

 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/2025-brochures.html> o llamar al 1-877-687-1197 (TTY 711). Para ver las definiciones de términos frecuentes, como **cantidad permitida**, **facturación de saldo**, **coseguro**, **copago**, **deducible**, **proveedor** u otros términos **subrayados**, consulte el glosario. Puede consultar el glosario en <https://www.healthcare.gov/sbc-glossary> o llamar al 1-877-687-1197 (TTY 711) para pedir una copia.

| Preguntas importantes | Respuestas | Por qué es importante: |
|---|--|--|
| ¿Cuánto es el deducible total? | \$0 por individuo y \$0 por familia. | Consulte la tabla de Circunstancias médicas comunes abajo para conocer los costos de los servicios que cubre este plan . |
| ¿Hay servicios cubiertos antes de alcanzar su deducible ? | Sí. Las consultas médicas y ciertos medicamentos recetados están cubiertos antes de que alcance su deducible (ver información adicional a continuación). | Este plan cubre algunos artículos y servicios incluso si todavía no llega al monto del deducible , pero podría aplicarse un copago o coseguro . Por ejemplo, este plan cubre ciertos servicios preventivos sin costos compartidos y antes de que llegue a su deducible . Vea la lista de los servicios preventivos cubiertos en https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/ . |
| ¿Hay otros deducibles para servicios específicos? | \$0 con Proveedores de Atención de la Salud Indígena (Indian Health Care Providers; IHCP) o con una remisión de un IHCP a uno que no es IHCP; Sí, \$3,800 persona / \$7,600 familia para cobertura de medicamentos de venta con receta. No hay ningún otro deducible específico. | Antes de que este plan empiece a pagar por estos servicios, usted debe pagar todos los costos de estos servicios hasta la cantidad del deducible específico. |
| ¿Cuánto es el límite de gastos de bolsillo para este plan ? | Para proveedores de la red , \$9,200 por individuo y \$18,400 por familia. No, es aplicable a los proveedores fuera de la red . | El límite de gastos de bolsillo es lo máximo que puede pagar en un año por servicios cubiertos. Si tiene otros familiares en este plan , ellos tienen que satisfacer sus propios límite de gastos de bolsillo hasta que se haya satisfecho el límite de gastos de bolsillo familiar total. |
| ¿Qué es lo que no está incluido en el límite de gastos de bolsillo ? | Primas , facturación de saldo , atención médica que este plan no cubre, costos por servicios no cubiertos y servicios proporcionados por proveedores fuera de la red . | Aunque pague estos gastos, no cuentan para el límite de gastos del bolsillo . |

| | | |
|---|--|---|
| <p>¿Pagará menos si acude a un proveedor dentro de la red?</p> | <p>Sí. https://ambetter.coordinatedcarehealth.com/findadoc o llame al 1-877-687-1197 (TTY 711) para una lista de proveedores de la red.</p> | <p>Este plan utiliza una red de proveedores. Pagará menos si usa un proveedor que esté incluido en la red del plan. Pagará más si acude a un proveedor fuera de la red, y es posible que reciba una factura de un proveedor por la diferencia entre el cargo del proveedor y lo que su plan paga (facturación de saldo). Tenga en cuenta que su proveedor dentro de la red puede usar un proveedor fuera de la red para algunos servicios (como análisis de laboratorio). Consulte con su proveedor antes de recibir los servicios.</p> |
| <p>¿Necesita una derivación para atenderse con un especialista?</p> | <p>No.</p> | <p>Puede ver al especialista que usted elija sin una derivación.</p> |

 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 de Atención de la Salud Indígena (IHCP) (Usted paga la menor cantidad) | Proveedor en la red No-IHCP (Pagará más) | Proveedor fuera de la red No-IHCP (Pagará más que con cualquier otro proveedor) | |
| Si acude al consultorio o clínica del proveedor | Consulta con su médico de atención primaria para tratar una afección o lesión | Sin Cargo | \$50 Copago / visita | Sin cobertura | Las Consultas de Atención Virtuales Ilimitadas, disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana, están cubiertas Sin Cargo, los proveedores cuentan con cobertura completa. Si un Proveedor de Atención de la Salud Indígena (IHCP) le remite a un proveedor que no es IHCP, se renuncia a los costos compartidos . |
| | Consulta con un especialista | Sin Cargo | \$115 Copago / visita | Sin cobertura | Ninguno Si un Proveedor de Atención de la Salud Indígena (IHCP) le remite a un proveedor que no es IHCP, se renuncia a los costos compartidos . |
| | Atención preventiva/evaluación /vacunas | Sin Cargo | Sin cargo | Sin cobertura | Puede que tenga que pagar por servicios que no son preventivos. Pregunte a su proveedor si los servicios necesarios son preventivos. Luego verifique por lo que su plan pagará. |

