




El Resumen de beneficios y cobertura (SBC) le ayudará a escoger un [plan](#) de salud. El SBC muestra cómo usted y el [plan](#) compartirían los costos de los servicios de atención de salud 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/ky/2026-brochures.html](https://www.es.ambetterhealth.com/en/ky/2026-brochures.html) o llame al 1-833-705-2175 (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 1-833-705-2175 (TTY 711) para pedir una copia.

| Preguntas importantes | Respuestas | Por qué es importante: |
|---|---|--|
| ¿Cuánto es el deducible total? | \$6,300 por miembro/\$12,600 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 : \$8,400 por miembro/\$16,800 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 . |
| ¿Pagará menos si acude a un proveedor de la red ? | Sí. Visite https://ambetterhealth.com/en/ky/findadoc o llame al 1-833-705-2175 (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. |

| Preguntas importantes | Respuestas | Por qué es importante: |
|--|------------|--|
| ¿Necesita una remisión del médico 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 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 | \$40 Copago / visita; deducible no se aplica | Sin cobertura | 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 | \$85 Copago / visita; deducible no se aplica | Sin cobertura | Ninguno |
| | Atención preventiva/exámenes /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) | \$50 Copago / visita; deducible no se aplica para servicios profesionales y de laboratorio 50% Coseguro para diagnóstico por imágenes 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 de la red (usted pagará el mínimo) | Proveedor fuera de la red (usted pagará el máximo) | |
| | | 50% Coseguro para servicios de laboratorio y profesionales, y radiografías y diagnóstico por imágenes en otros lugares de servicio | | |
| | Diagnóstico por imágenes (tomografía computarizada (CT)/tomografía por emisión de positrones (PET), imágenes por resonancia magnética (MRI)) | 50% 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 recetados en https://ambetterhealth.com/en/ky/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: \$15 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: \$75 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 no preferidos y genéricos no preferidos | Nivel 3: Venta minorista: 45% Coseguro | Sin cobertura | Se podría requerir una autorización previa. Los medicamentos recetados se entregan en suministros de hasta 30 días a través de |
| | 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 |

| Circunstancia médica común | Servicios que podría necesitar | Lo que usted pagará | | Limitaciones, excepciones y otra información importante |
|---|---|--|--|---|
| | | Proveedor de la red (usted pagará el mínimo) | Proveedor fuera de la red (usted pagará el máximo) | |
| | | | | 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) | 50% Coseguro | Sin cobertura | Se podría requerir una autorización previa. Cubierto sin límite. |
| | Tarifas del médico/cirujano | 50% Coseguro | Sin cobertura | Se podría requerir una autorización previa. Cubierto sin límite. |
| Si necesita atención médica inmediata | Atención en la sala de emergencias | 50% Coseguro | 50% Coseguro | Ninguno |
| | Transporte médico de emergencia | 50% Coseguro | 50% 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. Si recibe servicios de un proveedor de ambulancia terrestre o acuática fuera de la red , es posible que deba pagar una facturación de saldo . |
| | Atención de urgencia | \$60 Copago / visita; deducible no se aplica | Sin cobertura | Ninguno |
| Si necesita hospitalización | Tarifa del centro (p. ej., habitación del hospital) | 50% Coseguro | Sin cobertura | Se podría requerir una autorización previa. Cubierto sin límite. |
| | Tarifas del médico/cirujano | 50% Coseguro | Sin cobertura | Se podría requerir una autorización previa. Cubierto sin límite. |
| Si necesita servicios de salud mental, salud del comportamiento o de abuso de sustancias | Servicios para pacientes ambulatorios | Visita al consultorio: \$40 Copago / visita; deducible no se aplica; Otros servicios para pacientes ambulatorios: 50% Coseguro | Sin cobertura | Puede requerirse autorización previa. Sin Límite de Cobertura. (Las consultas con el Proveedor de Cuidado Primario (PCP) y otras visitas al consultorio del médico no requieren autorización previa). |
| | Servicios para pacientes hospitalizados | 50% Coseguro | Sin cobertura | Se podría requerir una autorización previa. Cubierto sin límite. |
| Si está embarazada | Visitas al consultorio | \$40 Copago / visita; deducible no se aplica | Sin cobertura | No se requiere autorización previa para los partos dentro del plazo estándar según las |

