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

Ambetter of Alabama

Focused Silver: Zero Cost Sharing Plan Variation

El Resumen de beneficios y cobertura (SBC) le ayudará a escoger un <u>plan</u> de salud. El SBC muestra cómo usted y el <u>plan</u> compartirían los costos de los servicios de atención de salud cubiertos. NOTA: La información sobre el costo de este <u>plan</u> (denominado <u>prima</u>) 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.ambetterofalabama.com/2025-brochures.html o llame al 1-800-442-1623 (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 1-800-442-1623 (TTY 711) para pedir una copia.

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué es importante:
¿Cuánto es el <u>deducible</u> total?	\$0	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 deducible?	Sí.	Este <u>plan</u> cubre algunos productos y servicios aunque aún no haya alcanzado la cantidad del <u>deducible</u> . Sin embargo, se podría aplicar un <u>copago</u> o un <u>coseguro</u> .
¿Hay otros <u>deducibles</u> para servicios específicos?	No.	No debe pagar deducibles por servicios específicos.
¿Cuánto es el <u>límite de</u> gastos de bolsillo para este <u>plan</u> ?	No se aplica.	Este <u>plan</u> no tiene un <u>límite de gastos de bolsillo</u> sobre sus gastos.
¿Qué es lo que no está incluido en el <u>límite de gastos de bolsillo</u> ?	No se aplica.	Este <u>plan</u> no tiene un <u>límite de gastos de bolsillo</u> sobre sus gastos.
¿Pagará menos si acude a un <u>proveedor de la red</u> ?	Sí. Visite https://ambetterofalabama.com/ findadoc o llame al 1-800-442- 1623 (TTY 711) para obtener una lista de proveedores de la red.	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 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 antes</u> de recibir los servicios.
¿Necesita una <u>remisión</u> del médico para atenderse con un <u>especialista</u> ?	No.	Puede ver al <u>especialista</u> que usted elija sin una <u>derivación</u> .

		Lo que uste				
Circunstancia médica común	Servicios que podría necesitar	' provonder de la red que ne		Limitaciones, excepciones y otra información importante		
Si acude al consultorio o clínica del <u>proveedor</u>	Consulta con su médico de atención primaria para tratar una afección o lesión	ttención primaria para Sin cargo Sin cobertu		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 cardo		Es posible que tenga que pagar por los servicios que no son preventivos. Consulte a su <u>proveedor</u> si los servicios que necesita son preventivos y luego verifique qué es lo que pagará el <u>plan</u> .		
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.		

		Lo que uste	d pagará			
Circunstancia médica común	Servicios que podría necesitar	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)	Limitaciones, excepciones y otra información importante		
	imágenes por resonancia magnética (MRI))					
Si necesita un medicamento para tratar su enfermedad o condición médica	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.		
Hay más información disponible sobre la	Medicamentos de marca preferidos	Nivel 2: Venta minorista: Sin cargo	Sin cobertura	Se podría requerir una autorización previa. Los medicamentos recetados se entregan en		
cobertura de medicamentos recetados en	Medicamentos de marca no preferidos y genéricos no preferidos	Nivel 3: Venta minorista: Sin cargo	Sin cobertura	suministros de hasta 30 días a través de venta minorista y de hasta 90 días a través de los servicios de compra por correo.		
https://ambetterofalab ama.com/2025formula ry.	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	Tarifa del centro (p. ej., centro de cirugía Sin cargo ambulatoria)		Sin cobertura	Se podría requerir una autorización previa. Cubierto sin límite.		
cirugía ambulatoria	Tarifas del médico/cirujano	Sin cargo	Sin cobertura	Se podría requerir una autorización previa. Cubierto sin límite.		
	Atención en la sala de emergencias	Sin cargo	Sin cargo	Ninguno		
Si necesita atención médica inmediata	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		

		Lo que uste	d pagará				
Circunstancia médica común	Servicios que podría necesitar	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)	Limitaciones, excepciones y otra información importante			
	Atención de urgencia	Sin corgo	Sin cobertura	proveedor de ambulancia terrestre o acuática fuera de la red, es posible que deba pagar una facturación de saldo.			
	Tarifa del centro (p. ej.,	Sin cargo	Siii cobeituia	Ninguno Se podría requerir una autorización previa.			
Si necesita	habitación del hospital)	Sin cargo	Sin cobertura	Cubierto sin límite.			
hospitalización	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	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).			
sustancias	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,			

