




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? | Para proveedores de la red : \$4,500 por miembro; \$9,000 por familia. Para proveedores fuera de la red : \$13,500 por miembro; \$27,000 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 , de atención primaria, los médicos especialistas y las consultas de atención de urgencia y ciertos medicamentos recetados 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 : \$9,200 por miembro/\$18,400 por familia. Para proveedores fuera de la red : No corresponde por miembro/No corresponde por familia. | 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 | Aunque pague estos gastos, no cuentan para el límite de gastos de bolsillo . |

| Preguntas importantes | Respuestas | Por qué es importante: |
|---|--|--|
| | previa para los servicios y atención de salud que este plan no cubre. | |
| ¿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 | \$35 Copago / visita; deducible no se aplica | 60% Coseguro | 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 y no se aplica deducible . |
| | Consulta con un especialista | \$80 Copago / visita; deducible no se aplica | 60% Coseguro | Ninguno |
| | Atención preventiva/ evaluación /vacunas | Sin cargo; deducible no se aplica | 60% Coseguro | 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) | \$50 Copago / visita; deducible no se aplica para servicios profesionales y de laboratorio | 60% Coseguro para servicios profesionales y de laboratorio | Se podría requerir una autorización previa. Cubierto sin límite. Otros lugares de servicio pueden ser un hospital, una sala de |

| 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) | |
| | | <p>\$100 Copago / visita; deducible no se aplica para diagnóstico por imágenes y radiografías</p> <p>30% Coseguro para servicios de laboratorio y profesionales, y radiografías y diagnóstico por imágenes en otros lugares de servicio</p> | <p>60% Coseguro para diagnóstico por imágenes y radiografías</p> <p>60% Coseguro para servicios de laboratorio y profesionales, y radiografías y diagnóstico por imágenes en otros lugares de servicio</p> | <p>emergencias o un centro para pacientes ambulatorios.</p> <p>Si no obtiene una autorización previa para los servicios que la requieran, eso dará lugar al rechazo de los beneficios.</p> |
| | Diagnóstico por imágenes (tomografía computarizada/ tomografía por emisión de positrones, imágenes por resonancia magnética) | 30% Coseguro | 60% Coseguro | 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 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: \$3 Copago / receta; deducible no se aplica Nivel 1b: Venta minorista de medicamentos genéricos: \$3 Copago / receta; deducible no se aplica | 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 3 veces mayor que el de venta minorista. |
| | Medicamentos de marca preferidos | Nivel 2: 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 90 días a través de los servicios de compra por correo. Las compras por correo están sujetas a un monto de costo compartido 3 veces mayor que el de venta minorista. |
| | Medicamentos de marca no preferidos y genéricos no preferidos | Nivel 3: Venta minorista: 40% Coseguro | Sin cobertura | |
| | Medicamentos de especialidad | Nivel 4: Venta minorista: 50% 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) | 30% Coseguro | 60% Coseguro | Se podría requerir una autorización previa. Cubierto sin límite. |
| | Tarifas del médico/cirujano | 30% Coseguro | 60% Coseguro | 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 | 30% Coseguro | 30% Coseguro | Ninguno |
| | Transporte médico de emergencia | 30% Coseguro | 30% Coseguro | Cubierto sin límite. Nota: No se requiere una autorización previa para el transporte de emergencia, pero se requiere una autorización previa para todos los transportes que no sean de emergencia. Si recibe servicios de un proveedor de ambulancia acuática fuera de la red , es posible que deba pagar una facturación de saldo . |
| | Atención de urgencia | \$50 Copago / visita; deducible no se aplica | 60% Coseguro | Ninguno |
| Si necesita hospitalización | Tarifa del centro (p. ej., habitación del hospital) | 30% Coseguro | 60% Coseguro | Se podría requerir una autorización previa. Cubierto sin límite. |
| | Tarifas del médico/cirujano | 30% Coseguro | 60% Coseguro | 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: \$35 Copago / visita; deducible no se aplica; Otros servicios para pacientes ambulatorios: 30% Coseguro | 60% Coseguro | 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 | 30% Coseguro | 60% Coseguro | Se podría requerir una autorización previa. Cubierto sin límite. |
| Si está embarazada | Visitas al consultorio | \$35 Copago / visita; deducible no se aplica | 60% Coseguro | 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 |

