Ambetter Health
Complete Gold: Zero Cost Sharing Plan Variation

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

El Resumen de beneficios y cobertura (SBC) le ayudará a escoger un plan de salud. El SBC muestra cómo usted y el plan compartirían los costos de los servicios de atención de salud 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, visite https://www-es.ambetterhealth.com/2025-brochures.html o llame al 1-833-919-3213 (TTY 711). Para ver las definiciones de términos frecuentes, como cantidad permitida, facturación de saldo, coseguro, copago, deducible, proveedor u otros términos subrayados, consulte el glosario. Puede consultar el glosario en https://www.healthcare.gov/sbc-glossary o llamar al 1-833-919-3213 (TTY 711) para pedir una copia.

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué es importante:
¿Cuánto es el deducible total?	$0	Consulte la tabla de Circunstancias médicas comunes abajo para conocer los costos de los servicios que cubre este plan.
¿Hay servicios cubiertos antes de alcanzar su deducible?	Sí.	Este plan cubre algunos productos y servicios aunque aún no haya alcanzado la cantidad del deducible. Sin embargo, se podría aplicar un copago o un coseguro.
¿Hay otros deducibles para servicios específicos?	No.	No debe pagar deducibles por servicios específicos.
¿Cuánto es el límite de gastos de bolsillo para este plan?	No se aplica.	Este plan no tiene un límite de gastos de bolsillo sobre sus gastos.
¿Qué es lo que no está incluido en el límite de gastos de bolsillo?	No se aplica.	Este plan no tiene un límite de gastos de bolsillo sobre sus gastos.
¿Pagará menos si acude a un proveedor de la red?	Sí. Visite https://ambetterhealth.com/finddoc o llame al 1-833-919-3213 (TTY 711) para obtener 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 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 remisión del médico para atenderse con un especialista?	No.	Puede ver al especialista que usted elija sin una derivación.

Circunstancia médica común	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor de atención de salud indígena (IHCP) y proveedor de la red que no brinda atención de salud indígena (usted pagará el mínimo)	Proveedor fuera de la red que no brinda atención de salud indígena (usted pagará el máximo)	
Si acude al consultorio o clínica del proveedor	Consulta con su médico de atención primaria para tratar una afección o lesión	Sin cargo	Sin cobertura	Las Consultas de Atención Virtuales Ilimitadas, disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana, que reciba por parte del proveedor de telesalud designado de Ambetter están cubiertas Sin Cargo, los proveedores cuentan con cobertura completa.
	Consulta con un especialista	Sin cargo	Sin cobertura	Ninguno
	Atención preventiva/ exámenes/vacunas	Sin cargo	Sin cobertura	Es posible que tenga que pagar por los servicios que no son preventivos. Consulte a su proveedor si los servicios que necesita son preventivos y luego verifique qué es lo que pagará el plan.
Si se realiza un examen	Exámenes de diagnóstico (radiografías, análisis de sangre)	Sin cargo para servicios profesionales y de laboratorio Sin cargo para diagnóstico por imágenes y radiografías Sin cargo para servicios de laboratorio y profesionales, y radiografías y diagnóstico por imágenes en otros lugares de servicio	Sin cobertura	Se podría requerir una autorización previa. Cubierto sin límite. Otros lugares de servicio pueden ser un hospital, una sala de emergencias o un centro para pacientes ambulatorios. Si no obtiene una autorización previa para los servicios que la requieran, eso dará lugar al rechazo de los beneficios.
	Diagnóstico por imágenes (tomografía computarizada (CT)/tomografía por emisión de positrones (PET),	Sin cargo	Sin cobertura	Se podría requerir una autorización previa. Cubierto sin límite.

