



**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/en/ne/2026-brochures.html> o llame al 1-833-890-0329 (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 1-833-890-0329 (TTY 711) para pedir una copia.

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué es importante:
¿Cuánto es el <u>deducible</u> total?	\$4,000 por miembro / \$8,000 por familia.	En general, debe pagar todos los costos de los proveedores hasta la cantidad <u>deducible</u> antes de que este <u>plan</u> comience a pagar. Si tiene otros familiares en el <u>plan</u> , cada familiar debe satisfacer su propio <u>deducible</u> individual hasta que la cantidad total de gasto <u>deducibles</u> pagados por todos los familiares satisfagan el <u>deducible</u> familiar total.
¿Hay servicios cubiertos antes de alcanzar su <u>deducible</u> ?	Sí. Los servicios de <u>atención preventiva</u> están cubiertos antes de que alcance su <u>deducible</u> (ver información adicional a continuación).	Este <u>plan</u> cubre algunos productos y servicios aunque aún no haya alcanzado la cantidad del <u>deducible</u> . Sin embargo, se podría aplicar un <u>copago</u> o un <u>coseguro</u> . Por ejemplo, este <u>plan</u> cubre ciertos <u>servicios preventivos</u> sin <u>costos compartidos</u> antes de que alcance su <u>deducible</u> . Consulte una lista de <u>servicios preventivos</u> cubiertos en <a href="https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/">https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/</a>
¿Hay otros <u>deducibles</u> para servicios específicos?	No.	No debe pagar <u>deducibles</u> por servicios específicos.
¿Cuánto es el <u>límite de gastos de bolsillo</u> para este <u>plan</u> ?	Para atención de <u>proveedores de la red</u> : \$7,000 por miembro/\$14,000 por familia. No se aplica a <u>proveedores fuera de la red</u> .	El <u>límite de gastos de bolsillo</u> es lo máximo que puede pagar en un año por servicios cubiertos. Si otros miembros de su familia pertenecen a este <u>plan</u> , estos tienen que alcanzar sus propios <u>límites de gastos de bolsillo</u> hasta que se alcance el <u>límite de gastos de bolsillo</u> general de la familia.
¿Qué es lo que no está incluido en el <u>límite de gastos de bolsillo</u> ?	<u>Primas</u> , cargos de <u>facturación de saldo</u> , multas por no obtener <u>autorización previa</u> para los servicios y atención de salud que este <u>plan</u> no cubre.	Aunque pague estos gastos, no cuentan para el <u>límite de gastos de bolsillo</u> .

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué es importante:
¿Pagará menos si acude a un <a href="#">proveedor dentro de la red</a> ?	Sí. Visite <a href="https://ambetterhealth.com/en/ne/findadoc">https://ambetterhealth.com/en/ne/findadoc</a> o llame al 1-833-890-0329 (TTY 711) para obtener una lista de <a href="#">proveedores de la red</a> .	Este <a href="#">plan</a> utiliza una <a href="#">red</a> de <a href="#">proveedores</a> . Pagará menos si usa un <a href="#">proveedor</a> que esté incluido en la <a href="#">red</a> del <a href="#">plan</a> . Pagará más si acude a un <a href="#">proveedor fuera de la red</a> , y es posible que reciba una factura de un <a href="#">proveedor</a> por la diferencia entre el cargo del <a href="#">proveedor</a> y lo que su <a href="#">plan</a> paga ( <a href="#">facturación de saldo</a> ). Tenga en cuenta que su <a href="#">proveedor de la red</a> puede usar un <a href="#">proveedor fuera de la red</a> para algunos servicios (como análisis de laboratorio). Consulte con su <a href="#">proveedor</a> antes de recibir los <a href="#">servicios</a> .
¿Necesita una <a href="#">derivación</a> para atenderse con un <a href="#">especialista</a> ?	No.	Puede ver al <a href="#">especialista</a> que usted elija sin una <a href="#">derivación</a> .

