



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/ok/2026-brochures.html> o llame al 1-833-492-0679 (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 1-833-492-0679 (TTY 711) para pedir una copia.

| Preguntas importantes | Respuestas | Por qué es importante: |
|---|--|--|
| ¿Cuánto es el deducible total? | Para proveedores de la red : \$0 por miembro; \$0 por familia. Para proveedores fuera de la red : \$0 por miembro; \$0 por familia. | Consulte la tabla de Circunstancias médicas comunes abajo para conocer los costos de los servicios que cubre este plan . |
| ¿Hay servicios cubiertos antes de alcanzar su deducible ? | Sí. No hay deducible . | 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 ? | No se aplica. | Este plan no tiene un límite de gastos de bolsillo sobre sus gastos. |
| ¿Qué es lo que no está incluido en el límite de gastos de bolsillo ? | No se aplica. | Este plan no tiene un límite de gastos de bolsillo sobre sus gastos. |

| Preguntas importantes | Respuestas | Por qué es importante: |
|---|--|--|
| ¿Pagará menos si acude a un proveedor dentro de la red ? | Sí. Visite https://ambetterhealth.com/en/ok/finda doc o llame al 1-833-492-0679 (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 . |

| Circunstancia médica común | Servicios que podría necesitar | Lo que usted pagará | | Limitaciones, excepciones y otra información importante |
|---|---|--|---|---|
| | | Proveedor de atención de salud indígena (IHCP) y proveedor de la red que no brinda atención de salud indígena (usted pagará el mínimo) | Proveedor fuera de la red que no brinda atención de salud indígena (usted pagará el máximo) | |
| Si acude al consultorio o clínica del proveedor | Consulta con su médico de atención primaria para tratar una afección o lesión | Sin cargo | Sin cargo | Las Consultas de Atención Virtuales Ilimitadas, disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana, que reciba por parte del proveedor de telesalud designado de Ambetter están cubiertas Sin Cargo, los proveedores cuentan con cobertura completa. |
| | Consulta con un especialista | Sin cargo | Sin cargo | Ninguno |
| | Atención preventiva/evaluación /vacunas | Sin cargo | Sin cargo | 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) | Sin cargo para servicios profesionales y de laboratorio Sin cargo para diagnóstico por imágenes y radiografías | Sin cargo 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 emergencias o un centro para pacientes ambulatorios. |

