



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://www-es.ambetterofoklahoma.com/2023-brochures.html> o llamar al 1-833-492-0679 (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 1-833-492-0679 (TTY 711) para pedir una copia.

| Preguntas importantes | Respuestas | Por qué es importante: |
|---|---|--|
| ¿Cuánto es el deductible total? | Proveedores de la red : \$8,300 por individuo y \$16,600 por familia. Proveedor fuera de la red : \$20,000 por individuo y \$40,000 por familia. | En general, debe pagar todos los costos de los proveedores hasta la cantidad deductible antes de que este plan comience a pagar. Si tiene otros familiares en el plan , cada familiar debe satisfacer su propio deductible individual hasta que la cantidad total de gastos deductibles pagados por todos los familiares satisfagan el deductible familiar total. |
| ¿Hay servicios cubiertos antes de alcanzar su deductible ? | Sí. Visitas al consultorio para servicios de atención preventiva , especialista y de atención de urgencia , exámenes de la vista y anteojos para niños y medicamentos genéricos están cubiertos antes de que llegue a su deductible . | Este plan cubre algunos productos y servicios aunque aún no haya alcanzado la cantidad del deductible . 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 deductible . Consulte una lista de servicios preventivos cubiertos en https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/ |
| ¿Hay otros deductibles para servicios específicos? | No. | No debe pagar deductibles por servicios específicos. |
| ¿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. Para proveedor fuera de la red : No corresponde por individuo y No corresponde 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 proveedor dentro de la red? | Sí. https://ambetterofoklahoma.com/finda_doc o llame al 1-833-492-0679 (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 | \$40 Copago / visita; deducible no se aplica | 30% Coseguro | Las visitas de atención virtual sin límite recibidas de Telesalud de Ambetter están cubiertas sin ningún cargo, los proveedores están cubiertos en su totalidad, los deducibles no se aplican. |
| | Consulta con un especialista | \$90 Copago / visita; deducible no se aplica | 30% Coseguro | Cubierto sin límite. |
| | Atención preventiva/ evaluación/vacunas | Sin cargo; deducible no se aplica | 30% Coseguro; deducible no se aplica | 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) | \$50 Copago / prueba; deducible no se aplica 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 | 30% Coseguro para laboratorio y servicios profesionales 30% Coseguro para rayos X e imágenes de diagnóstico 30% Coseguro 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) | |
| | | rayos X en otros lugares de servicio | | |
| | Diagnóstico por imágenes (tomografía computarizada/tomografía por emisión de positrones, imágenes por resonancia magnética) | 50% 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://ambetteroklahoma.com/2023formulary . | Medicamentos genéricos (Nivel 1) | Vendedor genérico preferido: \$5 Copago / receta; deductible no se aplica Vendedor genérico: \$30 Copago / receta; deductible 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 3 veces la cantidad de venta al por menor. |
| | Medicamentos de marca preferidos (Nivel 2) | Al por menor: 50% Coseguro | 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 3x del precio de venta al por menor. |
| | Medicamentos de marca no preferidos (Nivel 3) | Al por menor: 50% Coseguro | 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: 50% Coseguro | No cubierto | Puede que sea necesaria una autorización previa. Los medicamentos con receta se proporcionan hasta 30 días al por menor y hasta 30 días por pedidos por correo. |
| Si le hacen una cirugía ambulatoria | Tarifa del centro (p. ej., centro de cirugía ambulatoria) | 50% Coseguro | 30% Coseguro | Puede que sea necesaria una autorización previa. Cubierto sin límite. |
| | Tarifas del médico/cirujano | 50% Coseguro | 30% Coseguro | 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 atención médica inmediata | <u>Atención en la Sala de Emergencias</u> | 50% Coseguro | 50% Coseguro | Cubierto sin límite. |
| | <u>Transporte médico de emergencia</u> | 50% Coseguro | 50% Coseguro | 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. |
| | <u>Atención de urgencia</u> | \$50 Copago / visita; deducible no se aplica | 30% Coseguro ; deducible no se aplica | Cubierto sin límite. |
| Si necesita hospitalización | Tarifa del centro (p. ej., habitación del hospital) | 50% Coseguro | 30% Coseguro | Puede que sea necesaria una autorización previa. Cubierto sin límite. |
| | Tarifas del médico/cirujano | 50% 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 | \$40 Copago / visita de oficina; deducible no se aplica; 50% Coseguro para los demás servicios como paciente ambulatorio | 30% Coseguro ; 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 | 50% Coseguro | 30% Coseguro | Puede que sea necesaria una autorización previa. Cubierto sin límite. |
| Si está embarazada | Visitas al consultorio | \$40 Copago / visita; deducible no se aplica | 30% Coseguro | 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 |