| Circunstancia médica común | Servicios que podría necesitar | Lo que usted pagará | | | Limitaciones, excepciones y otra información importante |
|----------------------------|--|---|--|---|--|
| | | Proveedor de Atención de la Salud Indígena (IHCP) (Usted paga la menor cantidad) | Proveedor en la red No-IHCP (Pagará más) | Proveedor fuera de la red No-IHCP (Pagará más que con cualquier otro proveedor) | |
| Si se realiza un examen | Exámenes de diagnóstico (radiografías, análisis de sangre) | <p>Sin Cargo para laboratorio y servicios profesionales</p> <p>Sin Cargo para rayos X e imágenes de diagnóstico</p> <p>Sin Cargo para servicios de laboratorio y profesionales e imágenes de diagnóstico y rayos X en otros lugares de servicio</p> | <p>\$60 Copago / visita para laboratorio y servicios profesionales</p> <p>50% Coseguro para rayos X e imágenes de diagnóstico</p> <p>50% Coseguro para servicios de laboratorio y profesionales e imágenes de diagnóstico y rayos X en otros lugares de servicio</p> | Sin cobertura | <p>Se podría requerir una autorización previa. Cubierto sin límite. Otros lugares pueden incluir Hospital, Sala de emergencias o Centro ambulatorio.</p> <p>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. Si un Proveedor de Atención de la Salud Indígena (IHCP) le remite a un proveedor que no es IHCP, se renuncia a los costos compartidos.</p> |
| | Diagnóstico por imágenes (tomografía computarizada/ tomografía por emisión de positrones, imágenes por resonancia magnética) | Sin Cargo | 50% Coseguro | Sin cobertura | Se podría requerir una autorización previa. Cubierto sin límite. Si un Proveedor de Atención de la Salud Indígena (IHCP) le remite a un proveedor que no es IHCP, se renuncia a los costos compartidos . |

| Circunstancia médica común | Servicios que podría necesitar | Lo que usted pagará | | | Limitaciones, excepciones y otra información importante |
|---|---|--|---|---|--|
| | | Proveedor de Atención de la Salud Indígena (IHCP) (Usted paga la menor cantidad) | Proveedor en la red No-IHCP (Pagará más) | Proveedor fuera de la red No-IHCP (Pagará más que con cualquier otro proveedor) | |
| Si necesita un medicamento para tratar su enfermedad o condición médica. Hay más información disponible sobre la cobertura de medicamentos con receta médica en https://ambetter.co/ordinatedcarehealth.com/2025formulary . | Medicamentos genéricos (Nivel 1) | Al por menor: Sin Cargo | Vendedor genérico preferido: \$3 Copago / receta Vendedor genérico: \$35 Copago / receta | 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. Las compras por correo están sujetas a un monto de costo compartido 2.5 veces mayor que el de venta minorista. Si un Proveedor de Atención de la Salud Indígena (IHCP) le remite a un proveedor que no es IHCP, se renuncia a los costos compartidos . |
| | Medicamentos de marca preferidos (Nivel 2) | Al por menor: Sin Cargo | Al por menor: \$195 Copago / receta | 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. Las compras por correo están sujetas a un monto de costo compartido 2.5 veces mayor que el de venta minorista. Si un Proveedor de Atención de la Salud Indígena (IHCP) le remite a un proveedor que no es IHCP, se renuncia a los costos compartidos . |
| | Medicamentos de marca no preferidos (Nivel 3) | Al por menor: Sin Cargo | Al por menor: \$250 Copago / receta; sujeto al deducible de medicamentos Rx | 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. Las compras por correo están sujetas a un monto de costo compartido |

| Circunstancia médica común | Servicios que podría necesitar | Lo que usted pagará | | | Limitaciones, excepciones y otra información importante |
|--|---|--|---|---|--|
| | | Proveedor de Atención de la Salud Indígena (IHCP) (Usted paga la menor cantidad) | Proveedor en la red No-IHCP (Pagará más) | Proveedor fuera de la red No-IHCP (Pagará más que con cualquier otro proveedor) | |
| | | | | | 2.5 veces mayor que el de venta minorista. Deducible de \$3,800 persona / \$7,600 familia por fármaco de venta con receta por marca preferida, marca no preferida y medicamentos especializados . Sí un Proveedor de Atención de la Salud Indígena (IHCP) le remite a un proveedor que no es IHCP, se renuncia a los costos compartidos . |
| | Medicamentos de especialidad (Nivel 4) | Al por menor: Sin Cargo | Al por menor: 50% Coseguro ; sujeto al deducible de medicamentos Rx | 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. Deducible de \$3,800 persona / \$7,600 familia por fármaco de venta con receta por marca preferida, marca no preferida y medicamentos especializados . Sí un Proveedor de Atención de la Salud Indígena (IHCP) le remite a un proveedor que no es IHCP, se renuncia a los costos compartidos . |
| Si le hacen una cirugía ambulatoria | Tarifa del centro (p. ej., centro de cirugía ambulatoria) | Sin Cargo | 50% Coseguro | Sin cobertura | Se podría requerir una autorización previa. Cubierto sin límite. Sí un Proveedor de Atención de la Salud Indígena (IHCP) le remite a un proveedor que no es IHCP, se renuncia a los costos compartidos . |
| | Tarifas del médico/cirujano | Sin Cargo | 50% Coseguro | Sin cobertura | Se podría requerir una autorización previa. Cubierto sin límite. Sí un Proveedor de Atención de la Salud Indígena (IHCP) le |

