



El Resumen de beneficios y cobertura (SBC) lo ayudará a escoger un [plan](#) de salud. El SBC muestra cómo usted y el [plan](#) compartirían los costos de los servicios de atención médica cubiertos. **NOTA:** La información sobre el costo de este [plan](#) (denominado [prima](#)) se proporcionará por separado. Este es solo un resumen. Para obtener más información sobre su cobertura u obtener una copia de los términos completos de la cobertura, visite <https://www-es.ambetterhealth.com/2026-brochures.html> o llame al 1-833-543-3145 (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 1-833-543-3145 (TTY 711) para pedir una copia.

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué es importante:
¿Cuánto es el deducible total?	\$6,400 por miembro / \$12,800 por familia.	En general, debe pagar todos los costos de los proveedores hasta la cantidad deducible antes de que este plan comience a pagar. Si tiene otros familiares en el plan , cada familiar debe satisfacer su propio deducible individual hasta que la cantidad total de gasto deducibles pagados por todos los familiares satisfagan el deducible familiar total.
¿Hay servicios cubiertos antes de alcanzar su deducible ?	Sí. Los servicios de atención preventiva están cubiertos antes de que alcance su deducible (ver información adicional a continuación).	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 . Por ejemplo, este plan cubre ciertos servicios preventivos sin costos compartidos antes de que alcance su deducible . Consulte una lista de servicios preventivos cubiertos en https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/
¿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 ?	Para atención de proveedores de la red : \$8,050 por miembro/\$16,100 por familia. No se aplica a proveedores fuera de la red .	El límite de gastos de bolsillo es lo máximo que puede pagar en un año por servicios cubiertos. Si otros miembros de su familia pertenecen a este plan , estos tienen que alcanzar sus propios límites de gastos de bolsillo hasta que se alcance el límite de gastos de bolsillo general de la familia.
¿Qué es lo que no está incluido en el límite de gastos de bolsillo ?	Primas , cargos de facturación de saldo , multas por no obtener autorización previa para los servicios y atención de salud que este plan no cubre.	Aunque pague estos gastos, no cuentan para el límite de gastos de bolsillo .

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué es importante:
¿Pagará menos si acude a un proveedor dentro de la red ?	Sí. Visite https://ambetterhealth.com/findadoc o llame al 1-833-543-3145 (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 derivación para atenderse con un especialista ?	No.	Puede ver al especialista que usted elija sin una derivación .

 Todos los [copagos](#) y el [coseguro](#) que se muestran en este cuadro se aplican después de alcanzar su [deducible](#), si se aplica uno.

Circunstancia médica común	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor dentro de la red (Usted pagará el mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará el máximo)	
Si acude al consultorio o clínica del proveedor	Consulta con su médico de atención primaria para tratar una afección o lesión	20% Coseguro	Sin cobertura	Cubierto sin límite.
	Consulta con un especialista	20% Coseguro	Sin cobertura	Ninguno
	Atención preventiva/ evaluación/vacunas	Sin cargo; deducible no se aplica	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)	20% Coseguro para servicios profesionales y de laboratorio 20% Coseguro para diagnóstico por imágenes y radiografías 20% Coseguro para servicios de laboratorio y profesionales, y radiografías	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.