| 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 recuperación o tiene otras necesidades especiales de salud | Servicios profesionales para el nacimiento y el parto | 50% Coseguro | 30% Coseguro | incluir las pruebas y servicios descritos en otro sitio en el SBC (por ej. ecografía). |
| | Servicios hospitalarios para el nacimiento y el parto | 50% 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 deductible . La atención por maternidad puede incluir las pruebas y servicios descritos en otro sitio en el SBC (por ej. ecografía). |
| | Atención médica en el hogar | 50% Coseguro | 30% Coseguro | Puede que sea necesaria una autorización previa. Limitado a 30 visitas al año. |
| Si necesita servicios de recuperación o tiene otras necesidades especiales de salud | Servicios de rehabilitación | Paciente ambulatorio(a): 50% Coseguro Paciente hospitalizado(a): 50% Coseguro | Paciente ambulatorio(a): 30% Coseguro Paciente hospitalizado(a): 30% Coseguro | Paciente ambulatorio(a): Es posible que se requiera la autorización previa. Por año, se aplica un límite combinado de 25 visitas para terapia ocupacional, del habla y física. 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. Limitado a 30 días al año. Nota: Los límites no aplican cuando se proporcionan para un diagnóstico de trastornos de salud mental/de uso de substancias. |
| | Servicios de habilitación | Paciente ambulatorio(a): 50% Coseguro Paciente hospitalizado(a): 50% Coseguro | 30% Coseguro | Paciente ambulatorio(a): Podría requerirse autorización previa. Se aplica un límite de 25 visitas combinadas para fisioterapia, terapia del habla y ocupacional al año. Nota: Los límites no se aplican al suministrarse para un diagnóstico de trastorno de salud mental/consumo de sustancias. Paciente hospitalizado(a): |

| Circunstancia médica común | Servicios que podría necesitar | Lo que usted pagará | | Limitaciones, excepciones y otra información importante |
|---|--|--|--|--|
| | | Proveedor dentro de la red (Usted pagará el mínimo) | Proveedor fuera de la red (Usted pagará el máximo) | |
| Si su hijo necesita servicios dentales o de la vista | | | | Podría requerirse autorización previa. Con límite de 30 días al año. Nota: Sin límite al suministrarse para un diagnóstico de trastorno de salud mental/consumo de sustancias. |
| | <u>Atención de enfermería especializada</u> | 50% Coseguro | 30% Coseguro | Puede que sea necesaria una autorización previa. Limitado a 30 días al año. |
| | <u>Equipo médico duradero</u> | 50% Coseguro | 30% Coseguro | Puede que sea necesaria una autorización previa. Cubierto sin límite. |
| | <u>Servicios en un programa de cuidados paliativos</u> | 50% 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 | Cubierto hasta \$38.50; deducible no se aplica | Limitado a 1 visita al año. El examen de la vista de un proveedor fuera de la red está cubierto hasta \$38.50 |
| | Anteojos para niños | Sin costo; deducible no se aplica | Cubierto hasta \$50; deducible no se aplica | Limitado a 1 artículo al año. Marcos o lentes de contacto de proveedores fuera de la red están cubierto hasta \$50, consulte el programa para conocer el límite de lentes. |
| | 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 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 bariátrica
- Cirugía estética
- Cuidado que no es de emergencia al viajar fuera de Estado Unidos
- Programas de pérdida de peso
- Tratamiento de la infertilidad (Nota: Hay cobertura disponible para el diagnóstico y los servicios requeridos para corregir las causas médicas subyacentes de la infertilidad.)

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 artículo por oído cada 4 años.)
- Cuidado quiropráctico
- Cuidado rutinario de los pies
- Servicio de enfermería privada (Limitado a 85 días al año.)

