Ambetter from Coordinated Care Corporation

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

Ambetter Essential Care: $0 Medical Deductible: Expanded Bronze Off Exchange Plan

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, deducible, 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 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. Visitas al consultorio para servicios de atención preventiva, atención primaria, trastornos de salud mental/uso de substancia (MH/SUD), 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 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, $3,800 persona / $7,600 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, $8,700 por individuo y $17,400 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, atención médica que este plan no cubre, costos por servicios no cubiertos y servicios proporcionados por proveedores fuera de la red.	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.coordinatedcarehealth.com/findadoc o llame al 1-877-687-1197 (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	$45 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	$115 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)	$60 Copago / prueba para laboratorio y servicios profesionales 50% Coseguro para rayos X e imágenes de diagnóstico 50% 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.

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)	50% Coseguro	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.coordinatedcarehealth.com/2023formulary.**	Medicamentos genéricos (Nivel1)	Vendedor genérico preferido: $5 Copago / receta Vendedor genérico: $35 Copago / receta	No cubierto	Es posible que se requiera la autorización previa. Los medicamentos recetados se suministran hasta por 30 días en los establecimientos de venta al por menor y hasta por 90 días a través de pedidos por correo. Los pedidos por correo están sujetos a un costo compartido de 2.5 veces la cantidad de venta al por menor.
	Medicamentos de marca preferidos (Nivel 2)	Al por menor: $195 Copago / receta	No cubierto	Puede que sea necesaria una autorización previa. Los medicamentos con receta se proporcionan hasta por 30 días al por menor y hasta por 90 días por pedidos por correo. Los pedidos por correo están sujetos a una cantidad de costo compartido de 2.5x del precio de venta al por menor.
	Medicamentos de marca no preferidos (Nivel 3)	Al por menor: $250 Copago / receta; sujeto al deducible de medicamentos Rx	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. Deducible de $3,800 persona / $7,600 familia por fármaco de venta con receta por marca preferida, marca no preferida y medicamentos especializados.

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)	
	Medicamentos de especialidad (Nivel 4)	Al por menor: 50% Coseguro; sujeto al deducible de medicamentos Rx	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. Deducible de $3,800 persona / $7,600 familia por fármaco de venta con receta por marca preferida, marca no preferida y medicamentos especializados.
Si le hacen una cirugía ambulatoria	Tarifa del centro (p. ej., centro de cirugía ambulatoria)	50% Coseguro	No cubierto	Puede que sea necesaria una autorización previa. Cubierto sin límite.
	Tarifas del médico/cirujano	50% Coseguro	No cubierto	Puede que sea necesaria una autorización previa. Cubierto sin límite.
Si necesita atención médica inmediata	Atención en la Sala de Emergencias	$2,500 Copago / visita ($1250 Copago / visita por centro; $1250 Copago / visita por honorarios del médico)	$2,500 Copago / visita ($1250 Copago / visita por centro; $1250 Copago / visita por honorarios del médico)	Sin límite de cobertura. Para los servicios de emergencia dentro y fuera del estado de Washington, solo se aplican montos de costo compartido en la red; los proveedores y hospitales no tienen permitido cobrarles a los miembros, independientemente de su estado en la red. (Consulte la nota sobre facturación de saldo que se encuentra antes de este cuadro).
	Transporte médico de emergencia	50% Coseguro	50% Coseguro	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	$60 Copago / visita	No cubierto	Cubierto sin límite.
Si necesita hospitalización	Tarifa del centro (p. ej., habitación del hospital)	$3000 Copago / día	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 (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	$45 Copago / visita de oficina; 50% Coseguro	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	$3000 Copago / día	No cubierto	Puede que sea necesaria una autorización previa. Cubierto sin límite.
Si está embarazada	Visitas al consultorio	$45 Copago / visita	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, deducible o copago. 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 costos compartidos no se aplican a los servicios preventivos.
	Servicios profesionales para el nacimiento y el parto	Sin cargo	No cubierto	Podría requerirse autorización previa. Dependiendo del tipo de servicios, puede aplicarse el copago, coaseguro o deducible. 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 costos compartidos no se aplican a los servicios preventivos.
	Servicios hospitalarios para el nacimiento y el parto	$3000 Copago / día	No cubierto	
	Atención médica en el hogar	50% Coseguro	No cubierto	Puede que sea necesaria una autorización previa. Limitado a 130 visitas al año.
	Servicios de rehabilitación	Paciente ambulatorio(a): 50% Coseguro; Paciente hospitalizado(a): $3000 Copago / día	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