| Circunstancia médica común | Servicios que podría necesitar | Lo que usted pagará | | | Limitaciones, excepciones y otra información importante |
|---------------------------------------|--|--|--|--|--|
| | | Proveedor de Atención de la Salud Indígena (IHCP) (Usted paga la menor cantidad) | Proveedor en la red No-IHCP (Pagará más) | Proveedor fuera de la red No-IHCP (Pagará más que con cualquier otro proveedor) | |
| | | | | | remite a un proveedor que no es IHCP, se renuncia a los costos compartidos . |
| Si necesita atención médica inmediata | Atención en la Sala de Emergencias | Sin Cargo | \$2500 Copago / visita (\$1250 Copago / visita por centro; \$1250 Copago / visita por honorarios del médico) | \$2500 Copago / visita (\$1250 Copago / visita por centro; \$1250 Copago / visita por honorarios del médico) | Cubierto sin límite. Para los servicios de emergencia en el estado de Washington y fuera del estado: solo se aplican los costos compartidos dentro de la red ; los proveedores/hospitales no están autorizados a facturarles saldo a los miembros, sin importar el estado en la red . (Consulte la nota sobre la facturación de saldo que aparece encima de este gráfico). Si un Proveedor de Atención de la Salud Indígena (IHCP) le remite a un proveedor que no es IHCP, se renuncia a los costos compartidos . |
| | Transporte médico de emergencia | Sin Cargo | 50% Coseguro | 50% Coseguro | Cubierto sin límite. El costo compartido dentro de la red se aplica a los servicios de ambulancia aérea y terrestre en el estado de Washington y a los servicios de ambulancia aérea fuera del estado. Los proveedores, incluidas las organizaciones de servicios de ambulancia aérea y terrestre, no están autorizados a facturar el saldo por estos servicios de emergencia . Los servicios de ambulancia acuática están excluidos de los requisitos federales y estatales de prohibición de facturación de saldo y pueden facturar saldos por servicios de emergencia . Nota: No se requiere autorización previa para el transporte de emergencia. Sin embargo, |

| Circunstancia médica común | Servicios que podría necesitar | Lo que usted pagará | | | Limitaciones, excepciones y otra información importante |
|------------------------------------|---|--|--|---|--|
| | | Proveedor de Atención de la Salud Indígena (IHCP) (Usted paga la menor cantidad) | Proveedor en la red No-IHCP (Pagará más) | Proveedor fuera de la red No-IHCP (Pagará más que con cualquier otro proveedor) | |
| | | | | | todo transporte que no sea de emergencia requiere autorización previa. Si un Proveedor de Atención de la Salud Indígena (IHCP) le remite a un proveedor que no es IHCP, se renuncia a los costos compartidos . |
| | Atención de urgencia | Sin Cargo | \$60 Copago / visita | Sin cobertura | Ninguno Si un Proveedor de Atención de la Salud Indígena (IHCP) le remite a un proveedor que no es IHCP, se renuncia a los costos compartidos . |
| Si necesita hospitalización | Tarifa del centro (p. ej., habitación del hospital) | Sin Cargo | \$3000 Copago / día | Sin cobertura | Se podría requerir una autorización previa. Cubierto sin límite. Si un Proveedor de Atención de la Salud Indígena (IHCP) le remite a un proveedor que no es IHCP, se renuncia a los costos compartidos . |
| | Tarifas del médico/cirujano | Sin Cargo | Sin cargo | Sin cobertura | Se podría requerir una autorización previa. Cubierto sin límite. Si un Proveedor de Atención de la Salud Indígena (IHCP) le remite a un proveedor que no es IHCP, se renuncia a los costos compartidos . |