 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 <a href="#">proveedor</a>	Consulta con su médico de atención primaria para tratar una afección o lesión	20% <a href="#">Coseguro</a>	Sin cobertura	Cubierto sin límite.
	Consulta con un <a href="#">especialista</a>	20% <a href="#">Coseguro</a>	Sin cobertura	Ninguno
	<a href="#">Atención preventiva/evaluación</a> /vacunas	Sin cargo; <a href="#">deducible</a> no se aplica	Sin cobertura	Es posible que tenga que pagar por los servicios que no son preventivos. Consulte a su <a href="#">proveedor</a> si los servicios que necesita son preventivos y luego verifique qué es lo que pagará el <a href="#">plan</a> .
Si se realiza un examen	<a href="#">Exámenes de diagnóstico</a> (radiografías, análisis de sangre)	20% <a href="#">Coseguro</a> para servicios profesionales y de laboratorio  20% <a href="#">Coseguro</a> para diagnóstico por imágenes y radiografías  20% <a href="#">Coseguro</a> 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% <a href="#">Coseguro</a>	Sin cobertura	Se podría requerir una autorización previa. Cubierto sin límite.
<b>Si necesita un medicamento para tratar su enfermedad o condición médica.</b> Hay más información disponible sobre la <a href="https://ambetterhealth.com/en/ne/2026formulary">cobertura de medicamentos con receta médica</a> en <a href="https://ambetterhealth.com/en/ne/2026formulary">https://ambetterhealth.com/en/ne/2026formulary</a>	Medicamentos genéricos	Nivel 1a: Venta minorista de medicamentos genéricos preferidos: 20% <a href="#">Coseguro</a>  Nivel 1b: Venta minorista de medicamentos genéricos: 20% <a href="#">Coseguro</a>	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 <a href="#">costo compartido</a> 2.5 veces mayor que el de venta minorista.
	Medicamentos de marca preferidos	Nivel 2: Venta minorista: 20% <a href="#">Coseguro</a>	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 <a href="#">costo compartido</a> 2.5 veces mayor que el de venta minorista.
	Medicamentos de marca no preferidos y genéricos no preferidos	Nivel 3: Venta minorista: 20% <a href="#">Coseguro</a>	Sin cobertura	
	<a href="#">Medicamentos de especialidad</a>	Nivel 4: Venta minorista: 50% <a href="#">Coseguro</a>	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.
<b>Si le hacen una cirugía ambulatoria</b>	Tarifa del centro (p. ej., centro de cirugía ambulatoria)	20% <a href="#">Coseguro</a>	Sin cobertura	Se podría requerir una autorización previa. Cubierto sin límite.
	Tarifas del médico/cirujano	20% <a href="#">Coseguro</a>	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)	
<b>Si necesita atención médica inmediata</b>	<a href="#">Atención en la Sala de Emergencias</a>	20% <a href="#">Coseguro</a>	20% <a href="#">Coseguro</a>	Ninguno
	<a href="#">Transporte médico de emergencia</a>	20% <a href="#">Coseguro</a>	20% <a href="#">Coseguro</a>	Cubierto sin límite. Nota: No se requiere autorización previa para el transporte de emergencia. Sin embargo, todo transporte que no sea de emergencia requiere autorización previa. Si recibe servicios de un <a href="#">proveedor</a> de ambulancia terrestre o acuática fuera de la <a href="#">red</a> , es posible que deba pagar una <a href="#">facturación de saldo</a> .
	<a href="#">Atención de urgencia</a>	20% <a href="#">Coseguro</a>	Sin cobertura	Ninguno
<b>Si necesita hospitalización</b>	Tarifa del centro (p. ej., habitación del hospital)	20% <a href="#">Coseguro</a>	Sin cobertura	Se podría requerir una autorización previa. Cubierto sin límite.
	Tarifas del médico/cirujano	20% <a href="#">Coseguro</a>	Sin cobertura	Se podría requerir una autorización previa. Cubierto sin límite.
<b>Si necesita servicios de salud mental, salud conductual o de abuso de sustancias</b>	Servicios para pacientes ambulatorios	Visita al consultorio: 20% <a href="#">Coseguro</a> ; Otros servicios para pacientes ambulatorios: 20% <a href="#">Coseguro</a>	Sin cobertura	Se podría requerir una autorización previa. Cubierto sin límite. (No se necesita autorización previa para las visitas al consultorio del <a href="#">proveedor de atención primaria</a> (PCP) o de otro médico).
	Servicios para pacientes hospitalizados	20% <a href="#">Coseguro</a>	Sin cobertura	Se podría requerir una autorización previa. Cubierto sin límite.
<b>Si está embarazada</b>	Visitas al consultorio	20% <a href="#">Coseguro</a>	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 <a href="#">costo compartido</a> no se aplica a los <a href="#">servicios preventivos</a> , como los exámenes prenatales y postnatales de rutina. Según el tipo de servicios, podría aplicarse un <a href="#">coseguro</a> , un <a href="#">deducible</a> o un <a href="#">copago</a> . La atención por maternidad puede incluir pruebas y servicios descritos en otros

