**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/sc/2026-brochures.html o llame al 1-833-270-5443 (Relay 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 1-833-270-5443 (Relay 711) para pedir una copia.

| Preguntas importantes | Respuestas | Por qué es importante: |
|---|---|---|
| **¿Cuánto es el deducible total?** | $6,000 por miembro / $12,000 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: $8,900 por miembro/$17,800 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. |

| Preguntas importantes | Respuestas | Por qué es importante: |
|---|---|---|
| **¿Pagará menos si acude a un proveedor dentro de la red?** | Sí. Visite https://ambetterhealth.com/en/sc/findadoc o llame al 1-833-270-5443 (Relay 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 | $40 Copago / visita; deducible no se aplica | Sin cobertura | Cubierto sin límite. |
| | Consulta con un especialista | $80 Copago / visita; deducible no se aplica | Sin cobertura | Ninguno |
| | Atención preventiva/ evaluación/vacunas | Sin cargo; deducible no se aplica | Sin cobertura | Es posible que tenga que pagar por los servicios que no son preventivos. Consulte a su proveedor si los servicios que necesita son preventivos y luego verifique qué es lo que pagará el plan. |
| **Si se realiza un examen** | Exámenes de diagnóstico (radiografías, análisis de sangre) | 40% Coseguro para servicios profesionales y de laboratorio<br><br>40% Coseguro para diagnóstico por imágenes y radiografías<br><br>40% Coseguro para servicios de laboratorio y | 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.<br><br>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) | |
| | | profesionales, y radiografías y diagnóstico por imágenes en otros lugares de servicio | | |
| | Diagnóstico por imágenes (tomografía computarizada/ tomografía por emisión de positrones, imágenes por resonancia magnética) | 40% Coseguro | Sin cobertura | Se podría requerir una autorización previa. Cubierto sin límite. |
| **Si necesita un medicamento para tratar su enfermedad o condición médica.** Hay más información disponible sobre la **cobertura de medicamentos con receta médica** en **https://ambetterhealth.com/en/sc/2026formulary** | Medicamentos genéricos | Nivel 1a: Venta minorista de medicamentos genéricos preferidos: $20 Copago / receta; deducible no se aplica<br><br>Nivel 1b: Venta minorista de medicamentos genéricos: $20 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 2.5 veces mayor que el de venta minorista. |
| | Medicamentos de marca preferidos | Nivel 2: Venta minorista: $40 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 2.5 veces mayor que el de venta minorista. |
| | Medicamentos de marca no preferidos y genéricos no preferidos | Nivel 3: Venta minorista: $80 Copago / receta | Sin cobertura | |
| | Medicamentos de especialidad | Nivel 4: Venta minorista: $350 Copago / receta | 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) | 40% Coseguro | Sin cobertura | Se podría requerir una autorización previa. Cubierto sin límite. |
| | Tarifas del médico/cirujano | 40% Coseguro | Sin cobertura | Se podría requerir una autorización previa. |

| 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) | |
| | | | | Cubierto sin límite. |
| **Si necesita atención médica inmediata** | Atención en la Sala de Emergencias | 40% Coseguro | 40% Coseguro | Ninguno |
| | Transporte médico de emergencia | 40% Coseguro | 40% 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) | 40% Coseguro | Sin cobertura | Se podría requerir una autorización previa. Cubierto sin límite. |
| | Tarifas del médico/cirujano | 40% Coseguro | Sin cobertura | Se podría requerir una autorización previa. Cubierto sin límite. |
| **Si necesita servicios de salud mental, salud conductual o de abuso de sustancias** | Servicios para pacientes ambulatorios | Visita al consultorio: $40 Copago / visita; deducible no se aplica;<br>Otros servicios para pacientes ambulatorios: 40% Coseguro | Sin cobertura | Se podría requerir una autorización previa. Cubierto sin límite. (No se necesita autorización previa para las visitas al consultorio del proveedor de atención primaria (PCP) o de otro médico). |
| | Servicios para pacientes hospitalizados | 40% 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 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 |