| Circunstancia médica común | Servicios que podría necesitar | Lo que usted pagará | | | Limitaciones, excepciones y otra información importante |
|--|---|--|--|---|--|
| | | Proveedor de Atención de la Salud Indígena (IHCP) (Usted paga la menor cantidad) | Proveedor en la red No-IHCP (Pagará más) | Proveedor fuera de la red No-IHCP (Pagará más que con cualquier otro proveedor) | |
| Si necesita servicios de salud mental, salud conductual o de abuso de sustancias | Servicios para pacientes ambulatorios | Sin Cargo | Visita al consultorio: \$50 Copago / visita; Para otros servicios ambulatorios: 50% Coseguro | Sin cobertura | Puede requerirse autorización previa. Sin Límite de Cobertura. (Las consultas con el Proveedor de Cuidado Primario (PCP) y otras visitas al consultorio del médico no requieren autorización previa). Si un Proveedor de Atención de la Salud Indígena (IHCP) le remite a un proveedor que no es IHCP, se renuncia a los costos compartidos . |
| | Servicios para pacientes hospitalizados | Sin Cargo | \$3000 Copago / día | Sin cobertura | Se podría requerir una autorización previa. Cubierto sin límite. Si un Proveedor de Atención de la Salud Indígena (IHCP) le remite a un proveedor que no es IHCP, se renuncia a los costos compartidos . |
| Si está embarazada | Visitas al consultorio | Sin Cargo | 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 o en el caso de que haya recién nacidos enfermos. Según el tipo de servicios, podría aplicarse un coseguro , un deducible o un copago . La atención médica para madres podría incluir pruebas y servicios que tienen un costo compartido bajo una categoría de beneficios diferente, como los exámenes de diagnóstico como las ecografías. No se aplica costo compartido a los servicios preventivos . |
| | Servicios profesionales para el nacimiento y el parto | Sin Cargo | Sin cargo | Sin cobertura | Se podría requerir una autorización previa. Según el tipo de servicios, podría |

| Circunstancia médica común | Servicios que podría necesitar | Lo que usted pagará | | | Limitaciones, excepciones y otra información importante |
|---|---|--|---|---|---|
| | | Proveedor de Atención de la Salud Indígena (IHCP) (Usted paga la menor cantidad) | Proveedor en la red No-IHCP (Pagará más) | Proveedor fuera de la red No-IHCP (Pagará más que con cualquier otro proveedor) | |
| | Servicios hospitalarios para el nacimiento y el parto | Sin Cargo | \$3000 Copago / día | Sin cobertura | aplicarse un coseguro , un deducible o un copago . La atención médica para madres podría incluir pruebas y servicios que tienen un costo compartido bajo una categoría de beneficios diferente, como los exámenes de diagnóstico como las ecografías. No se aplica costo compartido a los servicios preventivos . Si un Proveedor de Atención de la Salud Indígena (IHCP) le remite a un proveedor que no es IHCP, se renuncia a los costos compartidos . |
| Si necesita servicios de recuperación o tiene otras necesidades especiales de salud | Atención médica en el hogar | Sin Cargo | 50% Coseguro | Sin cobertura | Se podría requerir una autorización previa. Se limita a 130 visitas por año. Si un Proveedor de Atención de la Salud Indígena (IHCP) le remite a un proveedor que no es IHCP, se renuncia a los costos compartidos . |
| | Servicios de rehabilitación | Sin Cargo | Paciente ambulatorio(a): 50% Coseguro ; Paciente hospitalizado(a): \$3000 Copago / día | Sin cobertura | Paciente ambulatorio(a): Puede que sea necesaria una autorización previa después de la 6 visita. Se limita a 25 consultas ambulatorias 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. Paciente hospitalizado(a): Se podría requerir una autorización previa. Se limita a 30 días de hospitalización por año. Nota: Los límites no se aplican para diagnósticos de trastorno por consumo de sustancias o de salud mental. |

| Circunstancia médica común | Servicios que podría necesitar | Lo que usted pagará | | | Limitaciones, excepciones y otra información importante |
|----------------------------|--|--|--|---|---|
| | | Proveedor de Atención de la Salud Indígena (IHCP) (Usted paga la menor cantidad) | Proveedor en la red No-IHCP (Pagará más) | Proveedor fuera de la red No-IHCP (Pagará más que con cualquier otro proveedor) | |
| | | | | | <p>Sí un Proveedor de Atención de la Salud Indígena (IHCP) le remite a un proveedor que no es IHCP, se renuncia a los costos compartidos.</p> |
| | Servicios de habilitación | Sin Cargo | <p>Paciente ambulatorio(a): 50% Coseguro</p> <p>Paciente hospitalizado(a): \$3000 Copago / día</p> | Sin cobertura | <p>Paciente ambulatorio(a): Puede que sea necesaria una autorización previa después de la 6 visita. Se limita a 25 consultas ambulatorias al año. Nota: Los límites para la terapia de habilitación no se aplican cuando el servicio se presta en casos de diagnóstico por trastornos de la salud mental o por consumo de drogas.</p> <p>Paciente hospitalizado(a): Se podría requerir una autorización previa. Se limita a 30 días de hospitalización por año. Nota: Los límites no se aplican para diagnósticos de trastorno por consumo de sustancias o de salud mental.</p> <p>Sí un Proveedor de Atención de la Salud Indígena (IHCP) le remite a un proveedor que no es IHCP, se renuncia a los costos compartidos.</p> |
| | Atención de enfermería especializada | Sin Cargo | \$3000 Copago / día | Sin cobertura | <p>Se podría requerir una autorización previa. Se limita a 60 días por año. Nota: Los límites no se aplican para diagnósticos de trastorno por consumo de sustancias o de salud mental. Sí un Proveedor de Atención de la Salud Indígena (IHCP) le remite a un proveedor que no es IHCP, se renuncia a los costos compartidos.</p> |

