



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/2024-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 <u>deducible</u> 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 <u>plan</u> .                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| ¿Hay servicios cubiertos antes de alcanzar su <u>deducible</u> ?            | Sí. Visitas al consultorio para servicios de <u>atención preventiva</u> , atención primaria, trastornos de salud mental/uso de sustancia (MH/SUD), <u>especialista</u> y de <u>atención de urgencia</u> ; exámenes de la vista y anteojos para niños; medicamentos genéricos y de marca preferida están cubiertos antes de que llegue a su <u>deducible</u> . | Este <u>plan</u> cubre algunos artículos y servicios incluso si todavía no llega al monto del <u>deducible</u> , pero podría aplicarse un <u>copago</u> o <u>coseguro</u> . Por ejemplo, este <u>plan</u> cubre ciertos <u>servicios preventivos</u> sin <u>costos compartidos</u> y antes de que llegue a su <u>deducible</u> . Vea la lista de los <u>servicios preventivos</u> cubiertos en <a href="https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/">https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/</a> . |
| ¿Hay otros <u>deducibles</u> para servicios específicos?                    | Sí, \$3,800 persona / \$7,600 familia para cobertura de medicamentos de venta con receta. No hay ningún otro <u>deducible</u> específico.                                                                                                                                                                                                                     | Antes de que este <u>plan</u> empiece a pagar por estos servicios, usted debe pagar todos los costos de estos servicios hasta la cantidad del <u>deducible</u> específico.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| ¿Cuánto es el <u>límite de gastos de bolsillo</u> para este <u>plan</u> ?   | Para <u>proveedores de la red</u> , \$9,250 por individuo y \$18,500 por familia. No, es aplicable a los <u>proveedores fuera de la red</u> .                                                                                                                                                                                                                 | El <u>límite de gastos de bolsillo</u> es lo máximo que puede pagar en un año por servicios cubiertos. Si tiene otros familiares en este <u>plan</u> , ellos tienen que satisfacer sus propios <u>límite de gastos de bolsillo</u> hasta que se haya satisfecho el <u>límite de gastos de bolsillo</u> familiar total.                                                                                                                                                                                                                     |
| ¿Qué es lo que no está incluido en el <u>límite de gastos de bolsillo</u> ? | <u>Primas</u> , <u>facturación de saldo</u> , atención médica que este <u>plan</u> no cubre, costos por servicios no cubiertos y servicios proporcionados por <u>proveedores fuera de la red</u> .                                                                                                                                                            | Aunque pague estos gastos, no cuentan para el <u>límite de gastos del bolsillo</u> .                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |

|                                                                             |                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
|-----------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ¿Pagará menos si acude a un <u>proveedor dentro de la red</u> ?             | 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 <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 | \$45 <u>Copago</u> / visita                                                                                                                                                                                                                                                | No cubierto                                        | Las Consultas de Atención Virtuales Ilimitadas, disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana, que reciba por parte de proveedores de la <u>red</u> de Ambetter están cubiertas Sin Cargo, los proveedores cuentan con cobertura completa y.                                                                                      |
|                                                        | Consulta con un <u>especialista</u>                                           | \$115 <u>Copago</u> / visita                                                                                                                                                                                                                                               | No cubierto                                        | Cubierto sin límite.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|                                                        | <u>Atención preventiva/ evaluación</u> /vacunas                               | Sin cargo                                                                                                                                                                                                                                                                  | 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)             | \$60 <u>Copago</u> / visita para laboratorio y servicios profesionales<br>50% <u>Coseguro</u> para rayos X e imágenes de diagnóstico<br>50% <u>Coseguro</u> 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 (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% <a href="#">Coseguro</a>                                                                                                    | 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 <a href="https://ambetter.co/ordinatedcarehealth.com/2024formula ry">cobertura de medicamentos con receta médica</a> en <a href="https://ambetter.co/ordinatedcarehealth.com/2024formula ry">https://ambetter.co/ordinatedcarehealth.com/2024formula ry</a> . | Medicamentos genéricos (Nivel1)                                                                                              | Vendedor genérico preferido: \$3 <a href="#">Copago</a> / receta<br><br>Vendedor genérico: \$35 <a href="#">Copago</a> / 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 <a href="#">costo compartido</a> de 2.5 veces la cantidad de venta al por menor.                                                                                                                                                                      |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | Medicamentos de marca preferidos (Nivel 2)                                                                                   | Al por menor: \$195 <a href="#">Copago</a> / receta                                                                             | No cubierto                                        | Puede que sea necesaria una autorización previa. Los <a href="#">medicamentos con receta</a> 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 <a href="#">costo compartido</a> de 2.5x del precio de venta al por menor.                                                                                                                                                                                        |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | Medicamentos de marca no preferidos (Nivel 3)                                                                                | Al por menor: \$250 <a href="#">Copago</a> / receta; sujeto al <a href="#">deducible</a> de medicamentos Rx                     | No cubierto                                        | Puede que sea necesaria una autorización previa. Los <a href="#">medicamentos con receta</a> 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 <a href="#">costo compartido</a> de 2.5x del precio de venta al por menor. <a href="#">Deducible</a> de \$3,800 persona / \$7,600 familia por fármaco de venta con receta por marca preferida, marca no preferida y <a href="#">medicamentos especializados</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)                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
|                                       | <a href="#">Medicamentos de especialidad</a> (Nivel 4)    | Al por menor: 50% <a href="#">Coseguro</a> ; sujeto al <a href="#">deducible</a> de medicamentos Rx                                                          | No cubierto                                                                                                                                                  | Puede que sea necesaria una autorización previa. Los <a href="#">medicamentos con receta</a> se proporcionan hasta 30 días al por menor y hasta 30 días por pedidos por correo. <a href="#">Deducible</a> de \$3,800 persona / \$7,600 familia por fármaco de venta con receta por marca preferida, marca no preferida y <a href="#">medicamentos especializados</a> .                                                                                |
| Si le hacen una cirugía ambulatoria   | Tarifa del centro (p. ej., centro de cirugía ambulatoria) | 50% <a href="#">Coseguro</a>                                                                                                                                 | No cubierto                                                                                                                                                  | Puede que sea necesaria una autorización previa. Cubierto sin límite.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|                                       | Tarifas del médico/cirujano                               | 50% <a href="#">Coseguro</a>                                                                                                                                 | No cubierto                                                                                                                                                  | Puede que sea necesaria una autorización previa. Cubierto sin límite.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| Si necesita atención médica inmediata | <a href="#">Atención en la Sala de Emergencias</a>        | \$2500 <a href="#">Copago</a> / visita (\$1250 <a href="#">Copago</a> / visita por centro; \$1250 <a href="#">Copago</a> / visita por honorarios del médico) | \$2500 <a href="#">Copago</a> / visita (\$1250 <a href="#">Copago</a> / visita por centro; \$1250 <a href="#">Copago</a> / visita por honorarios del médico) | 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</a> en la <a href="#">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). |
|                                       | <a href="#">Transporte médico de emergencia</a>           | 50% <a href="#">Coseguro</a>                                                                                                                                 | 50% <a href="#">Coseguro</a>                                                                                                                                 | 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.                                                                                                                                                                                                                                                               |
|                                       | <a href="#">Atención de urgencia</a>                      | \$60 <a href="#">Copago</a> / visita                                                                                                                         | No cubierto                                                                                                                                                  | Cubierto sin límite.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| Si necesita hospitalización           | Tarifa del centro (p. ej., habitación del hospital)       | \$3000 <a href="#">Copago</a> / 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) |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| <b>Si necesita servicios de salud mental, salud conductual o de abuso de sustancias</b> | Servicios para pacientes ambulatorios                 | Visita al consultorio: \$45 <a href="#">Copago</a> / visita; Para otros servicios ambulatorios: 50% <a href="#">Coseguro</a> | No cubierto                                        | Puede requerirse autorización previa. Sin Límite de Cobertura. (Las consultas con el <a href="#">Proveedor</a> de Cuidado Primario (PCP) y otras visitas al consultorio del médico no requieren autorización previa).                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|                                                                                         | Servicios para pacientes hospitalizados               | \$3000 <a href="#">Copago</a> / día                                                                                          | No cubierto                                        | Puede que sea necesaria una autorización previa. Cubierto sin límite.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| <b>Si está embarazada</b>                                                               | Visitas al consultorio                                | \$45 <a href="#">Copago</a> / 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, <a href="#">deducible</a> o <a href="#">copago</a> . 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 <a href="#">costos compartidos</a> no se aplican a los <a href="#">servicios preventivos</a> . |
|                                                                                         | Servicios profesionales para el nacimiento y el parto | Sin cargo                                                                                                                    | No cubierto                                        | Podría requerirse autorización previa. Dependiendo del tipo de servicios, puede aplicarse el <a href="#">copago</a> , coaseguro o <a href="#">deducible</a> .                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
|                                                                                         | Servicios hospitalarios para el nacimiento y el parto | \$3000 <a href="#">Copago</a> / día                                                                                          | No cubierto                                        | 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 <a href="#">costos compartidos</a> no se aplican a los <a href="#">servicios preventivos</a> .                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
|                                                                                         | <a href="#">Atención médica en el hogar</a>           | 50% <a href="#">Coseguro</a>                                                                                                 | No cubierto                                        | Puede que sea necesaria una autorización previa. Limitado a 130 visitas al año.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
|                                                                                         | <a href="#">Servicios de rehabilitación</a>           | Paciente ambulatorio(a): 50% <a href="#">Coseguro</a> ;<br>Paciente hospitalizado(a): \$3000 <a href="#">Copago</a> / día    | No cubierto                                        | Paciente ambulatorio(a): 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                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |

| 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 |                                                                 |                                                                                                                         |                                                    | aplican cuando el servicio se presta en casos de diagnóstico por trastornos de la salud mental o por consumo de drogas.<br>Paciente hospitalizado(a):<br>Es posible que se exija una autorización previa. Se limita a 30 días de <a href="#">hospitalización</a> 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.                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|                                                                                     | <a href="#">Servicios de rehabilitación</a>                     | Paciente ambulatorio(a): 50% <a href="#">Coseguro</a><br>Paciente hospitalizado(a): \$3000 <a href="#">Copago</a> / día | No cubierto                                        | Paciente ambulatorio(a): 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 rehabilitación no se aplican cuando el servicio se presta en casos de diagnóstico por trastornos de la salud mental o por consumo de drogas.<br>Paciente hospitalizado(a):<br>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 rehabilitación 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>            | \$3000 <a href="#">Copago</a> / día                                                                                     | No cubierto                                        | Puede que sea necesaria una autorización previa. Limitado a 60 días al año.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
|                                                                                     | <a href="#">Equipo médico duradero</a>                          | 50% <a href="#">Coseguro</a>                                                                                            | No cubierto                                        | Puede que sea necesaria una autorización previa. Cubierto sin límite.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
|                                                                                     | <a href="#">Servicios en un programa de cuidados paliativos</a> | 50% <a href="#">Coseguro</a>                                                                                            | 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.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |

| 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) |                                                                                                                                          |
| <b>Si su hijo necesita servicios dentales o de la vista</b> | 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 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:

|                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                            |  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| <b>Servicios que su <a href="#">Plan</a>, por lo general, NO cubre (consulte la póliza o documento del <a href="#">plan</a> para obtener más información y una lista de otros <a href="#">servicios excluidos</a>).</b>                                                         |                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                            |  |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>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.)</li> <li>Atención de la vista de rutina (adulto)</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>Atención dental</li> <li>Cirugía bariátrica</li> <li>Cirugía estética</li> </ul>                                                                                                                     | <ul style="list-style-type: none"> <li>Cuidado que no es de emergencia al viajar fuera de Estados Unidos</li> <li>Programas de pérdida de peso</li> <li>Servicio de enfermería privada</li> </ul>                                          |  |
| <b>Otros servicios cubiertos (es posible que se apliquen limitaciones a estos servicios. Esta no es una lista completa. Consulte el documento del <a href="#">plan</a>.)</b>                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                            |  |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>Aborto</li> <li>Acupuntura (Limitado a 12 visitas al año. Nota: las visitas son ilimitadas para tratamiento de dependencia química.)</li> </ul>                                                                                          | <ul style="list-style-type: none"> <li>Audífonos (Cubierto para implantes cocleares y audífonos anclados en el hueso (BAHA, por sus siglas en inglés) solamente.)</li> <li>Cuidado quiropráctico (Limitado a 10 visitas al año.)</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>Cuidado rutinario de los pies</li> <li>Tratamiento de la infertilidad (Limitado a los servicios para <a href="#">pruebas de diagnóstico</a> para averiguar la causa de la infertilidad.)</li> </ul> |  |

**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](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, kwijijigo 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> | \$0    |
| ■ <a href="#">Especialista copayment</a>                        | \$115  |
| ■ Hospital (establecimiento) <a href="#">copago</a>             | \$3000 |
| ■ Otro <a href="#">coseguro</a>                                 | 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*)

|                         |          |
|-------------------------|----------|
| Costo total del ejemplo | \$12,700 |
|-------------------------|----------|

En este ejemplo, Peg pagaría:

| Costo compartidos                  |                |
|------------------------------------|----------------|
| <a href="#">Deducibles*</a>        | \$10           |
| <a href="#">Copagos</a>            | \$3,600        |
| <a href="#">Coseguro</a>           | \$200          |
| Lo que no está cubierto            |                |
| Límites o exclusiones              | \$60           |
| <b>El total que Peg pagaría es</b> | <b>\$3,870</b> |

### 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> | \$0    |
| ■ <a href="#">Especialista copago</a>                           | \$115  |
| ■ Hospital (establecimiento) <a href="#">copago</a>             | \$3000 |
| ■ Otro <a href="#">coseguro</a>                                 | 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                  |                |
|------------------------------------|----------------|
| <a href="#">Deducibles*</a>        | \$3,500        |
| <a href="#">Copagos</a>            | \$700          |
| <a href="#">Coseguro</a>           | \$400          |
| Lo que no está cubierto            |                |
| Límites o exclusiones              | \$20           |
| <b>El total que Joe pagaría es</b> | <b>\$4,620</b> |

### 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> | \$0    |
| ■ <a href="#">Especialista copago</a>                           | \$115  |
| ■ Hospital (establecimiento) <a href="#">copago</a>             | \$3000 |
| ■ Otro <a href="#">coseguro</a>                                 | 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                  |                |
|------------------------------------|----------------|
| <a href="#">Deducibles*</a>        | \$10           |
| <a href="#">Copagos</a>            | \$1,100        |
| <a href="#">Coseguro</a>           | \$800          |
| Lo que no está cubierto            |                |
| Límites o exclusiones              | \$0            |
| <b>El total que Mia pagaría es</b> | <b>\$1,910</b> |

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

El [plan](#) sería responsable de los demás costos por estos servicios cubiertos en este EJEMPLO.

