



ambetter.

DE



coordinated care.

2022

Guía de referencia rápida

Los recursos que necesita. Aquí mismo.

Para obtener más información visite Ambetter.CoordinatedCareHealth.com

Si esta información no está en su idioma principal, llame al 1-877-687-1197 (TTY/TDD 1-877-941-9238)

AMB21-WA-C-00632_CORE



DE |  coordinated care.



AMBETTER | DE COORDINATED CARE CORPORATION

¡Bienvenido a Ambetter de Coordinated Care Corporation!

Gracias por elegirnos como su plan de seguro de salud. Nos entusiasma ayudarlo a tomar el control de su salud y llevar una vida más sana y más plena.

Como afiliado nuestro, tiene acceso a muchos servicios y recursos útiles. Esta Guía de referencia rápida (QRG) lo ayudará a entenderlos todos. En el interior, encontrará información importante sobre:

- Cómo funciona su plan
- Información de pagos
- A dónde ir para recibir atención
- Información sobre su tarjeta de identificación de afiliado
- Beneficios oftalmológicos opcionales
- Telesalud
- ¡Y mucho más!

SU SALUD ES NUESTRA PRIORIDAD.

Si tiene preguntas, siempre estamos listos para ayudarlo. Y no olvide darle un vistazo a nuestra videoteca en línea en Ambetter.CoordinatedCareHealth.com. Está llena de información útil.

Servicios para afiliados:

1-877-687-1197 (TTY/TDD 1-877-941-9238)

Ambetter.CoordinatedCareHealth.com



Cómo comunicarse con nosotros

Cómo comunicarse con nosotros

Ambetter from Coordinated Care

1145 Broadway, Suite 300

Tacoma, WA 98402

Si quiere conversar, estamos disponibles de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del Pacífico.

Servicios para Afiliados	1-877-687-1197
TTY/TDD	1-877-941-9238
Fax	1-877-941-8078
Hacer un pago	1-877-687-1197
Servicios de salud conductual	1-877-687-1197
Línea de asesoramiento de enfermería las 24 horas, los 7 días de la semana	1-877-687-1197
Quejas/Reclamos	1-877-687-1197
Emergencia	911
Sitio web	Ambetter.CoordinatedCareHealth.com

Cuando llame, tenga estos datos a mano:

- Su identificación
- Su número de reclamación o factura, si tiene preguntas sobre facturación

Servicios de interpretación

Comuníquese con Servicios para Afiliados llamando al 1-877-687-1197 (TTY/TDD 1-877-941-9238) para obtener servicios de interpretación gratuitos, si los necesita. Los servicios de interpretación incluyen idiomas que no sean el inglés. Mediante este servicio, usted y su proveedor pueden charlar sobre sus inquietudes de salud física o conductual de una manera más cómoda para usted. Los afiliados ciegos o con problemas de la vista que necesiten ayuda pueden llamar a Servicios para Afiliados para recibir una interpretación oral.

Cómo funciona su Plan

Infórmese sobre cómo aprovechar al máximo su plan. Cree su cuenta de afiliado en línea para comenzar.



¿Desea obtener más información sobre nuestra área de servicios y proveedores dentro de la red? Visite [Ambetter.CoordinatedCareHealth.com](https://www.ambetter.com)

Tiene seguro de salud. ¿Y ahora qué?

Es emocionante tener un seguro de salud. Para aprovechar al máximo su plan, complete esta simple lista de verificación. Si necesita ayuda, llame a Servicios para Afiliados al 1-877-687-1197 (TTY/TDD 1-877-941-9238). Estamos disponibles de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del Pacífico.