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 of Oklahoma a 1-833-492-0679 (TTY 711); Oklahoma Insurance Department, 400 NE 50th St. Oklahoma City, OK 73105; Department of Labor's Employee Benefits Security Administration at 1-866-444-EBSA (3272); Health Options at 1-800-522-0071; 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: Oklahoma Insurance Department, 400 NE 50th St. Oklahoma City, OK 73105 Además un programa de ayuda al consumidor le puede ayudar a presentar su apelación. Póngase en contacto 800-522-0071

¿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 1-833-492-0679 (TTY 711).

Tagalog (Tagalog): Kung kailangan ninyo ang tulong sa Tagalog tumawag sa 1-833-492-0679 (TTY 711).

Chinese (中文): 如果需要中文的帮助, 请拨打这个号码 1-833-492-0679 (TTY 711).

Navajo (Dine): Dinek'ehgo shika at'ohwol ninisingo, kwijjigo holne' 1-833-492-0679 (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 deductible general del plan | \$8,300 |
| ■ Especialista copago | \$90 |
| ■ Hospital (establecimiento) coseguro | 50% |
| ■ Otro coseguro | 50% |

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 deductible general del plan | \$8,300 |
| ■ Especialista copago | \$90 |
| ■ Hospital (establecimiento) coseguro | 50% |
| ■ 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)

Fractura simple de Mia

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

| | |
|--|---------|
| ■ El deductible general del plan | \$8,300 |
| ■ Especialista copago | \$90 |
| ■ Hospital (establecimiento) coseguro | 50% |
| ■ 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

\$12,700

En este ejemplo, Peg pagaría:

| Costo compartidos | |
|------------------------------------|----------------|
| Deducibles | \$8,100 |
| Copagos | \$600 |
| Coseguro | \$0 |
| Lo que no está cubierto | |
| Límites o exclusiones | \$60 |
| El total que Peg pagaría es | \$8,760 |

Costo total del ejemplo

\$5,600

En este ejemplo, Joe pagaría:

| Costo compartidos | |
|------------------------------------|----------------|
| Deducibles | \$3,900 |
| Copagos | \$800 |
| Coseguro | \$0 |
| Lo que no está cubierto | |
| Límites o exclusiones | \$20 |
| El total que Joe pagaría es | \$4,720 |

Costo total del ejemplo

\$2,800

En este ejemplo, Mia pagaría:

| Costo compartidos | |
|------------------------------------|----------------|
| Deducibles | \$2,500 |
| Copagos | \$300 |
| Coseguro | \$0 |
| Lo que no está cubierto | |
| Límites o exclusiones | \$0 |
| El total que Mia pagaría es | \$2,800 |

Spanish: Si usted, o alguien a quien está ayudando, tiene preguntas acerca de Ambetter of Oklahoma, tiene derecho a obtener ayuda e información en su idioma sin costo alguno. Para hablar con un intérprete, llame al 1-833-492-0679 (TTY 711).

Vietnamese: Nếu quý vị, hay người mà quý vị đang giúp đỡ, có câu hỏi về Ambetter of Oklahoma , 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 1-833-492-0679 (TTY 711).

Chinese: 如果您，或是您正在協助的對象，有關於 Ambetter of Oklahoma 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 1-833-492-0679 (TTY 711)。

Korean: 만약 귀하 또는 귀하가 돋고 있는 어떤 사람이 Ambetter of Oklahoma에 관해서 질문이 있다면 그러한 도움과 정보를 귀하의 언어로 비용 부담없이 얻을 수 있는 권리가 있습니다. 그렇게 통역사와 얘기하기 위해서는 1-833-492-0679 (TTY 711)번으로 전화하십시오.

German: Falls Sie oder jemand, dem Sie helfen, Fragen zu Ambetter of Oklahoma 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 1-833-492-0679 (TTY 711) an.

Arabic: إذا كان لديك أو لدى شخص تساعده أسلمة حول Ambetter of Oklahoma، لديك الحق في الحصول على المساعدة والمعلومات الضرورية بلغتك من دون آية تكلفة. للتحدث مع مترجم اتصل بـ 1-0679-492-833 (TTY 711).