|                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>English:</b>              | If you, or someone you are helping, have questions about Ambetter from Coordinated Care Corporation, and are not proficient in English, you have the right to get help and information in your language at no cost and in a timely manner. If you, or someone you are helping, have an auditory and/or visual condition that impedes communication, you have the right to receive auxiliary aids and services at no cost and in a timely manner. To receive translation or auxiliary services, please contact Member Services at 1-877-687-1197 (TTY 711).                                                                                                                          |
| <b>Spanish:</b>              | Si usted, o alguien a quien está ayudando, tiene preguntas acerca de Ambetter de Coordinated Care Corporation y no domina el inglés, tiene derecho a obtener ayuda e información en su idioma sin costo alguno y de manera oportuna. Si usted, o alguien a quien está ayudando, tiene un impedimento auditivo o visual que le dificulta la comunicación, tiene derecho a recibir ayuda y servicios auxiliares sin costo alguno y de manera oportuna. Para recibir servicios auxiliares o de traducción, comuníquese con Servicios para Miembros al 1-877-687-1197 (TTY 711).                                                                                                        |
| <b>Chinese:</b>              | 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，且不精通英語，您有權利免費並及時以您的母語獲幫助和訊息。如果您，或您正在協助的對象有聽力和/或視力上的問題，阻礙了溝通，您有權利免費並及時獲得輔助支援與服務。若要取得翻譯或輔助服務，請聯絡會員服務部，電話是 1-877-687-1197 (TTY 711)。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| <b>Vietnamese:</b>           | Nếu quý vị hoặc người mà quý vị đang giúp đỡ có câu hỏi về Ambetter from Coordinated Care Corporation và không thành thạo tiếng Anh, quý vị có quyền được trợ giúp và nhận thông tin bằng ngôn ngữ của mình miễn phí và kịp thời. Nếu quý vị hoặc người mà quý vị đang giúp đỡ mắc bệnh về thính giác và/hoặc thị giác gây cản trở giao tiếp, quý vị có quyền được nhận các hỗ trợ và dịch vụ phụ trợ miễn phí và kịp thời. Để nhận dịch vụ thông dịch hoặc dịch vụ phụ trợ, vui lòng liên hệ bộ phận Dịch Vụ Thành Viên theo số 1-877-687-1197 (TTY 711).                                                                                                                          |
| <b>Korean:</b>               | 귀하 또는 귀하의 도움을 받는 분이 Ambetter from Coordinated Care Corporation에 대한 질문이 있는 경우 영어에 능숙하지 않으시면 해당 언어로 시의적절하게 무료 지원과 정보를 받을 권리가 있습니다. 귀하 또는 귀하의 도움을 받는 분이 청각 및/또는 시각적으로 의사소통에 장애가 있는 경우 시의적절하게 무료 보조 도구 및 서비스를 받을 권리가 있습니다. 번역 또는 보조 서비스를 받으시려면 1-877-687-1197(TTY 711)번으로가입자 서비스부에 연락해주시시오.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| <b>Russian:</b>              | Если у вас или у лица, которому вы помогаете, возникли какие-либо вопросы о программе страхования Ambetter from Coordinated Care Corporation, при этом вы недостаточно хорошо владеете английским языком, вы имеете право на бесплатную и своевременную помощь и информацию на своем родном языке. Если у вас или у лица, которому вы помогаете, наблюдается какое-либо нарушение слуха и/или зрения, которое препятствует коммуникации, вы имеете право на бесплатные и своевременные вспомогательные услуги и помощь. Для получения услуг перевода или вспомогательных услуг обратитесь в отдел обслуживания участников программы страхования по номеру 1-877-687-1197 (TTY 711). |
