría de beneficios, tales como pruebas para el diagnóstico como ultrasonidos. Los <u>costos compartidos</u> no se aplican a los <u>servicios preventivos</u> .  |
|   | Servicios hospitalarios para el nacimiento y el parto | Sin cargo   | No cubierto   |  |
| Si necesita servicios de recuperación o tiene otras necesidades especiales de salud | <u>Atención médica en el hogar</u>                    | Sin cargo   | No cubierto   | Puede que sea necesaria una autorización previa. Limitado a 130 visitas al año.  |
|   | <u>Servicios de rehabilitación</u>                    | Paciente ambulatorio(a): Sin cargo;<br>Paciente hospitalizado(a): Sin cargo | No cubierto   | Servicios ambulatorios: es posible que se exija una autorización previa después de la sexta consulta. Se limita a 25 consultas ambulatorias al año. Nota: Los límites no se aplican cuando el servicio se presta en casos de diagnóstico por trastornos de la salud mental o por consumo de drogas.<br><u>Hospitalización</u> : es posible que se exija una autorización previa. Se limita a 30 días de <u>hospitalización</u> al año. Nota: Los límites no se aplican cuando el servicio se presta en casos de diagnóstico por trastornos de la salud mental o por consumo de drogas. |
|   | <u>Servicios de habilitación</u>                      | Paciente ambulatorio(a): Sin cargo<br>Paciente hospitalizado(a): Sin cargo  | No cubierto   | Servicios ambulatorios: es posible que se exija una autorización previa después de la sexta consulta. Se limita a 25 consultas ambulatorias al año. Nota: Los límites para la terapia de habilitación no se aplican cuando el servicio se presta en casos de diagnóstico por trastornos  |

| Circunstancia médica común                           | Servicios que podría necesitar                                  | Lo que usted pagará                                    |   | Limitaciones, excepciones y otra información importante   |
|--|---|--|---|---|
|  |   | Proveedor dentro de la red<br>(Usted pagará el mínimo) | Proveedor fuera de la red<br>(Usted pagará el máximo) |   |
|  |   |  |   | de la salud mental o por consumo de drogas. <a href="#">Hospitalización</a> : es posible que se exija una autorización previa. Se limita a 30 días de <a href="#">hospitalización</a> al año. Nota: Los límites para la terapia de habilitación no se aplican cuando el servicio se presta en casos de diagnóstico por trastornos de la salud mental o por consumo de drogas. |
|  | <a href="#">Atención de enfermería especializada</a>            | Sin cargo  | No cubierto   | Puede que sea necesaria una autorización previa. Limitado a 60 días al año.   |
|  | <a href="#">Equipo médico duradero</a>                          | Sin cargo  | No cubierto   | Puede que sea necesaria una autorización previa. Cubierto sin límite.   |
|  | <a href="#">Servicios en un programa de cuidados paliativos</a> | Sin cargo  | No cubierto   | Puede que sea necesaria una autorización previa. Limitado a 14 días de por vida para cuidado de alivio cubierto conjuntamente con servicios de cuidados paliativos.   |
| Si su hijo necesita servicios dentales o de la vista | Examen de la vista para niños                                   | Sin costo; <a href="#">deducible</a> no se aplica      | No están cubiertos                                    | Limitado a 1 visita al año.   |
|  | Anteojos para niños   | Sin costo; <a href="#">deducible</a> no se aplica      | No están cubiertos                                    | Limitado a 1 artículo al año. Limitado a una montura y a un par (dos lentes) por año calendario o lentes de contacto en vez de anteojos.  |
|  | 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](#)).

- 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
- Cirugía bariátrica
- Cirugía estética
- Cuidado que no es de emergencia al viajar fuera de Estados Unidos
- Programas de pérdida de peso
- Servicio de enfermería privada
- Atención de la vista de rutina (adulto)

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

- Aborto
- Acupuntura (Limitado a 12 visitas al año. Nota: las visitas son ilimitadas para tratamiento de dependencia química.)
- Audífonos (Cubierto para implantes cocleares y audífonos anclados en el hueso (BAHA, por sus siglas en inglés) solamente.)
- Cuidado quiropráctico (Limitado a 10 visitas al año.)
- Cuidado rutinario de los pies
- Tratamiento de la infertilidad (Limitado a los servicios para [pruebas de diagnóstico](#) para averiguar la causa de la infertilidad.)

**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 Coordinated Care Corporation a 1-877-687-1197 (TTY 711); Consumer Advocacy/SHIBA Office of the Insurance Commissioner, 5000 Capitol Blvd., SE, Turnwater, WA 98501, Phone No. (800) 562-6900 or (360) 725-7080.. 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](http://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: Consumer Advocacy/SHIBA Office of the Insurance Commissioner, 5000 Capitol Blvd., SE, Turnwater, WA 98501, Phone No. (800) 562-6900 or (360) 725-7080.

**¿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 1-877-687-1197 (TTY 711).

Tagalog (Tagalog): Kung kailangan ninyo ang tulong sa Tagalog tumawag sa 1-877-687-1197 (TTY 711).