Circunstancia médica común	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor dentro de la red (Usted pagará el mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará el máximo)	
		y diagnóstico por imágenes en otros lugares de servicio		
	Diagnóstico por imágenes (tomografía computarizada/tomografía por emisión de positrones, imágenes por resonancia magnética)	20% Coseguro	Sin cobertura	Se podría requerir una autorización previa. Cubierto sin límite.
Si necesita un medicamento para tratar su enfermedad o condición médica. Hay más información disponible sobre la cobertura de medicamentos con receta médica en https://ambetterhealth.com/2026formulary	Medicamentos genéricos	Nivel 1a: Venta minorista de medicamentos genéricos preferidos: 20% Coseguro Nivel 1b: Venta minorista de medicamentos genéricos: 20% Coseguro	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.
	Medicamentos de marca preferidos	Nivel 2: Venta minorista: 20% Coseguro	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.
	Medicamentos de marca no preferidos y genéricos no preferidos	Nivel 3: Venta minorista: 25% Coseguro	Sin cobertura	
	Medicamentos de especialidad	Nivel 4: Venta minorista: 30% Coseguro	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)	20% Coseguro	Sin cobertura	Se podría requerir una autorización previa. Cubierto sin límite.
	Tarifas del médico/cirujano	20% Coseguro	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 dentro de la red (Usted pagará el mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará el máximo)	
Si necesita atención médica inmediata	Atención en la Sala de Emergencias	20% Coseguro	20% Coseguro	Ninguno
	Transporte médico de emergencia	20% Coseguro	20% Coseguro	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.
	Atención de urgencia	20% Coseguro	Sin cobertura	Ninguno
Si necesita hospitalización	Tarifa del centro (p. ej., habitación del hospital)	20% Coseguro	Sin cobertura	Se podría requerir una autorización previa. Cubierto sin límite.
	Tarifas del médico/cirujano	20% Coseguro	Sin cobertura	Se podría requerir una autorización previa. Cubierto sin límite.
Si necesita servicios de salud mental, salud conductual o de abuso de sustancias	Servicios para pacientes ambulatorios	Visita al consultorio: 20% Coseguro ; Otros servicios para pacientes ambulatorios: 20% Coseguro	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	20% Coseguro	Sin cobertura	Se podría requerir una autorización previa. Cubierto sin límite.
Si está embarazada	Visitas al consultorio	20% Coseguro	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	20% Coseguro	Sin cobertura	Se podría requerir una autorización previa. No se aplica costo compartido a los

Circunstancia médica común	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor dentro de la red (Usted pagará el mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará el máximo)	
	Servicios hospitalarios para el nacimiento y el parto	20% Coseguro	Sin cobertura	servicios preventivos . 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).

Circunstancia médica común	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor dentro de la red (Usted pagará el mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará el máximo)	
Si necesita servicios de recuperación o tiene otras necesidades especiales de salud	Atención médica en el hogar	20% Coseguro	Sin cobertura	Se podría requerir una autorización previa. Se limita a 100 visitas por año.
	Servicios de rehabilitación	Atención ambulatoria: 20% Coseguro Servicios hospitalarios: 20% Coseguro	Sin cobertura	Pacientes ambulatorios: Se podría requerir una autorización previa. Terapia de rehabilitación: terapia del habla, terapia ocupacional y fisioterapia se limitan a 20 visitas cada una, terapia cardíaca limitada a 36 visitas y terapia pulmonar limitada a 20 visitas al año. Los servicios pueden utilizarse para rehabilitación intensiva diurna Nota: Los límites no se aplican para diagnósticos de trastorno por consumo de sustancias o de salud mental. Pacientes hospitalizados: 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.
	Servicios de habilitación	Atención ambulatoria: 20% Coseguro Servicios hospitalarios 20% Coseguro	Sin cobertura	Pacientes ambulatorios: Se podría requerir una autorización previa. Cubierto sin límite. Pacientes hospitalizados: 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.
	Atención de enfermería especializada	20% Coseguro	Sin cobertura	Se podría requerir una autorización previa. Se limita a 90 días por año.
	Equipo médico duradero	20% Coseguro	Sin cobertura	Se podría requerir una autorización previa. Cubierto sin límite.
	Servicios en un programa de cuidados paliativos	20% Coseguro	Sin cobertura	Se podría requerir una autorización previa. Cubierto sin límite.
	Examen de la vista para niños	Sin cargo; No se aplica deducible	Sin cobertura	Limitado a 1 consulta por año.

Circunstancia médica común	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor dentro de la red (Usted pagará el mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará el máximo)	
Si su hijo necesita servicios dentales o de la vista	Anteojos para niños	Sin cargo; No se aplica deducible	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](#)).

<ul style="list-style-type: none"> Aborto (excepto en casos de violación, incesto o cuando la vida de la miembro está en peligro) Atención a largo plazo. Atención dental (niños) 	<ul style="list-style-type: none"> Atención que no es de emergencia cuando viaja fuera de los EE. UU. Cirugía bariátrica. 	<ul style="list-style-type: none"> 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](#)).