Circunstancia médica común	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor de atención de salud indígena (IHCP) y proveedor de la red que no brinda atención de salud indígena (usted pagará el mínimo)	Proveedor fuera de la red que no brinda atención de salud indígena (usted pagará el máximo)	
	imágenes por resonancia magnética (MRI))			
Si necesita un medicamento para tratar su enfermedad o condición médica Hay más información disponible sobre la cobertura de medicamentos recetados en **https://ambetterhealth.com/2025formulary**.	Medicamentos genéricos	Nivel 1a: Venta minorista de medicamentos genéricos preferidos: Sin cargo Nivel 1b: Venta minorista de medicamentos genéricos: Sin cargo	Sin cobertura	Se podría requerir una autorización previa. Los medicamentos recetados se entregan en suministros de hasta 30 días a través de venta minorista y de hasta 90 días a través de los servicios de compra por correo.
	Medicamentos de marca preferidos	Nivel 2: Venta minorista: Sin cargo	Sin cobertura	Se podría requerir una autorización previa. Los medicamentos recetados se entregan en suministros de hasta 30 días a través de venta minorista y de hasta 90 días a través de los servicios de compra por correo.
	Medicamentos de marca no preferidos y genéricos no preferidos	Nivel 3: Venta minorista: Sin cargo	Sin cobertura	
	Medicamentos de especialidad	Nivel 4: Venta minorista: Sin cargo	Sin cobertura	Se podría requerir una autorización previa. Los medicamentos recetados se entregan en suministros de hasta 30 días a través de venta minorista y de hasta 30 días a través de los servicios de compra por correo.
Si le hacen una cirugía ambulatoria	Tarifa del centro (p. ej., centro de cirugía ambulatoria)	Sin cargo	Sin cobertura	Se podría requerir una autorización previa. Cubierto sin límite.
	Tarifas del médico/cirujano	Sin cargo	Sin cobertura	Se podría requerir una autorización previa. Cubierto sin límite.
Si necesita atención médica inmediata	Atención en la sala de emergencias	Sin cargo	Sin cargo	Ninguno
	Transporte médico de emergencia	Sin cargo	Sin cargo	Cubierto sin límite. Nota: No se requiere autorización previa para el transporte de emergencia. Sin embargo, todo transporte que no sea de emergencia requiere autorización previa. Si recibe servicios de un

Circunstancia médica común	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor de atención de salud indígena (IHCP) y proveedor de la red que no brinda atención de salud indígena (usted pagará el mínimo)	Proveedor fuera de la red que no brinda atención de salud indígena (usted pagará el máximo)	
				proveedor de ambulancia terrestre o acuática fuera de la red, es posible que deba pagar una facturación de saldo.
	Atención de urgencia	Sin cargo	Sin cobertura	Ninguno
Si necesita hospitalización	Tarifa del centro (p. ej., habitación del hospital)	Sin cargo	Sin cobertura	Se podría requerir una autorización previa. Cubierto sin límite.
	Tarifas del médico/cirujano	Sin cargo	Sin cobertura	Se podría requerir una autorización previa. Cubierto sin límite.
Si necesita servicios de salud mental, salud del comportamiento o de abuso de sustancias	Servicios para pacientes ambulatorios	Sin cargo	Sin cobertura	Se podría requerir una autorización previa. Cubierto sin límite. (No se necesita autorización previa para las visitas al consultorio del proveedor de atención primaria (PCP) o de otro médico).
	Servicios para pacientes hospitalizados	Sin cargo	Sin cobertura	Se podría requerir una autorización previa. Cubierto sin límite.
Si está embarazada	Visitas al consultorio	Sin cargo	Sin cobertura	No se requiere autorización previa para los partos dentro del plazo estándar según las leyes federales, pero puede ser necesaria para otros servicios. El costo compartido no se aplica a los servicios preventivos, como los exámenes prenatales y postnatales de rutina. Según el tipo de servicios, podría aplicarse un coseguro, un deducible o un copago. La atención por maternidad puede incluir pruebas y servicios descritos en otros apartados del Resumen de beneficios y cobertura (SBC) (p. ej., ecografía).
	Servicios profesionales para el nacimiento y el parto	Sin cargo	Sin cobertura	Se podría requerir una autorización previa. No se aplica costo compartido a los servicios preventivos. Según el tipo de servicios,