| Circunstancia médica común | Servicios que podría necesitar | Lo que usted pagará | | | Limitaciones, excepciones y otra información importante |
|---|---|--|--|---|---|
| | | Proveedor de Atención de la Salud Indígena (IHCP) (Usted paga la menor cantidad) | Proveedor en la red No-IHCP (Pagará más) | Proveedor fuera de la red No-IHCP (Pagará más que con cualquier otro proveedor) | |
| | Equipo médico duradero | Sin Cargo | 50% Coseguro | Sin cobertura | Se podría requerir una autorización previa. Cubierto sin límite. Si un Proveedor de Atención de la Salud Indígena (IHCP) le remite a un proveedor que no es IHCP, se renuncia a los costos compartidos . |
| | Servicios en un programa de cuidados paliativos | Sin Cargo | 50% Coseguro | Sin cobertura | Se podría requerir una autorización previa. Se limita a 14 días de por vida para la atención de relevo cubierta junto con los servicios para enfermos terminales. Si un Proveedor de Atención de la Salud Indígena (IHCP) le remite a un proveedor que no es IHCP, se renuncia a los costos compartidos . |
| Si su hijo necesita servicios dentales o de la vista | Examen de la vista para niños | Sin Cargo | Sin cargo | Sin cobertura | Limitado a 1 visita al año. |
| | Anteojos para niños | Sin Cargo | Sin cargo | Sin cobertura | Se limita a 1 artículo por año. Se limita a un marco y un par (dos lentes) por año calendario o lentes de contacto en lugar de anteojos. |
| | Control dental para niños | No están cubiertos | No están cubiertos | No están cubiertos | -----Ninguno----- |

Servicios excluidos y otros servicios cubiertos:

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

- Atención a largo plazo (La atención aguda a largo plazo es un beneficio cubierto. La atención de enfermería a largo plazo/Atención asistencial no es un beneficio cubierto.)
- Atención de la vista de rutina (adulto)
- Atención dental (adulto)
- Cirugía bariátrica
- Cirugía estética
- Cuidado que no es de emergencia al viajar fuera de Estado Unidos
- Programas de pérdida de peso
- Servicio de enfermería privada

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

- Aborto
- Acupuntura (Limitado a 12 visitas al año. Nota: las visitas son ilimitadas para tratamiento de dependencia química.)
- Audífonos (Cubierto para implantes cocleares y audífonos anclados en el hueso (BAHA, por sus siglas en inglés) solamente.)
- Cuidado quiropráctico (Limitado a 10 visitas al año.)
- Cuidado rutinario de los pies
- Tratamiento de la infertilidad (Limitado a los servicios para [pruebas de diagnóstico](#) para averiguar la causa de la infertilidad.)

Su derecho a continuar con la cobertura: Hay organismos que pueden ayudarlo si quiere mantener la cobertura después de que esta finalice. La información de contacto de esos organismos es: Ambetter from Coordinated Care Corporation a 1-877-687-1197 (TTY 711); Consumer Advocacy/SHIBA Office of the Insurance Commissioner, 5000 Capitol Blvd., SE, Turnwater, WA 98501, Phone No. (800) 562-6900 or (360) 725-7080.. P Es posible que haya otras opciones de cobertura disponibles para usted, como contratar una cobertura de seguro individual a través del [Mercado de Seguros Médicos](#). Para obtener más información sobre el [Mercado](#), visite www.HealthCare.gov o llame al 1-800-318-2596.