| Circunstancia médica común | Servicios que podría necesitar | Lo que usted pagará | | Limitaciones, excepciones y otra información importante |
|---|---|---|--|---|
| | | Proveedor de la red (usted pagará el mínimo) | Proveedor fuera de la red (usted pagará el máximo) | |
| | | | | 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 | 50% Coseguro | Sin cobertura | Puede requerirse autorización previa. Los costos compartidos no se aplican a servicios preventivos . Según el tipo de servicio, es posible que se aplique un copago , coseguro o deducible . El cuidado de maternidad puede incluir pruebas y servicios que se describen en otra parte del SBC (es decir, servicios de ultrasonido). |
| | Servicios hospitalarios para el nacimiento y el parto | 50% Coseguro | Sin cobertura | |
| Si necesita servicios de recuperación o tiene otras necesidades especiales de salud | Atención de salud en el hogar | 50% Coseguro | Sin cobertura | Se podría requerir una autorización previa. Se limita a 100 visitas por año. (Cada visita de un representante autorizado de una agencia de atención de salud en el hogar se considerará como una (1) visita de atención de salud en el hogar, salvo que un mínimo de cuatro (4) horas de servicio de asistente de salud a domicilio se considerará como una (1) visita de atención de salud en el hogar). |
| | Servicios de rehabilitación | Atención ambulatoria: \$40 Copago / visita; deducible no se aplica Servicios hospitalarios: 50% Coseguro | Sin cobertura | Pacientes ambulatorios: Puede requerirse autorización previa. Se limita a 25 visitas de terapia por año (para fisioterapia, terapia ocupacional y del habla), a 25 visitas de terapia pulmonar, a 36 visitas de terapia cardíaca y a 20 visitas de terapia cognitiva. |

| Circunstancia médica común | Servicios que podría necesitar | Lo que usted pagará | | Limitaciones, excepciones y otra información importante |
|---|--|--|--|--|
| | | Proveedor de la red (usted pagará el mínimo) | Proveedor fuera de la red (usted pagará el máximo) | |
| | | | | Nota: Los límites no se aplican cuando la terapia se realiza debido a un diagnóstico de trastorno mental o por consumo de sustancias. 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: \$40 Copago / visita; deducible no se aplica Servicios hospitalarios 50% Coseguro | Sin cobertura | Pacientes ambulatorios: Puede requerirse autorización previa. Se limita a 25 visitas de terapia por año (para fisioterapia, terapia ocupacional y del habla), a 25 visitas de terapia pulmonar, a 36 visitas de terapia cardíaca y a 20 visitas de terapia cognitiva. Nota: Los límites no se aplican cuando la terapia se realiza debido a un diagnóstico de trastorno mental o por consumo de sustancias. 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 | 50% Coseguro | Sin cobertura | Se podría requerir una autorización previa. Se limita a 90 días por año. |
| | Equipos médicos duraderos | 50% Coseguro | Sin cobertura | Se podría requerir una autorización previa. Cubierto sin límite. |
| | Servicios para enfermos terminales | Sin cargo; deducible no se aplica | Sin cargo | Se podría requerir una autorización previa. Cubierto sin límite. |
| Si su hijo necesita servicios dentales o de la vista | Examen ocular para niños | Sin cargo; No se aplica deducible | Sin cobertura | Limitado a 1 visita al año. |
| | Anteojos para niños | Sin cargo; No se aplica deducible | Sin cobertura | Se limita a 1 artículo por año. Nota: Cuando sea médicamente necesario , se ofrecen |

| Circunstancia médica común | Servicios que podría necesitar | Lo que usted pagará | | Limitaciones, excepciones y otra información importante |
|----------------------------|--------------------------------|--|--|--|
| | | Proveedor de la red (usted pagará el mínimo) | Proveedor fuera de la red (usted pagará el máximo) | |
| | | | | beneficios cada año para la cobertura de un juego completo de gafas de repuesto (marcos y 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](#)).

- Aborto (excepto en los casos en que la vida de la miembro está en peligro)
- Acupuntura
- Atención a largo plazo
- Atención de la vista de rutina (adultos).
- Atención dental (adultos)
- Atención dental (niños)
- Atención que no es de emergencia cuando viaja fuera de los EE. UU.
- Cirugía bariátrica.
- 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](#)).

- Atención de quiropráctico (limitada a 20 visitas por año).
- Audífonos (limitado a 1 artículo cada 3 años)
- Cuidado de los pies de rutina.
- Servicio privado de enfermería (limitado a 250 visitas al año; basado en un turno de 8 horas/año calendario).

Sus derechos de mantener 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 from WellCare of Kentucky, 1-833-705-2175 (TTY 711); Kentucky Department of Insurance, 500 Metro Street, 2 SE 11, Frankfort, KY, 40601, Phone: 1-800-595-6053; 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 si necesita ayuda, comuníquese con Kentucky Department of Insurance, 500 Metro Street, 2 SE 11, Frankfort, KY, 40601, Phone: 1-800-595-6053

¿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 sea elegible para recibir un [crédito tributario para primas](#) que le ayudará a pagar un [plan](#) en el [Mercado](#).