| 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) | |
| | | | | 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 | 30% Coseguro | 60% Coseguro | Se podría requerir una autorización previa. No se aplica costo compartido a los 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). |
| | Servicios hospitalarios para el nacimiento y el parto | 30% Coseguro | 60% Coseguro | |

| 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 | 30% Coseguro | 60% Coseguro | Se podría requerir una autorización previa. Se limita a 30 visitas por año. |
| | Servicios de rehabilitación | Atención ambulatoria: \$25 Copago / visita; deducible no se aplica Servicios hospitalarios 30% Coseguro | Atención ambulatoria: 60% Coseguro Servicios hospitalarios 60% Coseguro | Pacientes ambulatorios: Se podría requerir una autorización previa. Se limita a 25 visitas combinadas para terapia ocupacional, terapia del habla y fisioterapia. 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 30 días por año. Nota: Los límites no se aplican para diagnósticos de trastorno por consumo de sustancias o de salud mental. |
| | Servicios de habilitación | Pacientes ambulatorios: \$25 Copago / visita; deducible no se aplica Pacientes hospitalizados: 30% Coseguro | Atención ambulatoria: 60% Coseguro Pacientes hospitalizados: 60% Coseguro | Pacientes ambulatorios: Se podría requerir una autorización previa. Se limita a 25 visitas combinadas para terapia ocupacional, terapia del habla y fisioterapia. 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 30 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 | 30% Coseguro | 60% Coseguro | Se podría requerir una autorización previa. Se limita a 30 días por año. |
| | Equipo médico duradero | 30% Coseguro | 60% Coseguro | Se podría requerir una autorización previa. Cubierto sin límite. |
| | Servicios en un programa de cuidados paliativos | 30% Coseguro | 60% Coseguro | Se podría requerir una autorización previa. Cubierto sin límite. |
| Si su hijo necesita servicios dentales o de la vista | Examen de la vista para niños | Sin costo; No se aplica deducible | Cubierto hasta \$38.50; No se aplica deducible | Limitado a 1 consulta por año. Examen ocular de un proveedor fuera de la red cubierto hasta \$38.50. |

| 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) | |
| | Anteojos para niños | Sin costo; No se aplica deducible | Cubierto hasta \$50; No se aplica deducible | Se limita a 1 artículo por año. Marcos o lentes de contacto de proveedores fuera de la red cubierto hasta \$50. Consulte el programa para conocer el límite de lentes. |
| | 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 los casos en que la vida de la miembro está en peligro) • Atención a largo plazo. • Atención de la vista de rutina (adultos). • Atención dental (adultos) | <ul style="list-style-type: none"> • Atención dental (niños) • 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. • Tratamiento de la infertilidad. |
|---|--|--|

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. | <ul style="list-style-type: none"> • Audífonos (limitado a 1 audífono por oído cada 4 años) • Cuidado de los pies de rutina. | <ul style="list-style-type: none"> • Servicio privado de enfermería (limitado a 85 visitas por año) |
|--|--|--|

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); Oklahoma Insurance Department, 400 NE 50th St., Oklahoma City, OK 73105, Phone: 800-522-0071; Administración de Seguridad de Beneficios para Empleados del Departamento de Trabajo, 1-866-444-EBSA (3272); u Programa de Plan Multiestatal de la Oficina de Gestión de Personal, <https://www.opm.gov/healthcare-insurance/multi-state-plan-program/external-review/>. Es posible que haya otras opciones de cobertura disponibles para usted, como contratar una cobertura de seguro individual a través del [Mercado](#) de Seguros de Salud. Para obtener más información sobre el [Mercado](#), visite www.HealthCare.gov o llame al 1-800-318-2596.