Su derecho a presentar una queja o una apelación: Hay organismos que pueden ayudarlo si tiene una queja contra su [plan](#) por la denegación de una [reclamación](#). Esta queja se denomina [queja](#) formal o [apelación](#). Para obtener más información sobre sus derechos, consulte la explicación de beneficios que recibirá por dicha [reclamación](#) médica. Los documentos de su [plan](#) también dan toda la información para presentar una [reclamación](#), una [apelación](#) o una [queja formal](#) por cualquier motivo a su [plan](#). Para obtener más información sobre sus derechos, sobre este aviso o si necesita ayuda, comuníquese con: Consumer Advocacy/SHIBA Office of the Insurance Commissioner, 5000 Capitol Blvd., SE, Turnwater, WA 98501, Phone No. (800) 562-6900 or (360) 725-7080.

¿Este plan proporciona cobertura esencial mínima? Sí

La [cobertura esencial mínima](#) generalmente incluye [planes](#), [seguros médicos](#) disponibles a través del [Mercado](#) u otras pólizas de mercado individuales, Medicare, Medicaid, CHIP, TRICARE y otras coberturas específicas. Si usted es elegible para determinados tipos de [cobertura esencial mínima](#), tal vez no sea elegible para el [crédito fiscal para primas del plan](#).

¿Cumple este plan el valor mínimo estándar? No Corresponde

Si su [plan](#) no cumple con el [valor mínimo estándar](#), es posible que cumpla con los requisitos para recibir un [crédito fiscal para primas del plan](#) que lo ayudará a pagar un [plan](#) en el [Mercado](#).

Servicio de acceso a idiomas:

Spanish (Español): Para obtener asistencia en Español, llame al 1-877-687-1197 (TTY 711).

Tagalog (Tagalog): Kung kailangan ninyo ang tulong sa Tagalog tumawag sa 1-877-687-1197 (TTY 711).

Chinese (中文): 如果需要中文的帮助, 请拨打这个号码 1-877-687-1197 (TTY 711).

Navajo (Dine): Dinek'ehgo shika at'ohwol ninisingo, kwijigo holne' 1-877-687-1197 (TTY 711).

Para ver ejemplos de cómo este [plan](#) podría cubrir los costos de una situación médica de ejemplo, consulte la siguiente sección.

Acerca de estos ejemplos de cobertura:



Esta no es una herramienta de cálculo de costos. Los tratamientos que se muestran son solo ejemplos de cómo puede este [plan](#) cubrir la atención médica. Sus costos reales pueden variar según el tratamiento real que reciba, los precios que sus [proveedores](#) cobren y muchos otros factores. Fíjese en las cantidades de [costo compartido](#) ([deducibles](#), [copagos](#) y [coseguro](#)) y en los [servicios excluidos](#) por el [plan](#). Use esta información para comparar la parte de los costos que podría pagar con los distintos [planes médicos](#). Tenga presente que estos ejemplos de cobertura se basan solo en una cobertura individual.

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

- El [deducible](#) general del [plan](#) \$0
- [Especialista copago](#) \$115
- Hospital (establecimiento) [copago](#) \$3,000
- Otro [coseguro](#) 50%

Este EJEMPLO de evento incluye servicios como:

Visitas al consultorio del [especialista](#) (*atención prenatal*)
 Servicios profesionales para el nacimiento y el parto
 Servicios hospitalarios para el nacimiento y el parto
[Exámenes de diagnóstico](#) (*ecografías y análisis de sangre*)
 Consulta con un [especialista](#) (*anestesia*)

Costo total del ejemplo \$12,700

En este ejemplo, Peg pagaría:

| Costo 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
- [Especialista copago](#) \$115
- Hospital (establecimiento) [copago](#) \$3,000
- Otro [coseguro](#) 50%

Este EJEMPLO de evento incluye servicios como:

Visitas en el consultorio del [médico de atención primaria](#) (*incluye la educación sobre enfermedades*)
[Exámenes de diagnóstico](#) (*análisis de sangre*)
[Medicamentos con receta médica](#)
[Equipo médico duradero](#) (*glucómetro*)

Costo total del ejemplo \$5,600

En este ejemplo, Joe pagaría:

| Costo compartidos | |
|------------------------------------|------------|
| Deducibles | \$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
- [Especialista copago](#) \$115
- Hospital (establecimiento) [copago](#) \$3,000
- Otro [coseguro](#) 50%

Este EJEMPLO de evento incluye servicios como:

[Atención en la Sala de Emergencias](#) (*incluye suministros médicos*)
[Exámenes de diagnóstico](#) (*radiografías*)
[Equipo médico duradero](#) (*muletas*)
[Servicios de rehabilitación](#) (*fisioterapia*)

Costo total del ejemplo \$2,800

En este ejemplo, Mia pagaría:

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

Nota: Estos números asumen que el paciente recibió atención de un [proveedor](#) de atención médica para indígenas (IHCP), o con [referencia](#) de un IHCP para un [proveedor](#) que no es un IHCP. Si usted recibe atención de un [proveedor](#) que no es un IHCP sin una referencia de un IHCP, sus costos pueden ser más altos.