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 profesionales para el nacimiento y el parto	20% <a href="#">Coseguro</a>	Sin cobertura	Se podría requerir una autorización previa. No se aplica <a href="#">costo compartido</a> a los <a href="#">servicios preventivos</a> . Según el tipo de servicios, podría aplicarse un <a href="#">coseguro</a> , un <a href="#">deducible</a> o un <a href="#">copago</a> . 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	20% <a href="#">Coseguro</a>	Sin cobertura	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)	
<b>Si necesita servicios de recuperación o tiene otras necesidades especiales de salud</b>	<a href="#">Atención médica en el hogar</a>	20% <a href="#">Coseguro</a>	Sin cobertura	Se podría requerir una autorización previa. Se limita a 60 visitas por año.
	<a href="#">Servicios de rehabilitación</a>	Atención ambulatoria: 20% <a href="#">Coseguro</a> Servicios hospitalarios: 20% <a href="#">Coseguro</a>	Sin cobertura	Pacientes ambulatorios: Se podría requerir una autorización previa. Se limita a 45 visitas combinadas al año para: fisioterapia, terapia ocupacional, terapia del habla, fisioterapia de quiropráctico y fisioterapia osteopática (excluidos los ajustes manipulativos quiroprácticos/osteopáticos). 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. Cubierto sin límite.
	<a href="#">Servicios de habilitación</a>	Atención ambulatoria: 20% <a href="#">Coseguro</a> Servicios hospitalarios 20% <a href="#">Coseguro</a>	Sin cobertura	Pacientes ambulatorios: Se podría requerir una autorización previa. Se limita a 45 visitas combinadas al año para: fisioterapia, terapia ocupacional, terapia del habla, fisioterapia de quiropráctico y fisioterapia osteopática (excluidos los ajustes manipulativos quiroprácticos/osteopáticos). 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. Cubierto sin límite.
	<a href="#">Atención de enfermería especializada</a>	20% <a href="#">Coseguro</a>	Sin cobertura	Se podría requerir una autorización previa. Se limita a 60 días por año.
	<a href="#">Equipo médico duradero</a>	20% <a href="#">Coseguro</a>	Sin cobertura	Se podría requerir una autorización previa. Cubierto sin límite.
	<a href="#">Servicios en un programa de cuidados paliativos</a>	20% <a href="#">Coseguro</a>	Sin cobertura	Se podría requerir una autorización previa. Cubierto sin límite.
	Examen de la vista para niños	Sin cargo; No se aplica <a href="#">deducible</a>	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 <a href="#">deducible</a>	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"> <li>• Aborto (excepto en los casos en que la vida de la miembro está en peligro)</li> <li>• Atención a largo plazo.</li> <li>• Atención de la vista de rutina (adultos).</li> <li>• Atención dental (adultos)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Atención dental (niños)</li> <li>• Atención que no es de emergencia cuando viaja fuera de los EE. UU.</li> <li>• Cirugía bariátrica.</li> <li>• Cirugía cosmética.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Enfermería privada.</li> <li>• Programas para bajar de peso.</li> <li>• Tratamiento de la infertilidad.</li> </ul>
---	--	---