| 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) | |
| | | | | 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 | 40% Coseguro | Sin cobertura | 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 | 40% Coseguro | Sin cobertura | |

| 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 | 40% Coseguro | Sin cobertura | Se podría requerir una autorización previa. Se limita a 60 visitas por año. |
| | Servicios de rehabilitación | Atención ambulatoria: $40 Copago / visita; deducible no se aplica<br>Servicios hospitalarios: 40% Coseguro | Sin cobertura | Pacientes ambulatorios: Se podría requerir una autorización previa. Se limita a 30 visitas al año por terapia (ocupacional, física y terapia del habla); no se aplica un límite a la terapia cardiaca o pulmonar. Nota: Los límites no se aplican para diagnósticos de trastorno por consumo de sustancias o de salud mental.<br>Pacientes hospitalizados: Se podría requerir una autorización previa. Cubierto sin límite. |
| | Servicios de habilitación | Atención ambulatoria: $40 Copago / visita; deducible no se aplica<br>Servicios hospitalarios 40% Coseguro | Sin cobertura | Pacientes ambulatorios: Se podría requerir una autorización previa. Se limita a 30 visitas al año por terapia (ocupacional, física y terapia del habla); no se aplica un límite a la terapia cardiaca o pulmonar. 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. |
| | Atención de enfermería especializada | 40% Coseguro | Sin cobertura | Se podría requerir una autorización previa. Se limita a 60 días por año. |
| | Equipo médico duradero | 40% Coseguro | Sin cobertura | Se podría requerir una autorización previa. Cubierto sin límite. |
| | Servicios en un programa de cuidados paliativos | 40% Coseguro | Sin cobertura | 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 cargo; No se aplica deducible | Sin cobertura | Limitado a 1 consulta por año. |
| | Anteojos para niños | Sin cargo; No se aplica deducible | Sin cobertura | Se limita a 1 artículo por año. |
| | Control dental para niños | No están cubiertos | No están cubiertos | Ninguno. |

**Servicios excluidos y otros servicios cubiertos:**

| **Servicios que su Plan, por lo general, NO cubre (consulte la póliza o documento del plan para obtener más información y una lista de otros servicios excluidos).** | | |
|---|---|---|
| • Aborto (excepto en casos de violación, incesto o cuando la vida de la miembro está en peligro)<br>• Acupuntura<br>• Atención a largo plazo.<br>• Atención de la vista de rutina (adultos).<br>• Atención dental (adultos) | • Atención dental (niños)<br>• Atención que no es de emergencia cuando viaja fuera de los EE. UU.<br>• Audífonos<br>• Cirugía bariátrica. | • Cirugía cosmética.<br>• Enfermería privada.<br>• Programas para bajar de peso.<br>• 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. | • Cuidado de los pies de rutina. | |

**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 from Absolute Total Care, 1-833-270-5443 (Relay 711); South Carolina Department of Insurance, 1201 Main Street, Columbia, SC, 29201, Phone: 1-803-737-6180; 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 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: South Carolina Department of Insurance, 1201 Main Street, Columbia, SC, 29201, Phone: 1-803-737-6180

**¿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 1-833-270-5443 (Relay 711).

Tagalog (Tagalog): Kung kailangan ninyo ang tulong sa Tagalog tumawag sa 1-833-270-5443 (Relay 711).
Chinese (中文): 如果需要中文的帮助，请拨打这个号码 1-833-270-5443 (Relay 711).
Navajo (Dine): Dinek'ehgo shika at'ohwol ninisingo, kwiijigo holne' 1-833-270-5443 (Relay 711).