Servicio de acceso a idiomas:

Spanish (Español): Para obtener asistencia en Español, llame al 1-833-705-2175 (TTY 711).

Tagalog (Tagalog): Kung kailangan ninyo ang tulong sa Tagalog tumawag sa 1-833-705-2175 (TTY 711).

Chinese (中文): 如果需要中文的帮助, 请拨打这个号码 1-833-705-2175 (TTY 711).

Navajo (Dine): Dinek'ehgo shika at'ohwol ninisingo, kwijjigo holne' 1-833-705-2175 (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](#) de salud. 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 | \$6,300 |
| ■ Médico especialista copago | \$85 |
| ■ Hospital (centro) coseguro | 50% |
| ■ Otro coseguro | 50% |

Este EJEMPLO de evento incluye servicios como:

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

Servicios profesionales para el nacimiento y el parto

Servicios hospitalarios para el nacimiento y el parto

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

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

Costo total del ejemplo **\$12,700**

En este ejemplo, Peg pagaría:

| Costos compartidos | |
|------------------------------------|----------------|
| Deducibles | \$6,300 |
| Copagos | \$600 |
| Coseguro | \$1,300 |
| Lo que no está cubierto | |
| Límites o exclusiones | \$60 |
| El total que Peg pagaría es | \$8,260 |

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 | \$6,300 |
| ■ Médico especialista copago | \$85 |
| ■ Hospital (centro) coseguro | 50% |
| ■ Otro coseguro | 50% |

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 | \$800 |
| Copagos | \$1,700 |
| Coseguro | \$0 |
| Lo que no está cubierto | |
| Límites o exclusiones | \$20 |
| El total que Joe pagaría es | \$2,520 |

Fractura simple de Mia

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

| | |
|---|---------|
| ■ El deducible general del plan | \$6,300 |
| ■ Médico especialista copago | \$85 |
| ■ Hospital (centro) coseguro | 50% |
| ■ Otro coseguro | 50% |

Este EJEMPLO de evento incluye servicios como:

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

[Exámenes de diagnóstico](#) (radiografías)

[Equipo médico duradero](#) (muletas)

[Servicios de rehabilitación](#) (fisioterapia)

Costo total del ejemplo **\$2,800**

En este ejemplo, Mia pagaría:

| Costos compartidos | |
|------------------------------------|----------------|
| Deducibles | \$2,100 |
| Copagos | \$400 |
| Coseguro | \$0 |
| Lo que no está cubierto | |
| Límites o exclusiones | \$0 |
| El total que Mia pagaría es | \$2,500 |



FROM |



| | |
|----------------------------|---|
| English: | If you, or someone you are helping, have questions about Ambetter from WellCare of Kentucky, 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 1-833-705-2175 (TTY 711). |
| Spanish: | Si usted, o alguien a quien está ayudando, tiene preguntas acerca de Ambetter from WellCare of Kentucky 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 1-833-705-2175 (TTY 711). |
| Chinese: | 如果您或您正在協助的對象有關於 Ambetter from WellCare of Kentucky 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1-833-705-2175 (TTY 711)。 |
| German: | Falls Sie oder jemand, dem Sie helfen, Fragen zu Ambetter from WellCare of Kentucky 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 1-833-705-2175 (TTY 711). |
| Vietnamese: | Nếu quý vị hoặc người mà quý vị đang giúp đỡ có câu hỏi về Ambetter from WellCare of Kentucky 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 1-833-705-2175 (TTY 711). |
| Arabic: | إذا كان لديك أو لدى شخص تساعد أسئلة حول Ambetter from WellCare of Kentucky، 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 1-833-705-2175 (TTY 711). |
| French: | Si vous-même ou une personne que vous aidez avez des questions à propos d'Ambetter from WellCare of Kentucky 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 Services aux membres au 1-833-705-2175 (TTY 711). |
| Korean: | 귀하 또는 귀하의 도움을 받는 분이 Ambetter from WellCare of Kentucky에 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 1-833-705-2175 (TTY 711) 번으로 가입자 서비스부에 연락해 주십시오. |
| Pennsylvania Dutch: | Wann du, odder epper wer dir helft, hen Frooge iwwer Ambetter from WellCare of Kentucky, un sin net proficient in Englisch, du hoscht die Recht um Helf zu griege un Information in dei Schprooch mitaus Koscht un in en zeitlich Manner. Wann du, odder epper wer dir helft, hen en Auditory un/odder Sehlich Condition die iss schlecht fer Communication, du hoscht die Recht Auxiliary Aids zu griege un Services mitaus Koscht un in en zeitlich Manner. Fer Iwwersetzung odder Auxiliary Services zu griege, sei so gut un ruff Member Services um 1-833-705-2175 (TTY 711). |