<ul style="list-style-type: none"> Acupuntura (limitada a 12 visitas por año) Atención de quiropráctico (limitada a 12 visitas por año) Atención odontológica (Se aplican los límites anuales de visitas y artículos para adultos. Límite anual de \$1000 al año por persona). 	<ul style="list-style-type: none"> Atención oftalmológica de rutina (adultos: una consulta, un marco y un par de lentes. la cobertura asignada en dólares se aplica a artículos físicos). Audífonos (limitado a 1 audífono por oído hipoacúsico, hasta \$2,500 cada 48 meses para miembros de 21 años o menos). Cuidado de los pies de rutina. 	<ul style="list-style-type: none"> Servicio privado de enfermería (limitado a 90 visitas por año) Tratamiento de infertilidad (se limita a servicios relacionados con pruebas de diagnóstico destinadas a descubrir la causa de la infertilidad)
---	---	--

Su derecho a continuar con 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, 1-833-543-3145 (TTY 711); Ohio Department of Insurance, 50 West Town Street, Third Floor - Suite 300, Columbus, Ohio 43215, Phone:1-800-686-1526; 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 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: Ohio Department of Insurance, 50 West Town Street, Third Floor - Suite 300, Columbus, Ohio 43215, Phone:1-800-686-1526

¿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 se aplica

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

Servicio de acceso a idiomas:

Spanish (Español): Para obtener asistencia en español, llame al 1-833-543-3145 (TTY 711).

Tagalog (Tagalog): Kung kailangan ninyo ang tulong sa Tagalog tumawag sa 1-833-543-3145 (TTY 711).

Chinese (中文): 如果需要中文的帮助，请拨打这个号码 1-833-543-3145 (TTY 711).

Navajo (Dine): Dinek'ehgo shika at'ohwol ninisingo, kwijigo holne' 1-833-543-3145 (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](#) \$6,400
- [Médico especialista coseguro](#) 20%
- Hospital (centro) [coseguro](#) 20%
- Otro [coseguro](#) 20%

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:

<i>Costos compartidos</i>	
Deducibles	\$6,400
Copagos	\$0
Coseguro	\$1,200
<i>Lo que no está cubierto</i>	
Límites o exclusiones	\$60
El total que Peg pagaría es	\$7,660

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](#) \$6,400
- [Médico especialista coseguro](#) 20%
- Hospital (centro) [coseguro](#) 20%
- Otro [coseguro](#) 20%

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:

<i>Costos compartidos</i>	
Deducibles	\$5,400
Copagos	\$0
Coseguro	\$0
<i>Lo que no está cubierto</i>	
Límites o exclusiones	\$20
El total que Joe pagaría es	\$5,420

Fractura simple de Mia

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

- El [deducible](#) general del [plan](#) \$6,400
- [Médico especialista coseguro](#) 20%
- Hospital (centro) [coseguro](#) 20%
- Otro [coseguro](#) 20%

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:

<i>Costos compartidos</i>	
Deducibles	\$2,800
Copagos	\$0
Coseguro	\$0
<i>Lo que no está cubierto</i>	
Límites o exclusiones	\$0
El total que Mia pagaría es	\$2,800