			Lo que uste	d pagará			
	Circunstancia médica común	Servicios que podría necesitar	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)	Limitaciones, excepciones y otra información importante		
		Servicios hospitalarios para el nacimiento y el parto	Sin cargo	Sin cobertura	podría aplicarse un <u>coseguro</u> , un <u>deducible</u> o un <u>copago</u> . La atención por maternidad puede incluir pruebas y servicios descritos en otros apartados del Resumen de beneficios y cobertura (SBC) (p. ej., ecografía).		
		Atención de salud en el hogar	Sin cargo	Sin cobertura	Se podría requerir una autorización previa. Cubierto sin límite.		
	Si necesita servicios de recuperación o tiene otras necesidades especiales de salud	Servicios de rehabilitación	Atención ambulatoria: Sin		Pacientes ambulatorios: Se podría requerir una autorización previa. Se limita a 30 visitas al año (combinadas para fisioterapia, terapia ocupacional, terapia pulmonar y terapia del habla para pacientes ambulatorios). Nota: Los límites no se aplican para tratamiento de trastorno por consumo de sustancias o de salud mental. Pacientes hospitalizados: Se podría requerir una autorización previa. Se limita a 100 días al año (combinados para terapia del habla, terapia ocupacional, pulmonar, cardiaca y fisioterapia). Nota: Los límites no se aplican para tratamiento de trastorno por consumo de sustancias o de salud mental.		
		Servicios de habilitación	Pacientes ambulatorios: Sin cargo Pacientes hospitalizados: Sin cargo	Sin cobertura	Pacientes ambulatorios: Se podría requerir una autorización previa. Se limita a 30 visitas al año (combinadas para fisioterapia, terapia ocupacional, terapia pulmonar y terapia del habla para pacientes ambulatorios). Nota: Los límites no se aplican para tratamiento de trastorno por consumo de sustancias o de salud mental. Pacientes hospitalizados: Se podría requerir una autorización previa. Se		

		Lo que uste	d pagará			
Circunstancia médica común	Servicios que podría necesitar	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)	Limitaciones, excepciones y otra información importante		
				limita a 100 días al año (combinados para terapia del habla, terapia ocupacional, pulmonar, cardiaca y fisioterapia). Nota: Los límites no se aplican para tratamiento de trastorno por consumo de sustancias o de salud mental.		
Si necesita servicios	Atención de enfermería especializada	Sin cargo	Sin cobertura	Se podría requerir una autorización previa. Cubierto sin límite.		
de recuperación o tiene otras necesidades	Equipos médicos duraderos	Sin cargo	Sin cobertura	Se podría requerir una autorización previa. Cubierto sin límite.		
especiales de salud	Servicios para enfermos terminales	Sin cargo	Sin cobertura	Se podría requerir una autorización previa. Cubierto sin límite.		
Si su hijo necesita	Examen ocular para niños	Sin cargo	Sin cobertura	Limitado a 1 consulta por año.		
servicios dentales	Anteojos para niños	Sin cargo	Sin cobertura	Se limita a 1 artículo por año.		
o de la vista	Control dental para niños	No están cubiertos	No están cubiertos	Ninguno.		

Servicios excluidos y otros servicios cubiertos:

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

- Aborto (excepto en los casos en que 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.
- Enfermería privada.
- Programas para bajar de peso.
- Tratamiento de la infertilidad.

Otros	servicios o	cubiertos	(es	posible o	iue se ai	oliquer	limita	ciones	a estos	s servicios.	Esta no	es una lis	ta com	pleta.	Consulte	el docu	mento	del r	olan)	
	•••••••		,	P										P				P	,,	-

Atención de quiropráctico (limitada a 15 visitas
 Cuidado de los pies de rutina.
 por año).

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 of Alabama, 1-800-442-1623 (TTY 711); Alabama Department of Insurance, 201 Monroe St # 502, Montgomery, AL 36104; Phone: 334-269-3550.; 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, 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 <u>plan</u> por la denegación de una <u>reclamación</u>. Este reclamo se denomina <u>queja</u> o <u>apelación</u>. Para obtener más información sobre sus derechos, consulte la explicación de beneficios que recibirá por dicha <u>reclamación</u> médica. Los documentos de su <u>plan</u> también dan toda la información para presentar una <u>reclamación</u>, una <u>apelación</u> o una <u>queja</u> por cualquier motivo a su <u>plan</u>. Para obtener más información sobre sus derechos o sobre este aviso, o si necesita ayuda, comuníquese con Alabama Department of Insurance, 201 Monroe St # 502, Montgomery, AL 36104; Phone: 334-269-3550.