| | |
|------------------------|---|
| Nepali: | यदि तपाईं स्वयं वा तपाईंले मद्दत गरिरहनुभएको कोही व्यक्तिसँग Ambetter from WellCare of Kentucky सँग सम्बन्धित प्रश्नहरू छन् र तपाईं दुवै अंग्रेजीमा निपुण हुनुहुन्न भने तपाईंसँग निःशुल्क रूपमा र समयमै आफ्नो भाषामा मद्दत र जानकारी प्राप्त गर्ने अधिकार छ। यदि तपाईं वा तपाईंले मद्दत 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 1-833-705-2175 (TTY 711) मा सदस्य सेवाहरू लाई सम्पर्क गर्नुहोस्। |
| Oromo: | Isin, ykn namni biraa isin gargaartan, Ambetter from WellCare of Kentucky gaaffii qabdu yoo ta'ee fiAfaan Ingiliffaa hin beektanu taanan, yeroodhaan afaan barbaaddaniin kaffaltii tokko malee odeeffannoo barbaaddan argachuudhaaf mirga qabdu. Isin, ykn namni isin gargaartan, rakkoo dhageettii fi/ykn agartii kan haasaa keessan irratti dhiibbaa qabu qabdu taanan, gargaarsa dhageettii argachuu fi tajaajiloota kaffaltii malee argachuudhaaf mirga qabdu. Tajaajiloota hiikkaa afaanii fi dhageettii argachuudhaaf, maaloo Tajaajiloota Maamilaa karaa 1-833-705-2175 (TTY 711) qunnaamaa. |
| Russian: | Если у вас или у лица, которому вы помогаете, возникли какие-либо вопросы о программе страхования Ambetter from WellCare of Kentucky, при этом вы недостаточно хорошо владеете английским языком, вы имеете право на бесплатную и своевременную помощь и информацию на своем родном языке. Если у вас или у лица, которому вы помогаете, наблюдается какое-либо нарушение слуха и/или зрения, которое препятствует коммуникации, вы имеете право на бесплатные и своевременные вспомогательные услуги и помощь. Для получения услуг перевода или вспомогательных услуг обратитесь в отдел обслуживания участников по номеру 1-833-705-2175 (TTY 711). |
| Tagalog: | Kung ikaw, o ang iyong tinutulongan, ay may mga katanungan tungkol sa Ambetter from WellCare of Kentucky, 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 tinutulongan, 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-wika o mga karagdagang serbisyo, mangyaring makipag-ugnayan sa Mga Serbisyo para sa Miyembro sa 1-833-705-2175 (TTY 711). |
| Bantu: | Nimba wewe, canke undi muntu wewe se uri gufasha, yoba afise ico asiguza kijanye na Ambetter from WellCare of Kentucky , kandi adatahura neza icongereza, ufise agateka ko kurungikirwa ubufasha n'amakuru ku buntu kandi mu kiringo gikwiye. Nimba wewe, canke undi wewe se uri gufasha, afise nkenerwa zo kumva na/canke kuraba bibuza itumanako, ufise agateka ko kurungikirwa agafasha kumviriza na serevise bibuza kandi mu kiringo gikwiye. Kugira urungikirwe serevise z'ubusiguzi canke agafasha kumviriza, turagusavye yaga na Serevise z'Abanyamuryango kuri 1-833-705-2175 (TTY 711). |
| Serbo-Croatian: | Ako Vi, ili neko kome pomažete, imate pitanja u vezi sa Ambetter from WellCare of Kentucky, a ne govorite engleski jezik, imate pravo na besplatnu i blagovremenu pomoć i informacije na sopstvenom jeziku. Ako Vi, ili neko kome pomažete, imate neki poremećaj sluha i/ili vida zbog kojeg je onemogućena komunikacija, imate pravo da besplatno i blagovremeno dobijete pomagala i pomoćne usluge. Obratite se odeljenju za pružanje usluga članovima pozivom na broj 1-833-705-2175 (TTY 711) da biste dobili usluge prevoda ili pomoćne usluge. |
| Japanese: | ご自身やあなたが介護している他の人が、Ambetter from WellCare of Kentuckyについてご質問をお持ちの場合、英語に自信がなくても無料かつタイムリーにご希望の言語でヘルプや情報を得ることができます。ご自身や、あなたが介護している他の人の聴覚や視覚の状態のためやり取りが難しい場合でも、無料かつタイムリーに補助サービスを受けることができます。翻訳や補助サービスを受けるには、1-833-705-2175 (TTY 711)のメンバーサービスにご連絡ください。 |