Circunstancia médica común	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor de atención de salud indígena (IHCP) y proveedor de la red que no brinda atención de salud indígena (usted pagará el mínimo)	Proveedor fuera de la red que no brinda atención de salud indígena (usted pagará el máximo)	
	Servicios hospitalarios para el nacimiento y el parto	Sin cargo	Sin cobertura	podría aplicarse un coseguro, un deducible o un copago. La atención por maternidad puede incluir pruebas y servicios descritos en otros apartados del Resumen de beneficios y cobertura (SBC) (p. ej., ecografía).
Si necesita servicios de recuperación o tiene otras necesidades especiales de salud	Atención de salud en el hogar	Sin cargo	Sin cobertura	Se podría requerir una autorización previa. Cubierto sin límite.
	Servicios de rehabilitación	Atención ambulatoria: Sin cargo Servicios hospitalarios: Sin cargo	Sin cobertura	Pacientes ambulatorios: Se podría requerir una autorización previa. Cubierto sin límite. Pacientes hospitalizados: Se podría requerir una autorización previa. Cubierto sin límite.
	Servicios de habilitación	Pacientes ambulatorios: Sin cargo Pacientes hospitalizados: Sin cargo	Sin cobertura	Pacientes ambulatorios: Se podría requerir una autorización previa. Cubierto sin límite. Pacientes hospitalizados: Se podría requerir una autorización previa. Cubierto sin límite.
Si necesita servicios de recuperación o tiene otras necesidades especiales de salud	Atención de enfermería especializada	Sin cargo	Sin cobertura	Se podría requerir una autorización previa. Cubierto sin límite.
	Equipos médicos duraderos	Sin cargo	Sin cobertura	Se podría requerir una autorización previa. Cubierto sin límite.
	Servicios para enfermos terminales	Sin cargo	Sin cobertura	Se podría requerir una autorización previa. Cubierto sin límite.
Si su hijo necesita servicios dentales o de la vista	Examen ocular para niños	Sin cargo	Sin cobertura	Limitado a 1 consulta por año.
	Anteojos para niños	Sin cargo	Sin cobertura	Se limita a 1 artículo por año.
	Control dental para niños	No están cubiertos	No están cubiertos	Ninguno.

Servicios excluidos y otros servicios cubiertos:

Servicios que su plan, por lo general, NO cubre (consulte la póliza o documento del plan para obtener más información y una lista de otros servicios excluidos).

- Aborto (excepto en casos de violación, incesto o cuando la vida de la miembro está en peligro)
- Acupuntura
- Atención a largo plazo.
- Atención de la vista de rutina (adultos).
- Atención dental (adultos)
- Atención dental (niños)
- Atención que no es de emergencia cuando viaja fuera de los EE. UU.
- Audífonos
- Cirugía bariátrica.
- Cirugía cosmética.
- Programas para bajar de peso.

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

- Atención de quiropráctico.
- Cuidado de los pies de rutina.
- Servicios de enfermería privada (Solo para consultas en el hogar y pacientes ambulatorios (se excluyen los pacientes hospitalizados))
- Tratamiento de infertilidad (se limita a servicios relacionados con pruebas de diagnóstico destinadas a descubrir la causa de la infertilidad)

Sus derechos de mantener la cobertura: Hay organismos que pueden ayudarle si quiere mantener la cobertura después de que esta finalice. La información de contacto de esas agencias es: Ambetter Health, 1-833-919-3213 (TTY 711); Iowa Insurance Division, 1963 Bell Avenue, Suite 100, Des Moines, Iowa 50315; Phone: 515-654-6600.; Administración de Seguridad de Beneficios para Empleados del Departamento de Trabajo, 1-866-444-EBSA (3272); u Programa de Plan Multiestatal de la Oficina de Gestión de Personal, 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 de Salud. 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 ayudarle si tiene un reclamo contra su plan por la denegación de una reclamación. Este reclamo se denomina queja 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 por cualquier motivo a su plan. Para obtener más información sobre sus derechos o sobre este aviso, o si necesita ayuda, comuníquese con Iowa Insurance Division, 1963 Bell Avenue, Suite 100, Des Moines, Iowa 50315; Phone: 515-654-6600.

¿Este plan proporciona cobertura esencial mínima? **Sí**.
La cobertura esencial mínima generalmente incluye planes, seguros de salud 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 tributario para primas.