¿Este plan proporciona cobertura esencial mínima? Sí

La <u>cobertura esencial mínima</u> generalmente incluye <u>planes</u>, <u>seguros de salud</u> disponibles a través del <u>Mercado</u> u otras pólizas de mercado individuales, Medicare, Medicaid, CHIP, TRICARE y otras coberturas específicas. Si usted es elegible para determinados tipos de <u>cobertura esencial mínima</u>, tal vez no sea elegible para el <u>crédito tributario para primas</u>.

¿Cumple este plan el valor mínimo estándar? No se aplica.

Si su <u>plan</u> no cumple con el <u>valor mínimo estándar</u>, es posible que sea elegible para recibir un <u>crédito tributario para primas</u> que le ayudará a pagar un <u>plan</u> en el <u>Mercado</u>.

Servicio de acceso a idiomas:

Spanish (Español): Para obtener asistencia en Español, llame al 1-800-442-1623 (TTY 711).

Tagalog (Tagalog): Kung kailangan ninyo ang tulong sa Tagalog tumawag sa 1-800-442-1623 (TTY 711).

Chinese (中文): 如果需要中文的帮助,请拨打这个号码 1-800-442-1623 (TTY 711).

Navajo (Dine): Dinek'ehgo shika at'ohwol ninisingo, kwiijigo holne' 1-800-442-1623 (TTY 711).

Para ver ejemplos de cómo este <u>plan</u> 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 <u>deducible</u> general del <u>plan</u>	\$0
■ <u>Médico especialista</u> coseguro	0%
■ Hospital (centro) <u>coseguro</u>	0%
■ Otro <u>coseguro</u>	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 <u>especialista</u> (al	,
Costo total del ejemplo	\$12,700

En este ejemplo, Peg pagaría:

Costos compartidos					
<u>Deducibles</u>	\$0				
Copagos	\$0				
Coseguro	\$0				
Lo que no está c	ubierto				
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 <u>deducible</u> general del <u>plan</u>	\$0
■ <u>Médico especialista</u> coseguro	0%
■ Hospital (centro) <u>coseguro</u>	0%
■ Otro <u>coseguro</u>	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)

Fractura simple de Mia

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

■ El <u>deducible</u> general del <u>plan</u>	\$0
■ <u>Médico especialista</u> <u>coseguro</u>	0%
■ Hospital (centro) <u>coseguro</u>	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

En este ejemplo, Mia pagaría:

El total que Mia pagaría es

Costos compartidos	
<u>Deducibles</u>	\$0
Copagos	\$(
Coseguro	\$(
Lo que no está cubierto	
Límites o exclusiones	\$(

Costo total del ejemplo \$5,600

En este ejemplo, Joe pagaría:

Costos compartidos	
<u>Deducibles</u>	\$0
Copagos	\$0
Coseguro	\$0
Lo que no está cubierto	
Límites o exclusiones	\$0
El total que Joe pagaría es	\$0

\$2,800



English:

If you, or someone you are helping, have questions about Ambetter of Alabama, 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 1-800-442-1623 (TTY 711).

Spanish:

Si usted, o alguien a quien está ayudando, tiene preguntas acerca de Ambetter of Alabama 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 1-800-442-1623 (TTY 711).

Chinese:

如果您,或是您正在協助的對象,有關於 Ambetter of Alabama 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 1-800-442-1623 (TTY 711)。

Korean:

귀하 또는 귀하의 도움을 받는 분이 Ambetter of Alabama에 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 1-800-442-1623 (TTY 711)번으로 가입자 서비스부에 연락해주십시오.

Vietnamese:

Nếu quý vị hoặc người mà quý vị đang giúp đỡ có câu hỏi về Ambetter of Alabama 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 1-800-442-1623 (TTY 711).

Arabic:

إذا كان لديك أو لدى شخص تساعده أسئلة حول Ambetter of Alabama، 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. لتلقى خدمات الترجمة أو خدمات إضافية، يرجى الاتصال بـ خدمات الأعضاء على (711 / 711) 1623-442-800-1.

German:

Falls Sie oder jemand, dem Sie helfen, Fragen zu Ambetter of Alabama 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 1-800-442-1623 (TTY 711).