Su derecho a presentar una queja o una apelación: Hay organismos que pueden ayudarle si tiene un reclamo contra su plan por la denegación de una reclamación. Este reclamo se denomina queja o apelación. Para obtener más información sobre sus derechos, consulte la explicación de beneficios que recibirá por dicha reclamación médica. Los documentos de su plan también dan toda la información para presentar una reclamación, una apelación o una queja por cualquier motivo a su plan. Para obtener más información sobre sus derechos o sobre este aviso, o para recibir ayuda, comuníquese con Oklahoma Insurance Department, 400 NE 50th St., Oklahoma City, OK 73105, Phone: 800-522-0071.

¿Este plan proporciona cobertura esencial mínima? Sí

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

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

Si su [plan](#) no cumple con el [valor mínimo estándar](#), es posible que 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](#) \$4,500
- [Médico especialista copago](#) \$80
- Hospital (centro) [coseguro](#) 30%
- Otro [coseguro](#) 30%

Este EJEMPLO de evento incluye servicios como:

Visitas al consultorio del [especialista](#) (atención prenatal)

Servicios profesionales para el nacimiento y el parto

Servicios hospitalarios para el nacimiento y el parto

[Exámenes de diagnóstico](#) (ecografías y análisis de sangre)

Consulta con un [especialista](#) (anestesia)

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

En este ejemplo, Peg pagaría:

| Costos compartidos | |
|------------------------------------|----------------|
| Deducibles | \$4,500 |
| Copagos | \$800 |
| Coseguro | \$1,200 |
| Lo que no está cubierto | |
| Límites o exclusiones | \$60 |
| El total que Peg pagaría es | \$6,560 |

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](#) \$4,500
- [Médico especialista copago](#) \$80
- Hospital (centro) [coseguro](#) 30%
- Otro [coseguro](#) 30%

Este EJEMPLO de evento incluye servicios como:

Visitas al consultorio del [médico de atención primaria](#) (incluye la educación sobre enfermedades)

[Exámenes de diagnóstico](#) (análisis de sangre)

[Medicamentos recetados](#)

[Equipo médico duradero](#) (glucómetro)

| | |
|--------------------------------|----------------|
| Costo total del ejemplo | \$5,600 |
|--------------------------------|----------------|

En este ejemplo, Joe pagaría:

| Costos compartidos | |
|------------------------------------|----------------|
| Deducibles | \$3,900 |
| Copagos | \$700 |
| Coseguro | \$0 |
| Lo que no está cubierto | |
| Límites o exclusiones | \$20 |
| El total que Joe pagaría es | \$4,620 |

Fractura simple de Mia

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

- El [deducible](#) general del [plan](#) \$4,500
- [Médico especialista copago](#) \$80
- Hospital (centro) [coseguro](#) 30%
- Otro [coseguro](#) 30%

Este EJEMPLO de evento incluye servicios como:

[Atención en la sala de emergencias](#) (incluye suministros médicos)

[Exámenes de diagnóstico](#) (radiografías)

[Equipo médico duradero](#) (muletas)

[Servicios de rehabilitación](#) (fisioterapia)

| | |
|--------------------------------|----------------|
| Costo total del ejemplo | \$2,800 |
|--------------------------------|----------------|

En este ejemplo, Mia pagaría:

| Costos compartidos | |
|------------------------------------|----------------|
| Deducibles | \$2,000 |
| Copagos | \$500 |
| Coseguro | \$0 |
| Lo que no está cubierto | |
| Límites o exclusiones | \$0 |
| El total que Mia pagaría es | \$2,500 |