| <b>Tagalog:</b>              | Kung ikaw, o ang iyong tinutulongan, ay may mga katanungan tungkol sa Ambetter from Coordinated Care Corporation, at hindi ka mahusay sa Ingles, may karapatan ka na makakuha ng tulong at impormasyon sa iyong wika nang walang gastos at sa maagap na paraan. Kung ikaw, o ang iyong tinutulongan, ay may kondisyon sa pandinig at/o paningin na nakakaapekto sa komunikasyon, may karapatan kang makatanggap ng mga karagdagang tulong at serbisyo nang walang gastos at sa maagap na paraan. Para makatanggap ng mga serbisyo sa pagsasalin o mga karagdagang serbisyo, mangyaring makipag-ugnayan sa Mga Serbisyo para sa Miyembro sa 1-877-687-1197 (TTY 711).                |
| <b>Ukrainian:</b>            | Якщо у вас або особи, якій ви допомагаєте, виникли запитання щодо плану Ambetter from Coordinated Care Corporation, але ви чи ця особа не володієте англійською мовою, ви маєте право отримати допомогу та інформацію своєю мовою безкоштовно й своєчасно. Якщо у вас або особи, якій ви допомагаєте, є вади слуху або зору, які заважають спілкуванню, ви маєте право отримати допоміжні засоби та послуги безкоштовно й своєчасно. Щоб отримати переклад або додаткові послуги, зв'яжіться зі Службою обслуговування учасників за номером 1-877-687-1197 (TTY 711).                                                                                                               |
| <b>Mon-Khmer, Cambodian:</b> | ប្រសិនបើអ្នក ឬនរណាម្នាក់ដែលអ្នកកំពុងជួយ មានសំណួរអំពី Ambetter from Coordinated Care Corporation ហើយមិនមានភាពស្មោះត្រង់នាពេលក្នុងការប្រើភាសាដទៃ អ្នកមានសិទ្ធិទទួលបានជំនួយ និងព័ត៌មានជាភាសារបស់អ្នកដោយឥតគិតថ្លៃ និងទៅតាមពេលវេលាសមស្រប។ ប្រសិនបើអ្នក ឬនរណាម្នាក់ដែលអ្នកកំពុងជួយ មានបញ្ហាភ្នែក ឬឱស្សនស្រាប័នដែលរារាំងដល់ការទំនាក់ទំនង អ្នកមានសិទ្ធិទទួលបានជំនួយ និងសេវាកម្មចាំបាច់នានាដោយឥតគិតថ្លៃ និងក្នុងពេលវេលាសមស្រប។ ដើម្បីទទួលបានសេវាកម្មឬកម្រិត ឬសេវាកម្មចាំបាច់នានា សូមទាក់ទង សេវាកម្មសមាជិក តាមរយៈលេខ 1-877-687-1197 (TTY 711)។                                                                                                                                                |
| <b>Japanese:</b>             | ご自身やあなたが介護している他の人が、Ambetter from Coordinated Care Corporationについてご質問をお持ちの場合、英語に自信がなくても無料かつタイムリーにご希望の言語でヘルプや情報を得ることができます。ご自身や、あなたが介護している他の人の聴覚や視覚の状態のためやり取りが難しい場合でも、無料かつタイムリーに補助サービスを受けることができます。翻訳や補助サービスを受けるには、1-877-687-1197 (TTY 711)のメンバーサービスにご連絡ください。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| <b>Amharic:</b>              | እርስዎ ወይም ሌላ የሚያግዙት ሰው፣ ስለ Ambetter from Coordinated Care Corporation ጥያቄ ካለዎት እና እንግሊዝኛ ብቁ ካልሆኑ፣ የለምንም ወጪ እና በጊዜው በቋንቋዎ እርዳታ እና መረጃ የማግኘት መብት አለዎት። እርስዎ ወይም ሌላ የሚያግዙት ሰው፣ ግንኙነትን የሚያደናቅፍ የመስማት እና/ወይም የእይታ ችግር ካልዎት፣ ኢፓዥ እርዳታዎችን እና አገልግሎቶችን ያለ ምንም ወጪ እና በጊዜው የመቀበል መብት አለዎት። የትርጉም ወይም ረዳት አገልግሎቶችን ለማግኘት እባክዎ በ 1-877-687-1197 (TTY 711) የአባል አገልግሎቶች ን ያናግሩ።                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |

|          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
|----------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Cushite: | Isin, ykn namni biraa isin gargaartan, Ambetter from Coordinated Care Corporation gaaffii qabdu yoo ta'ee fiAfaan Ingiliffaa hin beektanu taanan, yeroodhaan afaan barbaaddaniin kaffaltii tokko malee odeeffannoo barbaaddan argachuudhaaf mirga qabdu. Isin, ykn namni isin gargaartan, rakkoo dhageettii fi/ykn agartii kan haasaa keessan irratti dhiibbaa qabu qabdu taanan, gargaarsa dhageettii argachuu fi tajaajiloota kaffaltii malee argachuudhaaf mirga qabdu. Tajaajiloota hiikkaa afaanii fi dhageettii argachuudhaaf, maaloo Tajaajiloota Maamilaa karaa 1-877-687-1197 (TTY 711)qunnamaa.                  |
| Arabic:  | إذا كان لديك أو لدى شخص تساعد أسئلة حول Ambetter from Coordinated Care Corporation، ولم تكن بارعًا باللغة الإنكليزية، فلدليك الحق في الحصول على المساعدة والمعلومات بلغتك من دون أي تكلفة وفي الوقت المناسب. إذا كنت أنت أو أي شخص تساعد تعاني من حالة سمعية و/أو بصرية تعيق التواصل، فلدليك الحق في تلقي مساعدات وخدمات إضافية من دون أي تكلفة وفي الوقت المناسب. لتلقي خدمات الترجمة أو خدمات إضافية، يرجى الاتصال بخدمات الأعضاء على 1-877-687-1197 (TTY 711).                                                                                                                                                          |
| Panjabi: | ਜੇ ਤੁਸੀਂ, ਜਾਂ ਤੁਹਾਡੇ ਦੁਆਰਾ ਮਦਦ ਕੀਤੇ ਜਾਣ ਵਾਲੇ ਕਿਸੇ ਵਿਅਕਤੀ ਦੇ Ambetter from Coordinated Care Corporation ਬਾਰੇ ਕੋਈ ਸਵਾਲ ਹਨ, ਅਤੇ ਤੁਸੀਂ ਅੰਗਰੇਜ਼ੀ ਵਿੱਚ ਮੁਹਾਰਤ ਨਹੀਂ ਰੱਖਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਤੁਹਾਨੂੰ ਆਪਣੀ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਬਿਨਾਂ ਕਿਸੇ ਕੀਮਤ ਦੇ ਅਤੇ ਸਮੇਂ ਸਿਰ ਮਦਦ ਅਤੇ ਜਾਣਕਾਰੀ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰਨ ਦਾ ਅਧਿਕਾਰ ਹੈ। ਜੇ ਤੁਹਾਨੂੰ, ਜਾਂ ਤੁਹਾਡੇ ਦੁਆਰਾ ਮਦਦ ਕੀਤੇ ਜਾਣ ਵਾਲੇ ਕਿਸੇ ਵਿਅਕਤੀ ਨੂੰ ਸੁਣਨ ਅਤੇ/ਜਾਂ ਦੇਖਣ ਸੰਬੰਧੀ ਕੋਈ ਸਮੱਸਿਆ ਹੈ, ਜੋ ਸੰਚਾਰ ਵਿੱਚ ਰੁਕਾਵਟ ਪਾਉਂਦੀ ਹੈ, ਤਾਂ ਤੁਹਾਨੂੰ ਬਿਨਾਂ ਕਿਸੇ ਕੀਮਤ ਅਤੇ ਸਮੇਂ ਸਿਰ ਸਹਾਇਕ ਸਹਾਇਤਾ ਅਤੇ ਸੇਵਾਵਾਂ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰਨ ਦਾ ਅਧਿਕਾਰ ਹੈ। ਅਨੁਵਾਦ ਜਾਂ ਸਹਾਇਕ ਸੇਵਾਵਾਂ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰਨ ਲਈ, ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ 1-877-687-1197 (TTY 711) 'ਤੇ ਮੈਂਬਰ ਸੇਵਾਵਾਂ ਨਾਲ ਸੰਪਰਕ ਕਰੋ। |
| German:  | Falls Sie oder jemand, dem Sie helfen, Fragen zu Ambetter from Coordinated Care Corporation hat und nicht Englisch spricht, haben Sie das Recht, kostenlos und zeitnah Hilfe und Informationen in Ihrer Sprache zu erhalten. Falls Sie oder jemand, dem Sie helfen, eine Hör- und/oder Sehbeeinträchtigung hat, die die Kommunikation beeinflusst, haben Sie das Recht, kostenlos und zeitnah zusätzliche Hilfe und Dienstleistungen zu erhalten. Um eine Übersetzung oder zusätzliche Dienstleistungen zu erhalten, wenden Sie sich an den Kundendienst unter 1-877-687-1197 (TTY 711).                                   |
| Laotian: | ຖ້າຫາກທ່ານ ຫຼື ຜູ້ໃດຜູ້ໜຶ່ງທີ່ທ່ານກຳລັງໃຫ້ການຊ່ວຍເຫຼືອ, ມີຄຳຖາມກ່ຽວກັບ Ambetter from Coordinated Care Corporation, ແລະ ບໍ່ຊ່ຽວຊານພາສາອັງກິດ, ທ່ານມີສິດໄດ້ຮັບການຊ່ວຍເຫຼືອ ແລະ ຂໍ້ມູນທີ່ເປັນພາສາຂອງທ່ານໂດຍບໍ່ມີຄ່າໃຊ້ຈ່າຍ ແລະ ທັນເວລາ. ຖ້າຫາກທ່ານ ຫຼື ຜູ້ໃດຜູ້ໜຶ່ງທີ່ທ່ານກຳລັງໃຫ້ການຊ່ວຍເຫຼືອ, ມີສະພາບທາງການໄດ້ຍິນ ແລະ/ຫຼື ການເບິ່ງເຫັນທີ່ຂັດຂວາງການສື່ສານ, ທ່ານມີສິດໄດ້ຮັບການຊ່ວຍເຫຼືອ ແລະ ການບໍລິການເສີມໂດຍບໍ່ມີຄ່າໃຊ້ຈ່າຍ ແລະ ທັນເວລາ. ເພື່ອໃຫ້ໄດ້ຮັບການບໍລິການແປພາສາ ຫຼື ບໍລິການເສີມ, ກະລຸນາຕິດຕໍ່ຫາ Member Services (ການບໍລິການສະມາຊິກ) ໄດ້ທີ 1-877-687-1197 (TTY 711).                                                 |