| Circunstancia médica común | Servicios que podría necesitar | Lo que usted pagará | | Limitaciones, excepciones y otra información importante |
|----------------------------|--|--|---|---|
| | | Proveedor de atención de salud indígena (IHCP) y proveedor de la red que no brinda atención de salud indígena (usted pagará el mínimo) | Proveedor fuera de la red que no brinda atención de salud indígena (usted pagará el máximo) | |
| | | Sin cargo para servicios de laboratorio y profesionales, y radiografías y diagnóstico por imágenes en otros lugares de servicio | Sin cargo para diagnóstico por imágenes y radiografías Sin cargo para servicios de laboratorio y profesionales, y radiografías y diagnóstico por imágenes en otros lugares de servicio | Si no obtiene una autorización previa para los servicios que la requieran, eso dará lugar al rechazo de los beneficios. |
| | Diagnóstico por imágenes (tomografía computarizada/ tomografía por emisión de positrones, imágenes por resonancia magnética) | Sin cargo | Sin cargo | 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 de atención de salud indígena (IHCP) y proveedor de la red que no brinda atención de salud indígena (usted pagará el mínimo) | Proveedor fuera de la red que no brinda atención de salud indígena (usted pagará el máximo) | |
| 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/en/ok/2026formulary | Medicamentos genéricos | Nivel 1a: Venta minorista de medicamentos genéricos preferidos: Sin cargo Nivel 1b: Venta minorista de medicamentos genéricos: Sin cargo | Sin cobertura | Se podría requerir una autorización previa. Los medicamentos recetados se entregan en suministros de hasta 30 días a través de venta minorista y de hasta 90 días a través de los servicios de compra por correo. |
| | Medicamentos de marca preferidos | Nivel 2: Venta minorista: Sin cargo | Sin cobertura | Se podría requerir una autorización previa. Los medicamentos recetados se entregan en suministros de hasta 30 días a través de venta minorista y de hasta 90 días a través de los servicios de compra por correo. |
| | Medicamentos de marca no preferidos y genéricos no preferidos | Nivel 3: Venta minorista: Sin cargo | Sin cobertura | |
| | Medicamentos de especialidad | Nivel 4: Venta minorista: Sin cargo | Sin cobertura | |
| Si le hacen una cirugía ambulatoria | Tarifa del centro (p. ej., centro de cirugía ambulatoria) | Sin cargo | Sin cargo | Se podría requerir una autorización previa. Cubierto sin límite. |
| | Tarifas del médico/cirujano | Sin cargo | Sin cargo | 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 de atención de salud indígena (IHCP) y proveedor de la red que no brinda atención de salud indígena (usted pagará el mínimo) | Proveedor fuera de la red que no brinda atención de salud indígena (usted pagará el máximo) | |
| Si necesita atención médica inmediata | Atención en la Sala de Emergencias | Sin cargo | Sin cargo | Ninguno |
| | Transporte médico de emergencia | Sin cargo | Sin cargo | 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 | Sin cargo | Sin cargo | Ninguno |
| Si necesita hospitalización | Tarifa del centro (p. ej., habitación del hospital) | Sin cargo | Sin cargo | Se podría requerir una autorización previa. Cubierto sin límite. |
| | Tarifas del médico/cirujano | Sin cargo | Sin cargo | 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 | Sin cargo | Sin cargo | 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 | Sin cargo | Sin cargo | Se podría requerir una autorización previa. Cubierto sin límite. |
| Si está embarazada | Visitas al consultorio | Sin cargo | Sin cargo | 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 |

| Circunstancia médica común | Servicios que podría necesitar | Lo que usted pagará | | Limitaciones, excepciones y otra información importante |
|----------------------------|---|--|---|--|
| | | Proveedor de atención de salud indígena (IHCP) y proveedor de la red que no brinda atención de salud indígena (usted pagará el mínimo) | Proveedor fuera de la red que no brinda atención de salud indígena (usted pagará el máximo) | |
| | | | | rutina. Según el tipo de servicios, podría aplicarse un coseguro , un deducible o un copago . La atención por maternidad puede incluir pruebas y servicios descritos en otros apartados del Resumen de beneficios y cobertura (SBC) (p. ej., ecografía). |
| | Servicios profesionales para el nacimiento y el parto | Sin cargo | Sin cargo | 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 | Sin cargo | Sin cargo | |

| Circunstancia médica común | Servicios que podría necesitar | Lo que usted pagará | | Limitaciones, excepciones y otra información importante |
|--|--|--|---|---|
| | | Proveedor de atención de salud indígena (IHCP) y proveedor de la red que no brinda atención de salud indígena (usted pagará el mínimo) | Proveedor fuera de la red que no brinda atención de salud indígena (usted pagará el máximo) | |
| Si necesita servicios de recuperación o tiene otras necesidades especiales de salud | Atención médica en el hogar | Sin cargo | Sin cargo | Se podría requerir una autorización previa. Se limita a 30 visitas por año. |
| | Servicios de rehabilitación | Atención ambulatoria: Sin cargo Servicios hospitalarios Sin cargo | Atención ambulatoria: Sin cargo Servicios hospitalarios Sin cargo | 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. Servicios hospitalarios 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: Sin cargo Pacientes hospitalizados: Sin cargo | Atención ambulatoria: Sin cargo Pacientes hospitalizados: Sin cargo | Atención ambulatoria: 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. Servicios hospitalarios 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 | Sin cargo | Sin cargo | Se podría requerir una autorización previa. Se limita a 30 días por año. |