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"> <li>• Acupuntura (limitada a 12 visitas por año)</li> <li>• Atención de quiropráctico (Ajustes manipulativos quiroprácticos (u osteopáticos) limitados a 20 visitas al año)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Audífonos (limitado a \$3,000 cada 48 meses).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cuidado de los pies de rutina.</li> </ul>
---	---	--

**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, 1-833-890-0329 (TTY 711); The Nebraska Department of Insurance, P.O. Box 95087, Lincoln, Nebraska, 68501-5087; Phone: 1-800-833-7352; 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](http://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: The Nebraska Department of Insurance, P.O. Box 95087, Lincoln, Nebraska, 68501-5087; Phone: 1-800-833-7352

### ¿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 1-833-890-0329 (TTY 711).

Tagalog (Tagalog): Kung kailangan ninyo ang tulong sa Tagalog tumawag sa 1-833-890-0329 (TTY 711).

Chinese (中文): 如果需要中文的帮助, 请拨打这个号码 1-833-890-0329 (TTY 711).

Navajo (Dine): Dinek'ehgo shika at'ohwol ninisingo, kwijigo holne' 1-833-890-0329 (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](#) \$4,000
- [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>	
<a href="#">Deducibles</a>	\$4,000
<a href="#">Copagos</a>	\$0
<a href="#">Coseguro</a>	\$1,700
<i>Lo que no está cubierto</i>	
Límites o exclusiones	\$60
<b>El total que Peg pagaría es</b>	<b>\$5,760</b>

**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](#) \$4,000
- [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>	
<a href="#">Deducibles</a>	\$4,000
<a href="#">Copagos</a>	\$0
<a href="#">Coseguro</a>	\$300
<i>Lo que no está cubierto</i>	
Límites o exclusiones	\$20
<b>El total que Joe pagaría es</b>	<b>\$4,320</b>

**Fractura simple de Mia**

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

- El [deducible](#) general del [plan](#) \$4,000
- [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>	
<a href="#">Deducibles</a>	\$2,800
<a href="#">Copagos</a>	\$0
<a href="#">Coseguro</a>	\$0
<i>Lo que no está cubierto</i>	
Límites o exclusiones	\$0
<b>El total que Mia pagaría es</b>	<b>\$2,800</b>

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

<b>English:</b>	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).
<b>Spanish:</b>	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).
<b>Vietnamese:</b>	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).
<b>Arabic:</b>	إذا كان لديك أو لدى شخص تساعدك أسئلة حول أي عروض 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 تساعدك، 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).
<b>Chinese:</b>	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)。
<b>French:</b>	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).
<b>Cushite:</b>	Isin, ykn namni biraa isin gargaartan, dhiyeessiiwwan Ambetter Health ilaalchisee gaaffii qabdu yoo ta'ee fi Afaan 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 1-833-543-3145 (TTY 711) qunnamaa.
<b>Nepali:</b>	यदि तपाईं स्वयं वा तपाईंले मददत गरिरहनुभएको कोही व्यक्ति सँग Ambetter Health सँग सम्बन्धित प्रश्नहरू छन् र तपाईं दुवै अंग्रेजीमा निपुण हुनुहुन्न भने तपाईं सँग निःशुल्क रूपमा र समयमै आफ्नो भाषामा मददत र जानकारी प्राप्त गर्न अधिकार छ। यदि तपाईं वा तपाईंले मददत गरिरहनुभएको व्यक्ति सँग सञ्चारमा बाधा पुऱ्याउने श्रवण र/वा दृश्य सम्बन्धी समस्या छ भने तपाईं सँग निःशुल्क रूपमा र समयमै सहायक उपकरण र सेवाहरू प्राप्त गर्न अधिकार छ। अनुवाद वा सहायक सेवाहरू प्राप्त गर्न कृपया 1-833-543-3145 (TTY 711) मा सदस्य सेवाहरू लाई सम्पर्क गर्नुहोस्।
<b>Swahili:</b>	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 ufao. Ikiwa wewe, au mtu unayemsaidia, ana tatizo la kusikia na/au la kuona ambalo linazua 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).
<b>Tagalog:</b>	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 pagsalalin o mga karagdagang serbisyo, mangyaring makipag ugnayan sa Mga Serbisyo para sa Miyembro sa 1-833-543-3145 (TTY 711).