¿Cumple este plan el valor mínimo estándar? **No se aplica.**
Si su plan no cumple con el valor mínimo estándar, es posible que sea elegible para recibir un crédito tributario para primas que le ayudará a pagar un plan en el Mercado.

Servicio de acceso a idiomas:
Spanish (Español): Para obtener asistencia en Español, llame al 1-833-919-3213 (TTY 711).
Tagalog (Tagalog): Kung kailangan ninyo ang tulong sa Tagalog tumawag sa 1-833-919-3213 (TTY 711).
Chinese (中文): 如果需要中文的帮助，请拨打这个号码 1-833-919-3213 (TTY 711).
Navajo (Dine): Dinek'ehgo shika at'ohwol ninisingo, kwiijigo holne' 1-833-919-3213 (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 de salud. Tenga presente que estos ejemplos de cobertura se basan solo en una cobertura individual.

Peg va a tener un bebé
(9 meses de atención prenatal dentro de la red y parto en el hospital)

- **El deducible general del plan** **$0**
- **Médico especialista coseguro** **0%**
- **Hospital (centro) coseguro** **0%**
- **Otro coseguro** **0%**

Este EJEMPLO de evento incluye servicios como:
Visitas al consultorio del especialista *(atención prenatal)*
Servicios profesionales para el nacimiento y el parto
Servicios hospitalarios para el nacimiento y el parto
Exámenes de diagnóstico *(ecografías y análisis de sangre)*
Consulta con un especialista *(anestesia)*

Costo total del ejemplo	**$12,700**

En este ejemplo, Peg pagaría:

Costos compartidos	
Deducibles	$0
Copagos	$0
Coseguro	$0
Lo que no está cubierto	
Límites o exclusiones	$0
El total que Peg pagaría es	**$0**

Control de la diabetes tipo 2 de Joe
(un año de atención de rutina dentro de la red de una condición bien controlada)

- **El deducible general del plan** **$0**
- **Médico especialista coseguro** **0%**
- **Hospital (centro) coseguro** **0%**
- **Otro coseguro** **0%**

Este EJEMPLO de evento incluye servicios como:
Visitas al consultorio del médico de atención primaria *(incluye la educación sobre enfermedades)*
Exámenes de diagnóstico *(análisis de sangre)*
Medicamentos recetados
Equipo médico duradero *(glucómetro)*

Costo total del ejemplo	**$5,600**

En este ejemplo, Joe pagaría:

Costos compartidos	
Deducibles	$0
Copagos	$0
Coseguro	$0
Lo que no está cubierto	
Límites o exclusiones	$0
El total que Joe pagaría es	**$0**

Fractura simple de Mia
(visita a la sala de emergencias dentro de la red y atención de seguimiento)

- **El deducible general del plan** **$0**
- **Médico especialista copago** **0%**
- **Hospital (centro) coseguro** **0%**
- **Otro coseguro** **0%**

Este EJEMPLO de evento incluye servicios como:
Atención en la sala de emergencias *(incluye suministros médicos)*
Exámenes de diagnóstico *(radiografías)*
Equipo médico duradero *(muletas)*
Servicios de rehabilitación *(fisioterapia)*

Costo total del ejemplo	**$2,800**

En este ejemplo, Mia pagaría:

Costos compartidos	
Deducibles	$0
Copagos	$0
Coseguro	$0
Lo que no está cubierto	
Límites o exclusiones	$0
El total que Mia pagaría es	**$0**