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

English: 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).

Spanish: Si usted, o alguien a quien está ayudando, tiene preguntas acerca de Ambetter from 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).

Chinese: 如果您，或是您正在協助的對象，有關於 Ambetter from Coordinated Care Corporation 方面的問題，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)。

Vietnamese: 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).

Korean: 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)번으로 가입자 서비스부에 연락해 주십시오.

Russian: 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).

| | |
|------------------------------|--|
| Tagalog: | Kung ikaw, o ang iyong tinutulungan, 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 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 1-877-687-1197 (TTY 711). |
| Ukrainian: | 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). |
| Mon-Khmer, Cambodian: | ប្រសិនបើអ្នក ឬនរណាម្នាក់ដែលអ្នកកំពុងជួយ មានសំណួរអំពី Ambetter from Coordinated Care Corporation ហើយមិនមានភាពស្មានជំនាញក្នុងការប្រើភាសាអង់គ្លេស អ្នកមានសិទ្ធិទទួលបានជំនួយ និងព័ត៌មានជាភាសាបស្ចឹមដោយឥតគិតថ្លៃ និងទៅតាមពេលវេលាសមស្រប។ ប្រសិនបើអ្នក ឬនរណាម្នាក់ដែលអ្នកកំពុងជួយ មានបញ្ហាភ្នែក ឬការស្តាប់ដែលរារាំងដល់ការទំនាក់ទំនង អ្នកមានសិទ្ធិទទួលបានជំនួយ និងសេវាកម្មចាំបាច់នានាដោយឥតគិតថ្លៃ និងក្នុងពេលវេលាសមស្រប។ ដើម្បីទទួលបានសេវាកម្មបកប្រែ ឬសេវាកម្មចាំបាច់នានា សូមទាក់ទងសេវាកម្មសមាជិក តាមរយៈលេខ 1-877-687-1197 (TTY 711)។ |
| Japanese: | 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。 |
| Amharic: | እርስዎ ወይም ሌላ የሚያግዙት ሰው፣ ስለ Ambetter from Coordinated Care Corporation ጥያቄ ካለዎት እና እንግሊዝኛ ብቁ ካልሆኑ፣ ያለምንም ወጪ እና በጊዜው በቋንቋዎ እርዳታ እና መረጃ የማግኘት መብት አልዎት። እርስዎ ወይም ሌላ የሚያግዙት ሰው፣ ግንኙነትን የሚያደናቅፍ የመስማት እና/ወይም የእይታ ችግር ካልዎት፣ ኢፓዥ እርዳታዎችን እና አገልግሎቶችን ያለ ምንም ወጪ እና በጊዜው የመቀበል መብት አልዎት። 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) qunnaamaa. |
| Arabic: | إذا كان لديك أو لدى شخص تساعد أسئلة حول Ambetter from Coordinated Care Corporation، 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 تساعد 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 بخدمات الأعضاء على 1-877-687-1197 (TTY 711). |

| | |
|-----------------|---|
| Punjabi: | <p>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, ਜੇ 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।</p> |
| German: | <p>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).</p> |
| Laotian: | <p>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) ໄດ້ທີ່ 1-877-687-1197 (TTY 711).</p> |

AMB24-WA-C-00014
 Ambetter from Coordinated Care is underwritten by Coordinated Care Corporation which is a Qualified Health Plan issuer in the Washington Health Benefit Exchange. This is a solicitation for insurance. ©2024 Coordinated Care Corporation, Ambetter.CoordinatedCareHealth.com. If you, or someone you're helping, have questions about Ambetter from Coordinated Care, 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 1-877-687-1197 (TTY 711). For more information on your right to receive an Ambetter from Coordinated Care 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.



Statement of Non-Discrimination

Ambetter from Coordinated Care Corporation complies with applicable Federal and Washington state civil rights laws and does not discriminate on the basis of race, color, national origin (including limited English proficiency and primary language), age, disability, or sex (including pregnancy, gender identity, sexual orientation or sexual characteristics). Ambetter from Coordinated Care does not exclude people or treat them differently because of race, color, national origin (including limited English proficiency and primary language), age, disability, or sex (including pregnancy, gender identity, sexual orientation or sexual characteristics).

If you, or someone you are helping, have questions about Ambetter from Coordinated Care, 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. Ambetter from Coordinated Care:

- Provides free aids and services to people with disabilities to communicate effectively with us, such as:
 - Qualified sign language interpreters
 - Written information in other formats (large print, audio, accessible electronic formats, other formats)

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. Ambetter from Coordinated Care:

- Provides free language services to people whose primary language is not English, such as:
 - Qualified interpreters
 - Information written in other languages

To receive translation or auxiliary services, please contact Ambetter from Coordinated Care at 1-877-687-1197 (TTY 711).