Chinese (中文): 如果需要中文的帮助, 请拨打这个号码 1-877-687-1197 (TTY 711).

Navajo (Dine): Dinek'ehgo shika at'ohwol ninisingo, kwijjigo holne' 1-877-687-1197 (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 <a href="#">deducible</a> general del <a href="#">plan</a> | \$2,300 |
| ■ <a href="#">Especialista copago</a>                           | \$5     |
| ■ Hospital (establecimiento) <a href="#">coseguro</a>           | 0%      |
| ■ Otro <a href="#">coseguro</a>                                 | 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)

### Control de la diabetes Tipo 2 de Joe

(un año de atención de rutina dentro de la red de una condición bien controlada)

|   |         |
|---|---------|
| ■ El <a href="#">deducible</a> general del <a href="#">plan</a> | \$2,300 |
| ■ <a href="#">Especialista copago</a>                           | \$5     |
| ■ Hospital (establecimiento) <a href="#">coseguro</a>           | 0%      |
| ■ Otro <a href="#">coseguro</a>                                 | 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)

### Fractura simple de Mia

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

|   |         |
|---|---------|
| ■ El <a href="#">deducible</a> general del <a href="#">plan</a> | \$2,300 |
| ■ <a href="#">Especialista copago</a>                           | \$5     |
| ■ Hospital (establecimiento) <a href="#">coseguro</a>           | 0%      |
| ■ Otro <a href="#">coseguro</a>                                 | 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

\$12,700

En este ejemplo, Peg pagaría:

#### Costo compartidos

|            |         |
|------------|---------|
| Deducibles | \$2,100 |
| Copagos    | \$0     |
| Coseguro   | \$0     |

#### Lo que no está cubierto

|                             |         |
|-----------------------------|---------|
| Límites o exclusiones       | \$60    |
| El total que Peg pagaría es | \$2,160 |

### Costo total del ejemplo

\$5,600

En este ejemplo, Joe pagaría:

#### Costo compartidos

|            |       |
|------------|-------|
| Deducibles | \$900 |
| Copagos    | \$300 |
| Coseguro   | \$0   |

#### Lo que no está cubierto

|                             |         |
|-----------------------------|---------|
| Límites o exclusiones       | \$20    |
| El total que Joe pagaría es | \$1,220 |

### Costo total del ejemplo

\$2,800

En este ejemplo, Mia pagaría:

#### Costo compartidos

|            |         |
|------------|---------|
| Deducibles | \$2,100 |
| Copagos    | \$0     |
| Coseguro   | \$0     |

#### Lo que no está cubierto

|                             |         |
|-----------------------------|---------|
| Límites o exclusiones       | \$0     |
| El total que Mia pagaría es | \$2,100 |

---

**Spanish:** Si usted, o alguien a quien está ayudando, tiene preguntas acerca de Ambetter de Coordinated Care Corporation, tiene derecho a obtener ayuda e información en su idioma sin costo alguno. Para hablar con un intérprete, llame al 1-877-687-1197 (TTY 711).

**Chinese:** 如果您，或是您正在協助的對象，有關於 Ambetter from Coordinated Care Corporation 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 1-877-687-1197 (TTY 711)。

**Vietnamese:** Nếu quý vị, hay người mà quý vị đang giúp đỡ, có câu hỏi về Ambetter from Coordinated Care Corporation, 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 1-877-687-1197 (TTY 711).

**Korean:** 만약 귀하 또는 귀하가 돕고 있는 어떤 사람이 Ambetter from Coordinated Care Corporation 에 관해서 질문이 있다면 귀하는 그러한 도움과 정보를 귀하의 언어로 비용 부담없이 얻을 수 있는 권리가 있습니다. 그렇게 통역사와 얘기하기 위해서는 1-877-687-1197 (TTY 711) 로 전화하십시오.

**Russian:** В случае возникновения у вас или у лица, которому вы помогаете, каких-либо вопросов о программе страхования Ambetter from Coordinated Care Corporation вы имеете право получить бесплатную помощь и информацию на своем родном языке. Чтобы поговорить с переводчиком, позвоните по телефону 1-877-687-1197 (TTY 711).

**Tagalog:** Kung ikaw, o ang iyong tinutulangan, ay may mga katanungan tungkol sa Ambetter from Coordinated Care Corporation, may karapatan ka na makakuha nang tulong at impormasyon sa iyong wika ng walang gastos. Upang makausap ang isang tagasalin, tumawag sa 1-877-687-1197 (TTY 711).

**Ukrainian:** В разі виникнення у вас або особи, якій ви допомагаєте, будь-яких запитань щодо програми страхування Ambetter from Coordinated Care Corporation ви маєте право отримати безкоштовну допомогу та інформацію на своїй рідній мові. Щоб поговорити з перекладачем, зателефонуйте за номером 1-877-687-1197 (TTY 711).