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

English:	If you, or someone you are helping, have questions about Ambetter Health, 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 1-833-919-3213 (TTY 711).
Spanish:	Si usted, o alguien a quien está ayudando, tiene preguntas acerca de Ambetter Health 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 1-833-919-3213 (TTY 711).
Chinese:	如果您，或是您正在協助的對象，有關於 Ambetter Health 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 1-833-919-3213 (TTY 711)。
Vietnamese:	Nếu quý vị hoặc người mà quý vị đang giúp đỡ có câu hỏi về Ambetter Health 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 1-833-919-3213 (TTY 711).
Serbo-Croatian:	Ako Vi, ili neko kome pomažete, imate pitanja u vezi sa Ambetter Health, a ne govorite engleski jezik, imate pravo na besplatnu i blagovremenu pomoć i informacije na sopstvenom jeziku. Ako Vi, ili neko kome pomažete, imate neki poremećaj sluha i/ili vida zbog kojeg je onemogućena komunikacija, imate pravo da besplatno i blagovremeno dobijete pomagala i pomoćne usluge. Obratite se odeljenju za pružanje usluga članovima pozivom na broj 1-833-919-3213 (TTY 711) da biste dobili usluge prevoda ili pomoćne usluge.
German:	Falls Sie oder jemand, dem Sie helfen, Fragen zu Ambetter Health 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 1-833-919-3213 (TTY 711).
Arabic:	إذا كان لديك أو لدى شخص تساعده أسئلة حول Ambetter Health، ولم تكن بارعًا باللغة الإنكليزية، فلديك الحق في الحصول على المساعدة والمعلومات بلغتك من دون أي تكلفة وفي الوقت المناسب. إذا كنت أنت أو أي شخص تساعده تعاني من حالة سمعية و/أو بصرية تعيق التواصل، فلديك الحق في تلقي مساعدات وخدمات إضافية من دون أي تكلفة وفي الوقت المناسب. لتلقي خدمات الترجمة أو خدمات إضافية، يرجى الاتصال بـ خدمات الأعضاء على 1-833-919-3213 (TTY 711).

Laotian:	ຖ້າຫາກທ່ານ ຫຼື ຜູ້ໃດຜູ້ໜຶ່ງທີ່ທ່ານກຳລັງໃຫ້ການຊ່ວຍເຫຼືອ, ມີຄຳຖາມກ່ຽວກັບ Ambetter Health, 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) ໄດ້ທີ່ 1-833-919-3213 (TTY 711).
Korean:	귀하 또는 귀하의 도움을 받는 분이 Ambetter Health에 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 1-833-919-3213 (TTY 711)번으로 가입자 서비스부에 연락해주십시오.
Hindi:	अगर आप या कोई ऐसा व्यक्ति जिसकी आप सहायता कर रहे हैं, के पास Ambetter Health से जुड़े प्रश्न हैं और आप दोनों अंग्रेज़ी में माहिर नहीं हैं, तो आपको अपनी भाषा में मुफ़्त और समय पर सहायता और जानकारी प्राप्त करने का अधिकार है. अगर आपको या किसी ऐसे व्यक्ति को जिसकी आप मदद कर रहे हैं, सुनने और/या देखने में समस्या होती है और इससे बातचीत बाधित होती है, तो आपको बिना किसी लागत के और समय पर सहायक सहायता और सेवाएं प्राप्त करने का अधिकार है. अनुवाद या सहायक सेवाएं प्राप्त करने के लिए कृपया 1-833-919-3213 (TTY 711) पर सदस्य सेवाएं से संपर्क करें.
French:	Si vous-même ou une personne que vous aidez avez des questions à propos d'Ambetter Health et que vous ne maîtrisez pas l'anglais, vous pouvez bénéficier gratuitement et en temps utile d'aide et d'informations dans votre langue. Si vous-même ou une personne que vous aidez souffrez d'un trouble auditif ou visuel qui entrave la communication, vous pouvez bénéficier gratuitement et en temps utile d'aides et de services auxiliaires. Pour profiter de services de traduction ou de services auxiliaires, veuillez contacter Services aux membres au 1-833-919-3213 (TTY 711).
Pennsylvanian Dutch:	Wann du, odder epper wer dir helft, hen Frooge iwwer Ambetter Health, un sin net proficient in Englisch, du hoscht die Recht um Helf zu griege un Information in dei Schprooch mitaus Koscht un in en zeitlich Manner. Wann du, odder epper wer dir helft, hen en Auditory un/odder Sehlich Condition die iss schlecht fer Communication, du hoscht die Recht Auxiliary Aids zu griege un Services mitaus Koscht un in en zeitlich Manner. Fer Iwwersetzing odder Auxiliary Services zu griege, sei so gut un ruff Member Services um 1-833-919-3213 (TTY 711).
Thai:	หากคุณหรือคนที่คุณกำลังให้ความช่วยเหลือมีคำถามเกี่ยวกับ Ambetter Health และไม่ชำนาญในการใช้ภาษาอังกฤษ คุณมีสิทธิ์ที่จะขอรับความช่วยเหลือและข้อมูลในภาษาของคุณโดยไม่เสียค่าใช้จ่ายอย่างทันท่วงที หากคุณหรือคนที่คุณกำลังให้ความช่วยเหลือมีภาวะด้านการฟังและ/หรือการมองเห็นที่เป็นอุปสรรคต่อการสื่อสาร คุณมีสิทธิ์ที่จะขอรับความช่วยเหลือและบริการเสริมโดยไม่เสียค่าใช้จ่ายอย่างทันท่วงที หากต้องการบริการด้านการแปลหรือบริการเสริม โปรดติดต่อ บริการสำหรับสมาชิก ที่หมายเลข 1-833-919-3213 (TTY 711)