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). |
| 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). |
| Chinese: | 如果您或您正在協助的對象對 Ambetter Health 所提供的任何服務有問題，且不精通英語，您有權利免費並及時以您的母語獲得幫助和資訊。如果您或您正在協助的對象有聽力和/或視力上的問題，阻礙了溝通，您有權利免費並及時獲得輔助支援與服務。若要取得翻譯或輔助服務，請聯絡會員服務部，電話是1-833-543-3145 (TTY 711)。 |
| Korean: | 귀하 또는 귀하의 도움을 받는 분이 Ambetter Health 제품에 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. 통역 또는 보조 서비스를 받으시려면 1-833-543-3145 (TTY 711) 번으로 가입자 서비스부에 연락하십시오. |
| German: | Falls Sie oder eine Person, der Sie helfen, Fragen zu Angeboten von Ambetter Health hat und nicht Englisch spricht, haben Sie das Recht, kostenlos und zeitnah Hilfe und Informationen in Ihrer Sprache zu erhalten. Falls Sie oder jemand, dem Sie helfen, eine Hör und/oder Sehbeeinträchtigung hat, die die Kommunikation beeinflusst, haben Sie das Recht, kostenlos und zeitnah zusätzliche Hilfe und Dienstleistungen zu erhalten. Um eine Übersetzung oder zusätzliche Dienstleistungen zu erhalten, wenden Sie sich an den Mitgliederservice unter 1-833-543-3145 (TTY 711). |
| Arabic: | إذا كان لديك أو لدى شخص تساعده أسئلة حول Ambetter Health ، ولم تكن بارعًا باللغة الإنجليزية، 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 وأو 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). |
| Burmese: | အကယ်၍ သင် သို့မဟုတ် သင်ကူညီနေသူတစ်ဦးသည် Ambetter Health ၏ ကမ်းလှမ်းချက်များနှင့် ပတ်သက်၍ မေးခွန်းများ မေးလိုပြီး အင်္ဂလိပ်လို ကျွမ်းကျင်စွာ မပြောနိုင်ပါက၊ သင့်တွင် အကူအညီနှင့် အချက်အလက်များကို သင့်ဘာသာစကားဖြင့် အခကြေးငွေ ပေးစရာမလိုဘဲ အချိန်နှင့်တစ်ပြေးညီ ရယူပိုင်ခွင့်ရှိပါသည်။ အကယ်၍ သင် သို့မဟုတ် သင်ကူညီနေသူတစ်ဦးသည် ဆက်သွယ်ရေးကို အဟန့်အတားဖြစ်စေသော အကြားအာရုံနှင့်/သို့မဟုတ် အမြင်အာရုံနှင့် သက်ဆိုင်သော အခြေအနေတစ်ခုရှိပါက၊ သင့်တွင် အရန်အကူအညီများနှင့် ဝန်ဆောင်မှုများကို အခကြေးငွေ ပေးစရာမလိုဘဲ အချိန်နှင့်တစ်ပြေးညီ ရယူပိုင်ခွင့်ရှိပါသည်။ ဘာသာပြန် သို့မဟုတ် အရန်ဝန်ဆောင်မှုများကို လက်ခံရယူရန် 1-833-543-3145 (TTY 711) ရှိ အဖွဲ့ဝင် ဝန်ဆောင်မှုများကို ဆက်သွယ်ပါ။ |