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

English:	If you, or someone you're helping, have questions about any of the Ambetter Health offerings, 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 1-833-543-3145 (TTY 711).
Spanish:	Si usted, o alguien a quien está ayudando, tiene preguntas acerca de alguno de los ofrecimientos 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 1-833-543-3145 (TTY 711).
Haitian Creole:	Si ou menm, oswa yon moun w ap ede, gen kesyon sou nenpòt sa Ambetter Health ofri yo, epi nou pa metrize Anglè, nou gen dwa pou jwenn èd ak enfòmasyon nan lang nou gratis epi nan moman ki apwopriye a. Si ou menm, oswa yon moun w ap ede, gen yon pwoblèm pou tande ak/oswa yon pwoblèm pou wè ki pètibe kominikasyon nou, nou gen dwa pou resevwa asistans ak sèvis oksilyè gratis epi nan moman ki apwopriye a. Pou resevwa sèvis tradiksyon oswa sèvis oksilyè yo, tanpri kontakte Sèvis Manm yo nan 1-833-543-3145 (TTY 711).
Ukrainian:	Якщо у вас або особи, якій ви допомагаєте, виникли запитання щодо будь-яких пропозицій Ambetter Health, 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 1-833-543-3145 (TTY 711).
Nepali:	यदि तपाईं स्वयं वा तपाईंले मदत गरिरहनुभएको कोही व्यक्तिसँग Ambetter Health सँग सम्बन्धित प्रश्नहरू छन् र तपाईं दुवै अंग्रेजीमा निपुण हुनुहुन्न भने तपाईंसँग निःशुल्क रूपमा र समयमै आफ्नो भाषामा मदत र जानकारी प्राप्त गर्ने अधिकार छ। यदि तपाईं वा तपाईंले मदत गरिरहनुभएको व्यक्तिसँग सञ्चारमा बाधा पुऱ्याउने श्रवण र/वा दृश्यसम्बन्धी समस्या छ भने तपाईंसँग निःशुल्क रूपमा र समयमै सहायक उपकरण र सेवाहरू प्राप्त गर्ने अधिकार छ। अनुवाद वा सहायक सेवाहरू प्राप्त गर्न कृपया 1-833-543-3145 (TTY 711) मा सदस्य सेवाहरू लाई सम्पर्क गर्नुहोस्।
Arabic:	إذا كان لديك أو لدى شخص تساعد أسئلة حول أي عرض من عروض Ambetter Health، ولم تكن تجيد التحدث باللغة الإنكليزية، فلديك الحق في الحصول على المساعدة والمعلومات بلغتك من دون أي تكلفة وفي الوقت المناسب. إذا كنت تعاني، أنت أو أي شخص تساعد، 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 1-833-543-3145 (TTY 711).
Somali:	Haddii adiga, ama qof aad caawinaysaa, uu qabto su'aalo ku saabsan mid ka mid ah waxyaabaha ay bixiso Ambetter Health, oo aanu si wanaagsan ugu hadal Ingiriisiga, waxaad xaq u leedahay inaad hesho caawimo iyo macluumaad ah luqaddaada oo aan kharash ahayn iyo wakhti habboon. Haddii adiga, ama qof aad caawinayso, aad qabtaan xaalado maqalka ah iyo/ama araga ah oo xanibta wada xidhiidhka, waxaad xaq u leedahay inaad hesho kaalmada wada xidhiidhka iyo adeegyada oo aan kharash kugu joogin qaab wakhti habboon ah. Si aad u hesho turjumaad iyo adeegyada kaalmada wada xidhiidhka, fadlan la xidhiidh Adeegyada Xubinta lambarka 1-833-543-3145 (TTY 711).