Burmese: သင် သိမဟုတ် သင်ကူညီပေးနေသော တစ်ယောက်ယောက်တွင် Ambetter of Oklahoma နှင့် ပက်သက်ပြီး မေးမြန်လိုသည်များ ရှိလျှင် အကူအညီ နှင့် အချက်အလက်များကို သင့်ဘာသာစကားဖြင့် အဆဲ ရယူပိုင်ခွင့် သင့်တွင် ရှိပါသည်။ စကားပြန်တစ်ယောက် နှင့် ပြောဆိုနိုင် 1-833-492-0679 (TTY 711) ကို ဖုန်းဆက်ပါ။

Hmong: Yog koj, los yog ib tug neeg uas koj pab ntawd, muaj lus nug txog Ambetter of Oklahoma koj muaj cai tau txais tej ntub ntawv no sau ua koj hom lus pub dawb rau koi. Yog koj xav nrog ib tug neeg txhais lus tham, hu rau 1-833-492-0679 (TTY 711)

Tagalog: Kung ikaw, o ang iyong tinutulangan, ay may mga katanungan tungkol sa Ambetter of Oklahoma, may karapatan ka na makakuha ng tulong at impormasyon sa iyong wika nang walang gastos. Upang makausap ang isang tagasalin, tumawag sa 1-833-492-0679 (TTY 711).

French: Si vous-même ou une personne que vous aidez avez des questions à propos d'Ambetter of Oklahoma, vous avez le droit de bénéficier gratuitement d'aide et d'informations dans votre langue. Pour parler à un interprète, appelez le 1-833-492-0679 (TTY 711).

Laotion: ຖ້າທ່ານ ຫຼືອືນທໍ່ທ່ານກໍາງໝ່ວງຊ່ວຍລະຫຼີໂຮມ ມີຄ່າຖາມກໍາງວັນກັບ Ambetter of Oklahoma, ທ່ານມີສິດທິ່ລະໄດ້ຮັບການຊ່ວຍລະຫຼີອອະນະຂໍ້ມູນຂ່າວສານທີ່ປັນພາສາຂອງທ່ານ ໂດຍບໍ່ມີຄ່າໃຈລ່າງ. ແດ້ລະດັ່ງກັບນາມພາວີ ໃຫ້ໂທຫາ 1-833-492-0679 (TTY 711).

Thai: หากท่านหรือผู้ที่ท่านให้ความช่วยเหลืออยู่ในขณะนี้มีความกังวลเรื่อง Ambetter of Oklahoma ทำมายังไงที่จะได้รับความช่วยเหลือและข้อมูลในภาษาของท่าน โดยไม่เสียค่าใช้จ่ายใด ๆ ทั้งสิ้น หากต้องการใช้บริการล่าม กรุณาโทรศัพท์ติดต่อที่หมายเลข 1-833-492-0679 (TTY 711).

Urdu: اگر Ambetter of Oklahoma کے بارے میں آپ کے، یا جن کی آپ مدد کر رہے ہیں، ان کے سوالات پہون تو، آپ کو اپنی زبان میں مفت مدد اور معلومات حاصل کرنے کا حق ہے۔ کسی مترجم سے بات کرنے کے لئے 1-833-492-0679 (TTY 711) پر کال کریں۔

Cherokee: हାମ୍ ଦୋ' ଅକ୍ଷରକୁଁ ଓ ଦ୍ୱାରାକୁଁ EG.S03 Ambetter of Oklahoma, VG ଦୋ' Rକ୍ଷଣ୍ଟ ଦୋ' RGZକ୍ଷେତ୍ର କ୍ଷେତ୍ର
Cିନ୍ହ ମନ୍ତ୍ରି ଲେଖିବାରେ ଏକ ପରିବାରକୁଁ 1-833-492-0679 (TTY 711)

Persian: کسی که به او مکم می کند سوالی در مورد Ambetter of Oklahoma دارد، از این حق برخوردارید که مکم و اطلاعات را بصورت رایگان به زبان خود دریافت کنید. برای مذاقه همراه با شماره ۱۷۷۶-۰۶۷۹-۴۹۲-۸۳۲ (TTV 711) مراجعه نمایید.

سینئریوں پر اپنے سیکھیاں کیا جائیں۔ (111) 111-887-9492-833-1 (111) 111-887-9492-833-1 (111) 111-887-9492-833-1

Declaración de no discriminación

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

Ambetter of Oklahoma:

- 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 of Oklahoma 1-833-492-0679 (TTY 711).

Si cree que Ambetter of Oklahoma 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 of Oklahoma, Appeals and Grievances, PO Box 10341 Van Nuys CA, 91410, 1-833-492-0679 (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 of Oklahoma 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>.