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)	
				por trastornos de la salud mental o por consumo de drogas. Hospitalización: es posible que se exija una autorización previa. Se limita a 30 días de hospitalización 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.
Si necesita servicios de recuperación o tiene otras necesidades especiales de salud	Servicios de habilitación	Paciente ambulatorio(a): 50% Coseguro Paciente hospitalizado(a): 50% Coseguro	[[benefits_package.oh HabilitationServicesOON]]	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 de la salud mental o por consumo de drogas. Hospitalización: es posible que se exija una autorización previa. Se limita a 30 días de hospitalización 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.
	Atención de enfermería especializada	$3000 Copago / día	No cubierto	Puede que sea necesaria una autorización previa. Limitado a 60 días al año.
	Equipo médico duradero	50% Coseguro	No cubierto	Puede que sea necesaria una autorización previa. Cubierto sin límite.
	Servicios en un programa de cuidados paliativos	[[benefits_package. HospiceServiceINN]]	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	No están cubiertos	Limitado a 1 visita al año.
	Anteojos para niños	Sin costo	No están cubiertos	Limitado a 1 artículo al año. Limitado a una montura y a un par (dos lentes) por 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)	
				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 de la vista de rutina (adulto)
- Atención dental
- Cirugía bariátrica
- Cirugía estética
- Cuidado que no es de emergencia al viajar fuera de Estado Unidos
- Programas de pérdida de peso
- Servicio de enfermería privada

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.. P 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: 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, kwiijigo 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 deducible general del plan	**$0**
Especialista copayment	**$115**
Hospital (establecimiento) copago	**$3000**
Otro coseguro	**50%**

Este EJEMPLO de evento incluye servicios como:
Visitas al consultorio del especialista *(atención prenata*
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*	$10
Copagos	$3,600
Coseguro	$200
Lo que no está cubierto	
Límites o exclusiones	$60
El total que Peg pagaría es	**$3,870**

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	**$115**
Hospital (establecimiento) copago	**$3000**
Otro coseguro	**50%**

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*	$3,500
Copagos	$700
Coseguro	$400
Lo que no está cubierto	
Límites o exclusiones	$20
El total que Joe pagaría es	**$4,620**

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	**$115**
Hospital (establecimiento) copago	**$3000**
Otro coseguro	**50%**

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	$1,100
Coseguro	$800
Lo que no está cubierto	
Límites o exclusiones	$0
El total que Mia pagaría es	**$1,910**

Nota: Este plan tiene otros deductibles para servicios específicos incluidos en este ejemplo de cobertura. Consulte "¿Hay otros deductibles para servicios específicos? en la fila más arriba.

El **plan** sería responsable de los demás costos por estos servicios cubiertos en este EJEMPLO.

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:	ប្រសិនលោកអ្នកឬ នរណាម្នាក់ដែលអ្នកកំពុងតែជួយមានបញ្ហាអំពី Ambetter from Coordinated Care Corporation អ្នកមានសិទ្ធិទទួលបានជំនួយនិងព័ត៌មានជាភាសាលោកអ្នកដោយឥតគិតថ្លៃ។ សូមនិយាយទៅកាន់អ្នកបកប្រែតាមលេខ 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:	እርስዎ ወይም እርሰዎ የሚረዱት ሰው ስለ Ambetter from Coordinated Care Corporation ግብር ጥያቄ ካለዎት ያለምንም ወጪ በቋንቋዎ ድጋፍ እንዲሁም መረጃ የማግኘት መብት አለዎት፣ ፣ አስተርጓሚ ለማነጋገር በ 1-877-687-1197 (TTY 711) ይደውሉ፤ ፤
Cushite:	Yoo sii ykn namaa gargaaraa jirtuu wa'ee Ambetter from Coordinated Care Corporation (Kuunsaa Qindeeffamaa) irra gaaffi qabaatan ta'ee gargaarsaa fi odeeffanoo 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 تساعده أسئلة حول Ambetter from Coordinated Care Corporation، لديك الحق في الحصول على المساعدة والمعلومات الضرورية بلغتك من دون أية تكلفة. للتحدث مع مترجم اتصل بـ 1-877-687-1197 (TTY 711).
Punjabi:	ਜੇ ਤੁਹਾਡੇ, ਜਾਂ ਤੁਹਾਡੀ ਮਦਦ ਲੈ ਰਹੇ ਕਿਸੇ ਵਿਅਕਤੀ ਦੇ ਮਨ ਵਿਚ Ambetter from Coordinated Care Corporation ਦੇ ਬਾਰੇ ਕੋਈ ਸਵਾਲ ਹਨ. ਤਾਂ ਤੁਹਾਨੂੰ ਆਪਣੀ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿਚ ਮੁਫਤ ਮਦਦ ਲੈਣ ਦਾ ਪੂਰਾ ਹੱਕ ਹੈ। ਦੁਭਾਸ਼ੀਏ 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 ຫຼືຄົນທີ່ທ່ານກໍາລັງຊ່ວຍເຫຼືອ ມີຄໍາຖາມກ່ຽວກັບ Ambetter from Coordinated Care Corporation, ທ່ານມີສິດທີ່ຈະໄດ້ຮັບການຊ່ວຍເຫຼືອ ແລະຂໍ້ມູນຂ່າວສານທີ່ເປັນພາສາຂອງທ່ານ ໂດຍບໍ່ມີຄ່າໃຊ້ຈ່າຍ. ເພື່ອຈະເວົ້າກັບນາຍພາສາ ໃຫ້ໂທຫາ 1-877-687-1197 (TTY 711).

AMB16-WA-C-00076

Ambetter from Coordinated Care is underwritten by Coordinated Care Corporation. © 2022 Coordinated Care Corporation.
All rights reserved.

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. 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.

Ambetter from Coordinated Care está asegurada por Coordinated Care Corporation.
© 2022 Coordinated Care Corporation. Todos los derechos reservados