If you believe that Ambetter from Coordinated Care has failed to provide these services or discriminated in another way on the basis of race, color, national origin (including limited English proficiency and primary language), age, disability, or sex (including pregnancy, gender identity, sexual orientation or sexual characteristics), you can file a grievance with: Ambetter from Coordinated Care, 1557 Coordinator, P.O. Box 31384, Tampa, FL 33631, 1-855-577-8234 (TTY 711), Fax 1-866-388-1769. You can file a grievance by mail, fax, or email SM_Section1557Coord@centene.com. If you need help filing a grievance, Ambetter from Coordinated Care is available to help you. You can also file a civil rights complaint with:

- The U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights electronically through the Office for Civil Rights Complaint Portal, available at <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, or by mail or phone at: 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). Complaint forms are available at <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.
- The Washington State Office of the Insurance Commissioner, electronically through the Office of the Insurance Commissioner Complaint portal available at <https://www.insurance.wa.gov/file-complaint-or-check-your-complaint-status>, or by phone at 800-562-6900, 360-586-0241 (TDD). Complaint forms are available at <https://fortress.wa.gov/oic/onlineservices/cc/pub/complaintinformation.aspx>.

Ambetter from Coordinated Care is underwritten by Coordinated Care Corporation, which is a Qualified Health Plan issuer in the Washington Health Benefit Exchange. This is a solicitation for insurance. © 2024 Coordinated Care Corporation. All rights reserved. Ambetter.CoordinatedCareHealth.com



Declaración de no discriminación

Ambetter from Coordinated Care Corporation cumple las leyes federales y las leyes del estado de Washington vigentes sobre derechos civiles y no discrimina por motivos de origen racial, color, nacionalidad (incluidos el poco dominio del inglés y la lengua materna), edad, discapacidad o sexo (incluidos el estado de embarazo, la identidad de género, la orientación sexual o las características sexuales). Ambetter from Coordinated Care no excluye ni trata a las personas de forma diferente por los motivos antes mencionados.

Si usted o alguien a quien ayuda tiene preguntas sobre Ambetter from Coordinated Care y no domina el inglés, tiene derecho a recibir ayuda e información en su idioma sin costo alguno y en el momento oportuno. Ambetter from Coordinated Care brinda:

- Herramientas y servicios gratuitos a personas con discapacidad para que puedan comunicarse eficazmente con nosotros, por ejemplo:
 - Intérpretes calificados de lengua de señas.
 - Información por escrito en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos).

Si usted o alguien a quien ayuda tiene una condición auditiva o visual que impide la comunicación, tiene derecho a recibir ayudas y servicios auxiliares sin costo alguno y en el momento oportuno. Ambetter from Coordinated Care brinda:

- Servicios gratuitos de idiomas a las personas cuya lengua materna no sea el inglés, por ejemplo:
 - Intérpretes calificados.
 - Información escrita en otros idiomas.

Para recibir servicios de traducción o auxiliares, llame a Ambetter from Coordinated Care al 1-877-687-1197 (TTY: 711).

Si cree que Ambetter from Coordinated Care no brindó estos servicios o discriminó de otro modo por motivos de origen racial, color, nacionalidad (incluidos el poco dominio del inglés y la lengua materna), edad, discapacidad o sexo (incluidos el estado de embarazo, la identidad de género, la orientación sexual o las características sexuales), puede presentar una queja: Ambetter from Coordinated Care, 1557 Coordinator, P.O. Box 31384, Tampa, FL 33631, 1-855-577-8234 (TTY 711), Fax 1-866-388-1769. Puede hacerlo por correo postal, por fax o por correo electrónico a SM_Section1557Coord@centene.com. Ambetter from Coordinated Care está disponible si necesita ayuda para presentar una queja. También puede presentar un reclamo sobre los derechos civiles ante estos organismos:

- La Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. a través del portal en línea de la oficina para ese fin, en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o por correo o por teléfono: U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue SW., Room 509F, HHH Building, Washington, DC 20201; 1-800-368-1019, TDD: 800-537-7697. 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 a través del portal en línea de la oficina para ese fin, en <https://www.insurance.wa.gov/file-complaint-or-check-your-complaint-status>, o por teléfono al 800-562-6900 o al 360-586-0241 (TDD). Los formularios de reclamo están disponibles en <https://fortress.wa.gov/oic/onlineServices/cc/pub/complaintinformation.aspx>.

Ambetter from Coordinated Care está cubierto por Coordinated Care Corporation, que es un emisor de planes de salud calificados en el Mercado de Beneficios de Salud de Washington. Esta es una promoción de seguro. © 2024 Coordinated Care Corporation. All rights reserved. Ambetter.CoordinatedCareHealth.com