| | |
|------------------|--|
| Hmong: | Yog tias koj, lossis tus uas koj tabtom pab, muaj lus nug txog ib yam ntawm Ambetter Health cov kev pab, thiab tsis txawj hais lus Askiv zoo. koj muaj cai tau txais kev pab thiab cov ntaub ntaww hauv koj hom lus yam tsis muaj nqi thiab raws sijhawm. Yog tias koj, los sis ib tug neeg twg uas koj tab tom pab, muaj tsos mob txog kev hnov lus thiab/los sis kev pom kev uas cuam tshuam txog kev sib txuas lus, koj muaj cai kom tau txais cov kev pab thiab cov kev pab cuam ntxiv yam tsis tau them dab tsi li thiab kom tau raws sij hawm. Txhawm rau kom tau txais cov kev pab cuam txhais ntaww los sis kev pab ntxiv, thov tiv tauj Cov Chaw Muab Kev Pab Cuam Tswv Cuab tau ntawm 1-833-543-3145 (TTY 711). |
| Tagalog: | Kung ikaw, o ang iyong tinutulungan, ay may mga katanungan tungkol sa alinman sa mga inaalok ng Ambetter Health, at hindi ka mahusay sa Ingles, may karapatan ka na makakuha ng tulong at impormasyon sa iyong wika nang walang gastos at sa maagap na paraan. Kung ikaw, o ang iyong tinutulungan, ay may kondisyon sa pandinig at/o paningin na nakakaapekto sa komunikasyon, may karapatan kang makatanggap ng mga karagdagang tulong at serbisyo nang walang gastos at sa maagap na paraan. Para makatanggap ng mga serbisyo sa pagsasalín o mga karagdagang serbisyo, mangyaring makipag-ugnayan sa Mga Serbisyo para sa Miyembro sa 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). |
| Laotian: | ຖ້າຫາກທ່ານ ຫຼື ຜູ້ໃດຜູ້ໜຶ່ງທີ່ທ່ານກຳລັງໃຫ້ການຊ່ວຍເຫຼືອ, ມີຄຳຖາມກ່ຽວກັບສິ່ງທີ່ Ambetter Health ມອບໃຫ້ ແລະ ບໍ່ຊ່ຽວຊານພາສາອັງກິດ, ທ່ານມີສິດໄດ້ຮັບການຊ່ວຍເຫຼືອ ແລະ ຂໍ້ມູນທີ່ເປັນພາສາຂອງທ່ານໂດຍບໍ່ມີຄ່າໃຊ້ຈ່າຍ ແລະ ທັນເວລາ. ຖ້າຫາກທ່ານ ຫຼື ຜູ້ໃດຜູ້ໜຶ່ງທີ່ທ່ານກຳລັງໃຫ້ການຊ່ວຍເຫຼືອ, ມີສະພາບທາງການໄດ້ຍິນ ແລະ/ຫຼື ການເບິ່ງເຫັນທີ່ຂັດຂວາງການສື່ສານ, ທ່ານມີສິດໄດ້ຮັບການຊ່ວຍເຫຼືອ ແລະ ການບໍລິການເສີມໂດຍບໍ່ມີຄ່າໃຊ້ຈ່າຍ ແລະ ທັນເວລາ. ເພື່ອໃຫ້ໄດ້ຮັບການບໍລິການແປພາສາ ຫຼື ບໍລິການເສີມ, ກະລຸນາຕິດຕໍ່ຫາ ການບໍລິການສະມາຊິກ ໄດ້ທີ່ 1-833-543-3145 (TTY 711). |