French:

Si vous-même ou une personne que vous aidez avez des questions à propos d'Ambetter of Alabama 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 1-800-442-1623 (TTY 711).

Gujarati:

જો તમને અથવા તમે જેમની મદદ કરી રહ્યા હો એવી કોઇ વ્યક્તિને Ambetter of Alabama વિશે પ્રશ્નો હોય અને અંગ્રેજીમાં પ્રવીણ ન હોય, તો તમને કોઈ ખર્ચ કર્યા વિના અને સમયસર તમારી ભાષામાં મદદ તથા માહિતી મેળવવાનો અધિકાર છે. જો તમે અથવા તમે જેમની મદદ કરી રહ્યા હો એવી કોઈ વ્યક્તિ શ્રવણશક્તિ અને/અથવા દૃષ્ટિવિષયક અવસ્થાથી પીડિત હોય કે જે સંયારને અવરોધતી હોય, તો તમને કોઈ ખર્ચ કર્યા વિના અને સમયસર સહાયક સહાય તથા સેવાઓ પ્રાપ્ત કરવાનો અધિકાર છે. અનુવાદ અથવા સહાયક સેવાઓ પ્રાપ્ત કરવા માટે, ફપા કરીને 1-800-442-1623 (TTY 711) પર સભ્યની સેવાઓનો સંપર્ક કરો.

Tagalog:

Kung ikaw, o ang iyong tinutulungan, ay may mga katanungan tungkol sa Ambetter of Alabama, 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 1-800-442-1623 (TTY 711).

Hindi:

अगर आप या कोई ऐसा व्यक्ति जिसकी आप सहायता कर रहे हैं, के पास Ambetter of Alabama 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 1-800-442-1623 (TTY 711) पर सदस्य सेवाएं से संपर्क करें.

Laotian:

ຖ້າຫາກທ່ານ ຫຼື ຜູ້ໃດຜູ້ໜຶ່ງທີ່ທ່ານກຳລັງໃຫ້ການຊ່ວຍເຫຼືອ, ມີຄຳຖາມກ່ຽວກັບ Ambetter of Alabama, 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 1-800-442-1623 (TTY 711).

Russian:

Если у вас или у лица, которому вы помогаете, возникли какие-либо вопросы о программе страхования Ambetter of Alabama, 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 1-800-442-1623 (ТТҮ 711).

Portuguese:

Se tiver dúvidas acerca da Ambetter of Alabama, ou estiver a ajudar uma pessoa com dúvidas acerca desta, e não dominar o inglês, tem o direito de obter ajuda e informações no seu idioma sem qualquer custo e de forma atempada. Se tiver uma condição visual e/ou auditiva que dificulte a comunicação ou estiver a ajudar uma pessoa com uma condição deste tipo, tem o direito de receber equipamentos ou serviços de assistência sem qualquer custo e de forma atempada. Para receber traduções ou serviços de assistência, contacte serviços de membro através do número 1-800-442-1623 (TTY 711).

Turkish:

Yardımcı olduğunuz kişinin veya sizin Ambetter of Alabama ile ilgili sorularınız varsa ve yeterli düzeyde İngilizce bilmiyorsanız hiçbir ücret ödemeden zamanında ana dilinizde yardım ve bilgi alma hakkına sahipsiniz. Yardımcı olduğunuz kişinin veya sizin iletişime engel olan işitsel ve/veya görsel bir rahatsızlığı varsa hiçbir ücret ödemeden zamanında yardımcı araç ve hizmetlerden yararlanma hakkına sahipsiniz. Çeviri hizmetinden veya yardımcı hizmetlerden yararlanmak için lütfen 1-800-442-1623 (TTY 711) numaralı telefonu arayarak Üye Hizmetleri ile iletişime geçin.

Japanese:

ご自身やあなたが介護している他の人が、Ambetter of Alabama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、1-800-442-1623 (TTY 711)のメンバーサービスにご連絡ください。

AMB24-AL-C-00014

Ambetter of Alabama is underwritten by Celtic Insurance Company which is a Qualified Health Plan issuer in the Alabama Health Insurance Marketplace. This is a solicitation for insurance. ©2024 Celtic Insurance Company, AmbetterofAlabama.com. If you, or someone you're helping, have questions about Ambetter of Alabama, 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 1-800-442-1623 (TTY 711). For more information on your right to receive an Ambetter of Alabama 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.