| Circunstancia médica común | Servicios que podría necesitar | Lo que usted pagará | | Limitaciones, excepciones y otra información importante |
|---|---|--|---|--|
| | | Proveedor de atención de salud indígena (IHCP) y proveedor de la red que no brinda atención de salud indígena (usted pagará el mínimo) | Proveedor fuera de la red que no brinda atención de salud indígena (usted pagará el máximo) | |
| | Equipo médico duradero | Sin cargo | Sin cargo | Se podría requerir una autorización previa. Cubierto sin límite. |
| | Servicios en un programa de cuidados paliativos | Sin cargo | Sin cargo | 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 | Sin costo | Limitado a 1 consulta por año. |
| | Anteojos para niños | Sin costo | Sin costo | 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 los casos en que la vida de la miembro está en peligro) • Acupuntura • Atención a largo plazo. | <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"> • Atención de quiropráctico. • 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 cada 4 años) | <ul style="list-style-type: none"> • Cuidado de los pies de rutina. • Servicio privado de enfermería (limitado a 85 visitas por año) |
|--|--|--|

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

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 of Oklahoma, 1-833-492-0679 (TTY 711); Oklahoma Insurance Department, 400 NE 50th St. Oklahoma City, OK 73105; 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: Oklahoma Insurance Department, 400 NE 50th St. Oklahoma City, OK 73105.

¿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 1-833-492-0679 (TTY 711).

Tagalog (Tagalog): Kung kailangan ninyo ang tulong sa Tagalog tumawag sa 1-833-492-0679 (TTY 711).

Chinese (中文): 如果需要中文的帮助, 请拨打这个号码 1-833-492-0679 (TTY 711).

Navajo (Dine): Dinek'ehgo shika at'ohwol ninisingo, kwijigo holne' 1-833-492-0679 (TTY 711).

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

Acerca de estos ejemplos de cobertura:



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

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

- El [deducible](#) general del [plan](#) \$0
- [Médico especialista coseguro](#) 0%
- Hospital (centro) [coseguro](#) 0%
- Otro [coseguro](#) 0%

Este EJEMPLO de evento incluye servicios como:

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

Servicios profesionales para el nacimiento y el parto

Servicios hospitalarios para el nacimiento y el parto

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

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

Costo total del ejemplo \$12,700

En este ejemplo, Peg pagaría:

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

Control de la diabetes tipo 2 de Joe
(un año de atención de rutina dentro de la red de una condición bien controlada)

- El [deducible](#) general del [plan](#) \$0
- [Médico especialista coseguro](#) 0%
- Hospital (centro) [coseguro](#) 0%
- Otro [coseguro](#) 0%

Este EJEMPLO de evento incluye servicios como:

Visitas al consultorio del [médico de atención](#)

[primaria](#) (incluye la educación sobre enfermedades)

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

[Medicamentos recetados](#)

[Equipo médico duradero](#) (glucómetro)

Costo total del ejemplo \$5,600

En este ejemplo, Joe pagaría:

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

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

- El [deducible](#) general del [plan](#) \$0
- [Médico especialista coseguro](#) 0%
- Hospital (centro) [coseguro](#) 0%
- Otro [coseguro](#) 0%

Este EJEMPLO de evento incluye servicios como:

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

[Exámenes de diagnóstico](#) (radiografías)

[Equipo médico duradero](#) (muletas)

[Servicios de rehabilitación](#) (fisioterapia)

Costo total del ejemplo \$2,800

En este ejemplo, Mia pagaría:

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

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

| | |
|--------------------|---|
| English: | If you, or someone you are helping, have questions about Ambetter of Oklahoma, and are not proficient in English, you have the right to get help and information in your language at no cost and in a timely manner. If you, or someone you are helping, have an auditory and/or visual condition that impedes communication, you have the right to receive auxiliary aids and services at no cost and in a timely manner. To receive translation or auxiliary services, please contact Member Services at 1-833-492-0679 (TTY 711). |
| Spanish: | Si usted, o alguien a quien está ayudando, tiene preguntas acerca de Ambetter of Oklahoma 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 1-833-492-0679 (TTY 711). |
| Vietnamese: | Nếu quý vị hoặc người mà quý vị đang giúp đỡ có câu hỏi về Ambetter of Oklahoma 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 1-833-492-0679 (TTY 711). |
| Chinese: | 如果您，或是您正在協助的對象，有關於 Ambetter of Oklahoma 方面的問題，且不精通英語，您有權利免費並及時以您的母語獲幫助和訊息。如果您，或您正在協助的對象有聽力和/或視力上的問題，阻礙了溝通，您有權利免費並及時獲得輔助支援與服務。若要取得翻譯或輔助服務，請聯絡會員服務部，電話是 1-833-492-0679 (TTY 711)。 |
| Korean: | 귀하 또는 귀하의 도움을 받는 분이 Ambetter of Oklahoma에 대한 질문이 있는 경우 영어에 능숙하지 않으시면 해당 언어로 시의적절하게 무료 지원과 정보를 받을 권리가 있습니다. 귀하 또는 귀하의 도움을 받는 분이 청각 및/또는 시각적으로 의사소통에 장애가 있는 경우 시의적절하게 무료 보조 도구 및 서비스를 받을 권리가 있습니다. 번역 또는 보조 서비스를 받으시려면 1-833-492-0679 (TTY 711)번으로 가입자 서비스부에 연락해주시시오. |
| German: | Falls Sie oder jemand, dem Sie helfen, Fragen zu Ambetter of Oklahoma hat und nicht Englisch spricht, haben Sie das Recht, kostenlos und zeitnah Hilfe und Informationen in Ihrer Sprache zu erhalten. Falls Sie oder jemand, dem Sie helfen, eine Hör- und/oder Sehbeeinträchtigung hat, die die Kommunikation beeinflusst, haben Sie das Recht, kostenlos und zeitnah zusätzliche Hilfe und Dienstleistungen zu erhalten. Um eine Übersetzung oder zusätzliche Dienstleistungen zu erhalten, wenden Sie sich an den Kundendienst unter 1-833-492-0679 (TTY 711). |
| Arabic: | إذا كان لديك أو لدى شخص تساعدته أسئلة حول Ambetter of Oklahoma، ولم تكن بارعًا باللغة الإنكليزية، فلديك الحق في الحصول على المساعدة والمعلومات بلغتك من دون أي تكلفة وفي الوقت المناسب. إذا كنت أنت أو أي شخص تساعدته تعاني من حالة سمعية و/أو بصرية تعيق التواصل، فلديك الحق في تلقي مساعدات وخدمات إضافية من دون أي تكلفة وفي الوقت المناسب. لتلقي خدمات الترجمة أو خدمات إضافية، يرجى الاتصال بخدمات الأعضاء على (1-833-492-0679 (TTY 711)). |
| Burmese: | အကယ်၍ သင် သို့မဟုတ် သင်ကူညီနေသူတစ်ဦးသည် Ambetter of Oklahoma အကြောင်းနှင့် ပတ်သက်၍ မေးခွန်းများ မေးလိုပြီး အင်္ဂလိပ်လို ကျွမ်းကျင်စွာ မပြောနိုင်ပါက၊ သင့်တွင် အကူအညီနှင့် အချက်အလက်များကို သင့်ဘာသာစကားဖြင့် အကြောင်းပြောပေးစရာမလိုဘဲ အချိန်နှင့်တစ်ပြေးညီ ရယူပိုင်ခွင့်ရှိပါသည်။ အကယ်၍ သင် သို့မဟုတ် သင်ကူညီနေသူတစ်ဦးသည် ဆက်သွယ်ရေးကို အဟန့်အတားဖြစ်စေသော အကြားအာရုံနှင့်/သို့မဟုတ် အမြင်အာရုံနှင့် သက်ဆိုင်သော အခြေအနေတစ်ခုရှိပါက၊ သင့်တွင် အရန်အကူအညီများနှင့် ဝန်ဆောင်မှုများကို အကြောင်းပြောပေးစရာမလိုဘဲ အချိန်နှင့်တစ်ပြေးညီ ရယူပိုင်ခွင့်ရှိပါသည်။ ဘာသာပြန် သို့မဟုတ် အရန်ဝန်ဆောင်မှုများကို လက်ခံရယူရန် 1-833-492-0679 (TTY 711) ရှိ အဖွဲ့ဝင် ဝန်ဆောင်မှုများကို ဆက်သွယ်ပါ။ |