| Thai: | หากคุณหรือคนที่คุณกำลังให้ความช่วยเหลือมีคำถามเกี่ยวกับ Ambetter Health และไม่ชำนาญในการใช้ภาษาอังกฤษคุณมีสิทธิ์ที่จะขอรับความช่วยเหลือและข้อมูลในภาษาของคุณโดยไม่เสียค่าใช้จ่ายอย่างทันทีทันใดหากคุณหรือคนที่คุณกำลังให้ความช่วยเหลือมีภาวะด้านการฟังและ/หรือการมองเห็นที่เป็นอุปสรรคต่อการสื่อสารคุณมีสิทธิ์ที่จะขอรับความช่วยเหลือและบริการเสริมโดยไม่เสียค่าใช้จ่ายอย่างทันทีทันใด หากต้องการบริการด้านการแปลหรือบริการเสริม โปรดติดต่อบริการสำหรับสมาชิกที่หมายเลข 1-833-543-3145 (TTY 711) |
| Urdu: | اگر آپ، یا جس کی آپ مدد کر رہے ہیں وہ Ambetter Health کے بارے میں سوالات کرنا چاہتے ہیں، اور وہ انگریزی میں ماہر نہیں ہیں، تو آپ کو اپنی زبان میں بلا معاوضہ اور بروقت مدد اور معلومات حاصل کرنے کا حق ہے۔ اگر آپ، یا جس کی آپ مدد کر رہے ہیں، انہیں سماعت اور/یا بصارت میں کوئی پریشانی درپیش ہے جس سے مواصلت میں رکاوٹ پیدا ہوتی ہے، تو آپ کو مفت اور بروقت معاون امداد اور خدمات حاصل کرنے کا حق ہے۔ ترجمہ یا معاون خدمات حاصل کرنے کے لیے، براہ کرم 1-833-543-3145 (TTY 711) پر ممبر سروسز سے رابطہ کریں۔ |
| Cherokee: | Ej h̄t̄ T̄āōv̄, D̄f̄ YGT̄ AD̄ S̄r̄w̄ōw̄ō D̄ōs̄r̄ō, Ōv̄LID̄ Ōs̄LW̄ Ōr̄JC̄: DL̄ōv̄ō SAD̄, D̄f̄ SḠW̄ōīōS̄ ĪōōJ̄ Db̄ēō θ̄ōȳ JĀōr̄ Ambetter Health D̄ōLĀōr̄T̄, T̄āōv̄ Ōv̄LID̄ Z̄f̄ D̄J̄ōȳ β̄r̄v̄ō DyD̄ D̄ōs̄r̄ō D̄f̄ S̄r̄ōJ̄ō EJ̄ T̄āōv̄ TĒL̄T̄ōJ̄ Īōh̄C̄ ōJ̄ d̄EḠḠJ̄ D̄f̄ EJ̄ ā TḠḠh̄ā DĒ.̄J̄C̄. EJ̄ h̄t̄ T̄āōv̄, D̄f̄ YGT̄ AD̄ S̄r̄w̄ōw̄ō D̄ōs̄r̄ō, Ōv̄LID̄ Z̄f̄ DS̄ō.̄ōōS̄ D̄f̄/D̄f̄ J̄h̄ḠōL̄ōā Γ̄Ḡȳ ōȳ DW̄R̄ō Ōr̄d̄ET̄, T̄āōv̄ Ōv̄LID̄ Z̄f̄ D̄J̄ōȳ β̄r̄v̄ō LL̄h̄s̄ D̄4̄ōō D̄ōs̄r̄ō D̄f̄ ŌV̄W̄h̄ Īōh̄C̄ ōJ̄ d̄EḠḠJ̄ D̄f̄ EJ̄ ā TḠḠh̄ā DĒ.̄J̄C̄. β̄r̄v̄ō LL̄h̄s̄ D̄L̄ōJ̄ D̄f̄ D̄4̄ōō ŌV̄W̄h̄, DW̄R̄ō DR̄h̄ō B̄Ō ŌV̄W̄h̄ Īōh̄C̄ 1-833-543-3145 (TTY 711). |
| Persian: | دارید، و انگلیسی نمی دانید، حق دارید کمک و اطلاعات را به زبان Ambetter Health اگر شما یا فردی که دارید به او کمک می کنید، سؤال درباره خودتان به رایگان و به موقع دریافت کنید. اگر شما یا فردی که دارید به او کمک می کنید مشکلات شنوایی یا بینایی دارد که برقراری ارتباط را سخت می کند، حق دارید کمک ها و خدمات امدادی را به زبان خودتان به رایگان و به موقع دریافت کنید. برای دریافت کمک ها و خدمات امدادی لطفاً با تماس بگیرد. 1-833-543-3145 (TTY 711) خدمات اعضا به شماره |