***Para ver ejemplos de cómo este plan podría cubrir los costos de una situación médica de ejemplo, consulte la siguiente sección.***

## Acerca de estos ejemplos de cobertura:

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

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

| | |
|---|---|
| El deducible general del plan | $6,000 |
| Médico especialista copago | $80 |
| Hospital (centro) coseguro | 40% |
| Otro coseguro | 40% |

**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 | $6,000 |
| Copagos | $50 |
| Coseguro | $1,600 |
| *Lo que no está cubierto* | |
| Límites o exclusiones | $60 |
| **El total que Peg pagaría es** | **$7,710** |

### 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 | $6,000 |
| Médico especialista copago | $80 |
| Hospital (centro) coseguro | 40% |
| Otro coseguro | 40% |

**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 | $900 |
| Copagos | $1,100 |
| Coseguro | $0 |
| *Lo que no está cubierto* | |
| Límites o exclusiones | $20 |
| **El total que Joe pagaría es** | **$2,020** |

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

| | |
|---|---|
| El deducible general del plan | $6,000 |
| Médico especialista copago | $80 |
| Hospital (centro) coseguro | 40% |
| Otro coseguro | 40% |

**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** |

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 from Absolute Total Care, 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 1-833-270-5443 (Relay 711). |
| **Spanish:** | Si usted, o alguien a quien está ayudando, tiene preguntas acerca de Ambetter from Absolute Total Care 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 1-833-270-5443 (Relay 711). |
| **Vietnamese:** | Nếu quý vị hoặc người mà quý vị đang giúp đỡ có câu hỏi về Ambetter from Absolute Total Care 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 1-833-270-5443 (Relay 711). |
| **Portuguese:** | Se tiver dúvidas ou estiver a ajudar uma pessoa com dúvidas acerca do Ambetter from Absolute Total Care e não falar inglês, tem direito a obter ajuda e informações no seu idioma, sem qualquer custo e de forma atempada. Se tiver uma condição visual e/ou auditiva que dificulte a comunicação ou estiver a ajudar uma pessoa com uma condição deste tipo, tem direito a receber equipamentos ou serviços de assistência, sem qualquer custo e de forma atempada. Para ter acesso a traduções ou a serviços de assistência, contacte os Serviços de Membros através do número 1-833-270-5443 (Relay 711). |
| **Chinese:** | 如果您或您正在協助的對象對 Ambetter from Absolute Total Care 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訊資訊。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 1-833-270-5443 (Relay 711)。 |
| **Russian:** | Если у вас или у лица, которому вы помогаете, возникли какие либо вопросы о программе страхования Ambetter from Absolute Total Care, 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 программы страхования по номеру 1-833-270-5443 (Relay 711). |
| **Ukrainian:** | Якщо у вас або особи, якій ви допомагаєте, виникли запитання щодо плану Ambetter from Absolute Total Care, але ви чи ця особа не володієте англійською мовою, ви маєте право отримати допомогу та інформацію своєю мовою безкоштовно й своєчасно. Якщо у вас або особи, якій ви допомагаєте, є вади слуху або зору, які заважають спілкуванню, ви маєте право отримати допоміжні засоби та послуги безкоштовно й своєчасно. Щоб отримати переклад або додаткові послуги, зв'яжіться зі Службою обслуговування учасників за номером 1-833-270-5443 (Relay 711). |
| **Gujarati:** | જો તમને અથવા તમે જેમની મદદ કરી રહ્યા હો એવી કોઈ વ્યક્તિને Ambetter from Absolute Total Care વિશે પ્રશ્નો હોય અને અંગ્રેજીમાં પ્રવીણ ન હોય, તો તમને કોઈ ખર્ચ કર્યા વિના અને સમયસર તમારી ભાષામાં મદદ તથા માહિતી મેળવવાનો અધિકાર છે. જો તમે અથવા તમે જેમની મદદ કરી રહ્યા હો એવી કોઈ વ્યક્તિ શ્રવણશક્તિ અને/અથવા દૃષ્ટિવિષયક અવસ્થાથી પીડિત હોય કે જે સંચારને અવરોધતી હોય, તો તમને કોઈ ખર્ચ કર્યા વિના અને સમયસર સહાયક સહાય તથા સેવાઓ પ્રાપ્ત કરવાનો અધિકાર છે. અનુવાદ અથવા સહાયક સેવાઓ પ્રાપ્ત કરવા માટે, કૃપા કરીને 1-833-270-5443 (Relay 711) પર સભ્યની સેવાઓનો સંપર્ક કરો. |