Ambetter Health is underwritten by Bankers Reserve Life Insurance Co.

©2025 Bankers Reserve Life Insurance Co., [AmbetterHealth.com](https://www.AmbetterHealth.com).

AMB25-AHS-C-00009-NE

<b>Russian:</b>	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).
<b>Thai:</b>	หากคุณหรือคนที่คุณกำลังให้ความช่วยเหลือมีคำถามเกี่ยวกับข้อเสนอของ Ambetter Health และไม่ใช่ชำนาญในการใช้ภาษาอังกฤษ คุณมีสิทธิ์ที่จะขอรับความช่วยเหลือและข้อมูลในภาษาของคุณโดยไม่เสียค่าใช้จ่ายอย่างทันทีทันใดที่ หากคุณหรือคนที่คุณกำลังให้ความช่วยเหลือมีภาวะด้านการฟังและ/หรือการมองเห็นที่เป็นอุปสรรคต่อการสื่อสาร คุณมีสิทธิ์ที่จะขอรับความช่วยเหลือและบริการเสริมโดยไม่เสียค่าใช้จ่ายอย่างทันทีทันใดที่ หากต้องการบริการด้านการแปลหรือบริการเสริม โปรดติดต่อ บริการสำหรับสมาชิก ที่หมายเลข 1-833-543-3145 (TTY 711)
<b>Karen:</b>	နု၊ မ့တမ့ၢ် ပုလၢနမၤစၢၤအီၤတဂၢၢ်, မ့ၢ်အိၣ်ဒီးတၢ်သံကွၢ် ဘၣ်ဃး Ambetter Health အတၢ်ဆိၣ်ထွဲတၢ်လၢၤလၢၤ, ဒီး မ့ၢ်တသ့ဘၣ် အဲကလံးကျိၣ်ဂ့ၤဂ့ၤန့ၣ်, နအိၣ်ဒီး တၢ်ခွဲးတၢ်ယၢ်လၢကတံးန့ၣ် တၢ်မၤစၢၤဒီး တၢ်ဂ့ၢ်တၢ်ကျိၣ်လၢၤ နကျိၣ်တၢ်ကတိၤဒၣ်န့ၣ် လၢတလၢ်ဘၣ် ကျိၣ်စ့ဒီး လၢတၢ်ဆၢကတိၤ ဖုၣ်ကိၢ်အပူၤန့ၣ်လီၤ. နု, မ့တမ့ၢ် ပုလၢနမၤစၢၤအီၤတဂၢၢ်, အိၣ်ဒီး တၢ်ကီၤတၢ်ခဲတၢ်အိၣ်သးဘၣ်ဃး တၢ်န့ၣ်ဟူတၢ် ဒီး/မ့တမ့ၢ် တၢ်ထံၣ် လၢအတြီၤယၢ် တၢ်ဆဲးကျၢဆဲးကျိးအယိ, နအိၣ်ဒီး တၢ်ခွဲးတၢ်ယၢ်လၢနကဒီးန့ၣ် တၢ်မၤစၢၤဆိၣ်ထွဲဒီး တၢ်တိၤစၢၤမၤစၢၤတဖၣ် လၢတလၢ်ဘၣ် ကျိၣ်စ့ဒီး လၢတၢ်ဆၢကတိၤ ဖုၣ်ကိၢ်အပူၤန့ၣ်လီၤ. ဒ်သိးနကဒီးန့ၣ် တၢ်ကတိၤကျိးထံ မ့တမ့ၢ် တၢ်မၤစၢၤဆိၣ်ထွဲ အတၢ်ဖံးတၢ်မၤတဖၣ်အဂီၢ် ဝံသးစူၤဆဲးကျိးဆူ တၢ်မၤစၢၤကရူၢ်ဖိဖဲ 1-833-543-3145 (TTY 711) န့ၣ်တက့ၢ်.