Tagalog:	Kung ikaw, o ang iyong tinutulungan, ay may mga katanungan tungkol sa Ambetter Health, 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 tinutulungan, ay may kondisyon sa pandinig at/o pannikin 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 1-833-919-3213 (TTY 711).
Karen:	နၤ, မ့တမ့၊် ပှၤလၢနမၤစၢၤအီၤတဂၤ, မ့၊်အိၣ်ဒီးတၢ်သံကွၢ်, ဘၣ်ဃး Ambetter Health, ဒီး မ့၊်တသ့ဘၣ် အဲကလံးကျိၣ်ဂ့ၤဂ့ၤအဃိ, နအိၣ်ဒီး တၢ်ခွဲးတၢ်ယာ်လၢ ကဟံးနှ့် တၢ်မၤစၢၤဒီး တၢ်ဂ့၊်တၢ်ကျိုၤလၢ နကျိၣ်တၢ်ကတိၤဒၣ်နဲ လၢတလၫ်ဘၣ် ကျိာ်စ့ဒီး လၢတၢ်ဆၢကတီၢ် ဖုၣ်ကိာ်အပူၤန့ၣ်လီၤ. နၤ, မ့တမ့၊် ပှၤလၢနမၤစၢၤအီၤတဂၤ, အိၣ်ဒီး တၢ်ကီတၢ်ခဲတၢ်အိၣ်သးဘၣ်ဃး တၢ်နၣ်ဟူတၢ် ဒီး /မ့တမ့၊် တၢ်ထံၣ် လၢအတြီဃာ် တၢ်ဆဲးကျၢဆဲးကျိုးအဃိ, နအိၣ်ဒီး တၢ်ခွဲးတၢ်ယာ်လၢ နကဒိးနှ့် တၢ်မၤစၢၤဆီၣ်ထွဲဒီး တၢ်တိစၢၤမၤစၢၤတဖၣ် လၢတလၫ်ဘၣ် ကျိာ်စ့ဒီး လၢတၢ်ဆၢကတီၢ် ဖုၣ်ကိာ်အပူၤန့ၣ်လီၤ. ဒ်သိနကဒိးနှ့် တၢ်ကတိၤကျိုးထံ မ့တမ့၊် တၢ်မၤစၢၤဆီၣ်ထွဲ အတၢ်ဖံးတၢ်မၤတဖၣ်အဂီၢ် ဝံသးစူၤ ဆဲးကျိုး ဆူ တၢ်မၤစၢၤ ကရူၢ်ဖိဖဲ 1-833-919-3213 (TTY 711) နၣ်တက့ၢ်.
Russian:	Если у вас или у лица, которому вы помогаете, возникли какие-либо вопросы о программе страхования Ambetter Health, 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 1-833-919-3213 (TTY 711).

AMB24-IA-C-00014

Ambetter Health is underwritten by Iowa Total Care, Inc. which is a Qualified Health Plan issuer in the Iowa Health Insurance Marketplace. This is a solicitation for insurance. ©2024 Iowa Total Care, Inc., AmbetterHealth.com. If you, or someone you're helping, have questions about Ambetter Health, 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're 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 1-833-919-3213 (TTY 711). For more information on your right to receive an Ambetter Health plan free of discrimination, or your right to receive language, auditory and/or visual assistance services, please visit AmbetterHealth.com and scroll to the bottom of the page.