| | |
|---|---|
| **Tagalog:** | Kung ikaw, o ang iyong tinutulungan, ay may mga katanungan tungkol sa Ambetter from Absolute Total Care, 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 pannikin 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 pagsasalin o mga karagdagang serbisyo, mangyaring makipag-ugnayan sa Mga Serbisyo para sa Miyembro sa 1-833-270-5443 (Relay 711). |
| **French:** | Si vous même ou une personne que vous aidez avez des questions à propos d'Ambetter from Absolute Total Care 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 1-833-270-5443 (Relay 711). |
| **Swahili:** | Ikiwa wewe, au mtu unayemsaidia, ana maswali kuhusu Ambetter from Absolute Total Care, na huelewi Kiingereza vizuri, una haki ya kupata usaidizi na maelezo kwa lugha yako bila kulipa ada yoyote na kwa wakati ufaao. Ikiwa wewe, au mtu unayemsaidia, ana tatizo la kusikia na/au la kuona ambalo linazuia mawasiliano, una haki ya kupata usaidizi na huduma za ziada bila kulipa ada yoyote na kwa wakati unaofaa. Ili kupata huduma za tafsiri au za ziada, tafadhali wasiliana na Huduma kwa Wanachama 1-833-270-5443 (Relay 711). |
| **German:** | Falls Sie oder jemand, dem Sie helfen, Fragen zu Ambetter from Absolute Total Care 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 1-833-270-5443 (Relay 711) |
| **Korean:** | 귀하 또는 귀하의 도움을 받는 분이 Ambetter from Absolute Total Care에 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 1-833-270-5443 (Relay 711)번으로 가입자 서비스부에 연락해주십시오. |
| **Thai:** | หากคุณหรือคนที่คุณกำลังให้ความช่วยเหลือมีคำถามเกี่ยวกับ Ambetter from Absolute Total Care และไม่ชำนาญในการใช้ภาษาอังกฤษ คุณมีสิทธิ์ที่จะขอรับความช่วยเหลือและข้อมูลในภาษาของคุณโดยไม่เสียค่าใช้จ่ายอย่างทันท่วงที หากคุณหรือคนที่คุณกำลังให้ความช่วยเหลือมีภาวะด้านการฟังและ/หรือการมองเห็นที่เป็นอุปสรรคต่อการสื่อสาร คุณมีสิทธิ์ที่จะขอรับความช่วยเหลือและบริการเสริมโดยไม่เสียค่าใช้จ่ายอย่างทันท่วงที หากต้องการบริการด้านการแปลหรือบริการเสริม โปรดติดต่อ บริการสำหรับสมาชิก ที่หมายเลข 1-833-270-5443 (Relay 711) |
| **Tamil:** | நீங்கள் அல்லது நீங்கள் உதவுகிற ஒருவருக்கு, Ambetter from Absolute Total Care பற்றி ஏதேனும் கேள்விகள் இருந்து, மேலும் ஆங்கிலத்தில் நிபுணத்துவம் இல்லாவிட்டால், உங்கள் மொழியில் உதவியும் தகவல்களும் இலவசமாகவும், தேவையான நேரத்தில் பெறும் உரிமை உங்களுக்கு உள்ளது. 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 1-833-270-5443 (Relay 711) என்ற எண்ணில் தொடர்பு கொள்ளவும். |
| **Haitian Creole:** | Si ou menm, oswa yon moun w ap ede, gen kesyon sou Ambetter from Absolute Total Care, epi nou pa mètrize Anglè, nou gen dwa pou jwenn èd ak enfòmasyon nan lang nou gratis epi nan moman ki apwopriye a. Si ou menm, oswa yon moun w ap ede, gen yon pwoblèm pou tande ak/oswa yon pwoblèm pou wè ki pètibe kominikasyon nou, nou gen dwa pou resevwa asistans ak sèvis oksilyè gratis epi nan moman ki apwopriye a. Pou resevwa sèvis tradiksyon oswa sèvis oksilyè yo, tanpri kontakte Sèvis Manm yo nan 1-833-270-5443 (Relay 711). |