<b>Burmese:</b>	အကယ်၍ သင် သို့မဟုတ် သင်ကူညီနေသူတစ်ဦးသည် Ambetter Health ၏ ကမ်းလှမ်းချက်များနှင့် ပတ်သက်၍ မေးခွန်းများ မေးလိုပြီး အင်္ဂလိပ်လို ကျွမ်းကျင်စွာ မပြောနိုင်ပါက သင့်တွင် အကူအညီနှင့် အချက်အလက်များကို သင့်ဘာသာစကားဖြင့် အကြောင်းပြောပေးစရာမလိုဘဲ အချိန်နှင့်တစ်ပြေးညီ ရယူပိုင်ခွင့်ရှိသည်။ အကယ်၍ သင် သို့မဟုတ် သင်ကူညီနေသူတစ်ဦးသည် ဆက်သွယ်ရေးကို အဟန့်အတားဖြစ်စေသော အကြားအာရုံ နှင့်/သို့မဟုတ် အမြင်အာရုံနှင့် သက်ဆိုင်သော အခြေအနေတစ်ခုရှိပါက သင့်တွင် အရန်အကူအညီများနှင့် ဝန်ဆောင်မှုများကို အကြောင်းပြောပေးစရာမလိုဘဲ အချိန်နှင့်တစ်ပြေးညီ ရယူပိုင်ခွင့်ရှိသည်။ ဘာသာပြန် သို့မဟုတ် အရန်ဝန်ဆောင်မှုများကို လက်ခံရယူရန် 1-833-543-3145 (TTY 711) ရှိ အဖွဲ့ဝင် ဝန်ဆောင်မှုများကို ဆက်သွယ်ပါ။
<b>Farsi:</b>	گر شما یا فردی که دارید به او کمک می کنید، سؤالی درباره هر یک از پیشنهادهای Ambetter Health دارید، و انگلیسی نمی دانید، حق دارید کمک و اطلاعات را به زبان خودتان به رایگان و به موقع دریافت کنید. اگر شما یا فردی که دارید به او کمک می کنید مشکلات شنوایی یا بینایی دارید 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 خدمات اعضا به شماره 1-833-543-3145 تماس بگیرید.
<b>Tamil:</b>	நீங்கள் அல்லது நீங்கள் உதவி செய்யும் ஒருவருக்கு, Ambetter Health சலுகைகள் குறித்து ஏதேனும் கேள்விகள் இருந்தால், மேலும் நீங்கள் ஆங்கிலத்தில் புலமை பெறவில்லை என்றால், உங்கள் மொழியில் உதவி மற்றும் தகவல்களை இலவசமாகவும் சரியான நேரத்திலும் பெற உங்களுக்கு உரிமை உண்டு. நீங்கள் அல்லது நீங்கள் உதவி செய்யும் ஒருவருக்கு, தொடர்புக்கு இடையூறாக இருக்கும் செவிப்புலன் மற்றும்/அல்லது பார்வை கோளாறு இருந்தால், துணை உதவிகள் மற்றும் சேவைகளை இலவசமாகவும் சரியான நேரத்திலும் பெற உங்களுக்கு உரிமை உண்டு. மொழிபெயர்ப்பு அல்லது துணை சேவைகளைப் பெற, தயவுசெய்து உறுப்பினர் சேவைகள் ஐ 1-833-543-3145 (TTY 711) என்ற எண்ணில் தொடர்பு கொள்ளவும்.