**Mon-Khmer, Cambodian:** ប្រសិនបានអំពី សរុបមុខការផែនការកំពុងផែនយមានបញ្ហាម៉ែន Ambetter from Coordinated Care Corporation អ្នកមានសិទ្ធិទូទៅ ចាកចេនយិនព័ត៌មានជាការសារអ្នកជោយការកិត្តិក្នុង សូមនិយាយនៅកាន់អ្នកបានពីប្រព័ន្ធសម្រាប់ 1-877-687-1197 (TTY 711)

**Japanese:** Ambetter from Coordinated Care Corporation 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、1-877-687-1197 (TTY 711) までお電話ください。

**Amharic:** አርባዎች ወጪዎች የሚርችት ስም ስለ Ambetter from Coordinated Care Corporation ጥብር ጥያቄ ካለምት የለምንም ወጪ በቋንቋም ይጠበኝ እንዲሁም መረጃ የሚገኘት መብት አለም፡፡ አስተርቃሚ ለማኅበር በ 1-877-687-1197 (TTY 711) ይደውሉ፡፡

**Cushite:** Yoo sii ykn namaa gargaaraa jirtuu wa'ee Ambetter from Coordinated Care Corporation (Kuununsa Qindeeffamaa) irra gaaffi qabaatan ta'ee gargaarsaa fi odeeefanoo afaan ketiin kaffaltii alla argachuuf mirgaa qabdaa. Turjumaana wajiin dubadhuu, 1-877-687-1197 irra bilbilli (TTY 711).

**Arabic:** إذا كان لديك أو لدى شخص تساعدك أسلة حول Ambetter from Coordinated Care Corporation، لديك الحق في الحصول على المساعدة والمعلومات الضرورية بلغتك من دون أية تكفة. للتحدث مع مترجم اتصل بـ 1-877-687-1197 (TTY 711).

**Punjabi:** ਜੇ ਤੁਹਾਡੇ, ਜਾਂ ਤੁਹਾਡੀ ਮੁਦਦ ਲੈ ਰਹੇ ਕਿਸੇ ਵਿਅਕਤੀ ਦੇ ਮਨ ਵਿਚ Ambetter from Coordinated Care Corporation ਦੇ ਬਾਰੇ ਕੋਈ ਸਵਾਲ ਹਨ. ਤਾਂ ਤੁਹਾਨੂੰ ਅਪਣੀ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿਚ ਮੁਦਦ ਮੁਦਦ ਲੈਣ ਦਾ ਪੂਰਾ ਹੱਕ ਹੈ। ਦੁਭਾਸੀਏ ਨਾਲ ਗੱਲ ਕਰਨ ਲਈ 1-877-687-1197 (TTY 711) 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ।

**German:** Falls Sie oder jemand, dem Sie helfen, Fragen zu Ambetter from Coordinated Care Corporation 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 1-877-687-1197 (TTY 711) an.

**Laotian:** ຖ້າທ່ານ ຫຼືຄົນທີ່ທ່ານກໍາລັງອ່ານຸ້ມ ມີຄໍາຖາມກ່ຽວກັບ Ambetter from Coordinated Care Corporation, ທ່ານມີສິດທີ່ຈະໄດ້ຮັບການອ່ານຸ້ມ ແລະຂໍ້ມູນຂ່າວສານທີ່ເປັນພາສາຂອງທ່ານ ໂດຍບໍ່ມີຄ່າໃຊ້ລ່າງ. ເພື່ອຈະເວົ້າກັບນາຍພາສາ ໃຫ້ໃຫ້ທ່ານ 1-877-687-1197 (TTY 711).

### Declaración de no discriminación

Ambetter de Coordinated Care Corporation cumple con las leyes federales y derechos civiles aplicables del estado de Washington y no discrimina en base a raza, color, origen nacional, edad, discapacidad o sexo, identidad de género u orientación sexual. Ambetter de Coordinated Care no excluye a las personas ni las trata de manera distinta debido a su raza, color, origen nacional, edad, discapacidad o sexo, identidad de género u orientación sexual.

#### Ambetter de Coordinated 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 Coordinated Care al 1-877-687-1197 (TTY 711).

Si cree que Ambetter de Coordinated Care no le ha brindado estos servicios o le ha discriminado de otra manera por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, identidad de género u orientación sexual, puede presentar una queja ante: Ambetter from Coordinated Care, Grievance Department, 1145 Broadway, Suite 300, Tacoma, WA 98402, 1-877-687-1197, (TTY 711), Fax 1-855-218-0588. Usted puede presentar una queja por correo, fax, o por correo electrónico. [WAqualitydept@centene.com](mailto:WAqualitydept@centene.com). Si necesita ayuda para presentar una queja, Ambetter de Coordinated Care está disponible para usted. Además puede presentar un reclamo de derechos civiles ante:

- 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 reclamos están disponibles en <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.
- La Oficina del Comisionado de Seguros del Estado de Washington, electrónicamente a través del portal de quejas de la Oficina del Comisionado de Seguros disponible en <https://www.insurance.wa.gov/file-complaint-or-check-your-complaint-status>, o por teléfono al 800-562-6900, 360-586-0241 (TDD). Los formularios de reclamos están disponibles en <https://fortress.wa.gov/oic/onlineservices/cc/pub/complaintinformation.aspx>.