Russian:	Если у вас или у лица, которому вы помогаете, возникли вопросы о любых предложениях 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, есть нарушения слуха или зрения, которые препятствуют коммуникации, вы имеете право на бесплатные и своевременные вспомогательные услуги и помощь. Для получения услуг перевода или вспомогательных услуг обратитесь в отдел обслуживания участников по телефону 1-833-543-3145 (TTY 711).
Swahili:	Ikiwa wewe, au mtu unayemsaidia, ana maswali kuhusu yoyote ya matoleo ya Ambetter Health, na huelewi Kiingereza vizuri, una haki ya kupata usaidizi na maelezo kwa lugha yako bila kulipa ada yoyote na kwa wakati ufaao. Ikiwa wewe, au mtu unayemsaidia, ana tatizo la kusikia na/au la kuona ambalo linazuia mawasiliano, una haki ya kupata usaidizi na huduma za ziada bila kulipa ada yoyote na kwa wakati unaofaa. Ili kupata huduma za tafsiri au za ziada, tafadhali wasiliana na Huduma kwa Wanachama 1-833-543-3145 (TTY 711).
French:	Si vous même ou une personne que vous aidez avez des questions à propos de l'une des offres 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 les Services aux membres au 1-833-543-3145 (TTY 711).
Kinyarwanda:	Niba wowe, cyangwa undi muntu uri gufasha, mufite ibyo mwibaza kuri Ambetter Health, ndetse mukaba mutazi neza icyongereza, Ufite uburenganzira bwo guhabwa ubufasha n'amakuru mu rurimi rwawe nta kiguzi utanze ndetse ku gihe. Niba wowe, cyangwa undi muntu uri gufasha, afite uburwayi mu kumva na/cyangwa kureba bubangamiye itumanaho, ufite uburenganzira bwo guhabwa inyunganirangingo mu kumva na serivisi bijyanye nta kiguzi utanze ndetse ku gihe. Kugira ngo uhabwe ubusemuzi cyangwa serivisi z'inyunganirangingo mu kumva, turagusabye vugana na Serivisi zishinzwe Umunyamuryango kuri 1-833-543-3145 (TTY 711).
Uzbek:	Sizda yoki siz yordam berayotgan kimdirda Ambetter Health takliflaridan istalgan biri haqida savollar tug'ilsa va ingliz tilini yaxshi bilmasangiz, o'z tilingizda bepul va o'z vaqtida yordam hamda axborot olish huquqiga egasiz. Sizda yoki siz yordam berayotgan kimdirda muloqotga xalal beradigan eshitish va/yoki ko'rish muammolari bo'lsa, qo'shimcha yordam va xizmatlardan bepul va o'z vaqtida foydalanish huquqiga egasiz. Tarjima yoki qo'shimcha xizmatlardan foydalanish uchun Mijozlarga xizmat bo'limiga quyidagi telefon raqami orqali murojaat qiling 1-833-543-3145 (TTY 711).
Pashtu:	که تاسو یا هغه څوک چې تاسو ورسره مرسته کوئ چېد Ambetter Health په اړه پوښتنې لری او په انګلیسي ژبه کې مهارت نه لری نو تاسو حق لری چې په خپله ژبه کې وریا او پر وخت مرسته او معلومات ترلاسه کړئ. که تاسو یا هغه څوک چې تاسو ورسره مرسته کوئ چې د اوریدو او/یا د لیدلو ستونزه لری چې د اړیکو مخه نیسي چې البته تاسو حق لری چې مرستندویه مرستی او خدمات په وریا توګه او په وخت سره ترلاسه کړئ. مهرباني وکړئ چې د ژباړې یا مرستندویه خدماتو ترلاسه کولو لپاره د غړو خدماتو سره د 1-833-543-3145 (TTY 711) سره اړیکه ټینګه کړئ.
Vietnamese:	Nếu quý vị hoặc người mà quý vị đang giúp đỡ có câu hỏi về bất kỳ dịch vụ nào của 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 1-833-543-3145 (TTY 711).
Tigrinya:	ባዕሎም ወይ ንሎም ዝሕግዝዎ ሰብ ብዛዕባ ኣብ ትሕቲ Ambetter Health ሕቶታት ኣንተ-ሃልዮ-ሞም፣ ግን ከኣ ናይ ቋንቋ ኢንግሊዝኛ ብቐጻት ኣንድሕር ዝጎድሎም ኮይኑ፣ ኣገዝን ኣበሬታን ብቐንቐኡም፣ ብናግን ኣብ ትኽክለኛ ኣሞንን ክረኽቡ መሰል ኣለዎም። ባዕሎም ወይ ንሎም ዝሕግዝዎ ሰብ ክረ-ዳ-ዳኡ ዝዕንቅፍ ናይ ምስማዕ ወይ ምርኣይ ፀገም ኣንተ-ሃልዮ-ሞም፣ ብናግን ኣብ ሰዓቶን መስምዒ/መርኣዩ ኣገዛትን ኣገልግሎታትን ክረኽቡ መሰል ኣለዎም። ናይ ትርጉም ወይ ድማ መስምዒ/መርኣዩ ኣገዛት ንምርኣብ፣ ብይዘኣም ምስ ናይ ኣባላት ኣገልግሎታት ብ 1-833-543-3145 (TTY 711) ይራኽቡ።
Dari:	گر شما یا فردی که به او کمک می‌کنید درباره کدام یکی از خدمات Ambetter Health سوالات دارید و به زبان انگلیسی مسلط نیستید، حق دارید بصورت رایگان و در زمان مناسب، کمک و معلومات را به زبان خود دریافت کنید. اگر شما یا فردی که به او کمک می‌کنید دچار مشکل شنوایی و/یا بینایی هستید که مانع از برقراری ارتباط می‌شود، این حق را دارید که وسایل و خدمات کمکی را بصورت رایگان و در زمان مناسب دریافت کنید. برای دریافت خدمات ترجمه یا خدمات کمکی، لطفاً با خدمات اعضا به شماره 1-833-543-3145 تماس بگیرید.