## Declaración de No Discriminación

Ambetter de Coordinated Care Corporation cumple con las leyes de derechos civiles aplicables tanto Federales como del estado de Washington y no discrimina por motivos de raza, color de piel, nacionalidad de origen, edad, discapacidad o sexo, identidad de género o identidad sexual. Ambetter de Coordinated Care no excluye ni trata a las personas de manera diferente por su raza, color de piel, nacionalidad de origen, edad, discapacidad, sexo, identidad de género u orientación sexual.

Ambetter de Coordinated Care:

- Proporciona asistencia y servicios gratuitos a personas con discapacidades para que se comuniquen de manera eficaz con nosotros, como los siguientes:
  - Intérpretes de lengua de señas calificados
  - Información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos)
- Proporciona servicios lingüísticos a personas cuya lengua materna no es el inglés, como los siguientes:
  - Intérpretes calificados
  - Información escrita en otros idiomas

Si necesita estos servicios, llame a Ambetter de Coordinated Care al 1-877-687-1197 (TTY 711).

Si considera que Ambetter de Coordinated Care no brindó estos servicios o lo discriminó por motivos de raza, color de piel, nacionalidad de origen, edad, discapacidad o sexo, identidad de género u orientación sexual, puede presentar una queja a: Ambetter de Coordinated Care, Grievance Department, 1145 Broadway, Suite 700, Tacoma, WA 98402, 1-877-687-1197 (TTY 711), Fax 1-855-218-0588. Puede presentar una queja por correo, fax o correo electrónico a [WAQualitydept@centene.com](mailto:WAQualitydept@centene.com). Si necesita ayuda para presentar una queja, Ambetter de Coordinated Care está a su disposición para brindársela. También puede presentar una queja de derechos civiles ante las siguientes entidades:

- También puede presentar un reclamo sobre derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU., de manera electrónica a través del Portal de Reclamos de la Oficina de Derechos Civiles, disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, por correo postal o por teléfono a: U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue SW., Room 509F, HHH Building, Washington, DC 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>.
- La Oficina del Comisionado de Seguros del Estado de Washington, de manera electrónica 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 queja están disponibles en <https://fortress.wa.gov/oic/onlineServices/cc/pub/complaintinformation.aspx>.

AMB23-WA-C-00056

Ambetter de Coordinated Care está suscrito por Coordinated Care Corporation, que es un emisor del Plan de salud calificado en el Mercado de seguros de salud de Washington. Esta es publicidad de seguro. © 2023 Coordinated Care Corporation. Todos los derechos reservados.