- 1** Cree su cuenta segura de afiliado en línea. Para hacerlo, visite la página "Iniciar sesión/Afiliados" en [Ambetter.CoordinatedCareHealth.com](https://www.ambetter.com). Su cuenta de afiliado guarda toda la información sobre beneficios y cobertura de su plan en un solo lugar. Le brinda acceso a su *Lista de beneficios*, información sobre reclamaciones, esta QRG y más.
- 2** Nuestro programa *myhealthpays*® lo ayuda a centrarse en su salud integral. Cuando completa actividades saludables, como comer bien, moverse más, ahorrar de manera inteligente y vivir bien, ¡puede ganar puntos de recompensa! Todo lo que tiene que hacer es iniciar sesión en su cuenta de afiliado en línea para comenzar.
- 3** Inscríbase en el pago automático de facturas. Llámenos o ingrese en su cuenta de afiliado en línea para inscribirse. El pago automático extrae en forma automática de su cuenta bancaria su pago mensual de la prima. Es simple, útil, conveniente y seguro.
- 4** Elija a su proveedor de atención primaria (PCP). Solo inicie sesión en su cuenta de afiliado y consulte una lista de proveedores de Ambetter en su área usando la Guía de proveedores disponible en nuestro sitio web, en *Find a Doctor* (Buscar un médico). Recuerde: su PCP, también conocido como médico personal, es el médico principal al que verá para la mayor parte de su atención médica. Eso incluye sus chequeos, consultas cuando está enfermo y otras necesidades básicas de salud.
- 5** Programe su examen anual de bienestar con su PCP. ¡Después de su primer control, ganará 500 puntos en recompensas *myhealthpays*®! Y en cualquier momento que necesite atención, llame a su PCP y programe una cita.



Respuestas a sus preguntas sobre pagos



Si tiene preguntas sobre cómo pagar su prima, llame a Servicios para Afiliados al 1-877-687-1197 (TTY/TDD 1-877-941-9238).



Regístrese en Facturación Electrónica para recibir sus facturas mensuales en línea.

¿Cómo puedo pagar mi prima mensual?

1. Pago en línea (¡lo recomendamos!)

- a. **Pago rápido:** <https://centene.softheon.com/Equity/#/search> o visite Ambetter.CoordinatedCareHealth.com y seleccione "pagar ahora".
- b. **Cuenta segura de afiliado:** Cree su cuenta de afiliado en línea en Ambetter.CoordinatedCareHealth.com e inscríbese en pago automático de cuentas. Puede configurar el pago automático con sus tarjetas de crédito, de débito (prepagada o bancaria) o con su cuenta bancaria. También puede hacer un pago por única vez a través de su cuenta de afiliado en línea.
- c. Si obtuvo recompensas de My Health Pays®, puede usarlas para ayudar a pagar sus primas mensuales. Ingrese en su cuenta segura para afiliados en Member.AmbetterHealth.com para saber más sobre el programa My Health Pays® y para ver el saldo de su tarjeta.

2. Pago por teléfono

- a. Pago por teléfono automatizado. Llámenos al 1-844-PAY-BETTER (729-2388) y utilice nuestro sistema interactivo de respuesta por voz (IVR). Es rápido y está disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

O

- b. Llame a Servicios de Facturación al 1-877-687-1197 (TTY/TDD 1-877-941-9238), de 8 a.m. a 8 p.m., hora del Pacífico. Tendrá la opción de pagar usando el sistema interactivo de respuesta por voz (IVR) o hablando con un representante de servicios de facturación.

3. Pago por correo postal

- a. Envíe un cheque o giro postal a la dirección que aparece en el talón de pago de su factura. **Asegúrese de enviarlo por correo al menos siete a diez días antes de la fecha de vencimiento del pago de la prima. Recuerde escribir su número de identificación de afiliado en el cheque o giro postal, desprenda el talón de pago de la factura y envíelo con su pago.**
- b. Con el envío por correo a la dirección correcta se asegurará de que sus pagos se procesen de manera oportuna.

Ambetter from Coordinated Care Corporation

Attn: Billing Services

PO Box 741033

Los Angeles, CA 90074-1033

- c. Para buscar una ubicación de MoneyGram cerca de su hogar, o hacer un pago a Ambetter con MoneyGram, visite <https://www.moneygram.com/mgo/us/en/paybills> o llame al 1-800-926-9400.





Nos preocupamos por su salud

¿Cómo puedo pagar mi prima mensual?

(Continuación)

¿Qué ocurre si pago con retraso?

Su factura vence antes del primer día de cada mes. Por ejemplo, su prima de junio vence el 31 de mayo.

Si no paga su prima antes de la fecha de vencimiento, puede entrar en un período de gracia. Es un tiempo adicional que le damos para pagar. Durante un período de gracia, podemos retener (o dejar pendiente) el pago de sus reclamaciones. Además, durante este período seguirá teniendo cobertura. Sin embargo, si no paga antes de que termine el período de gracia, corre el riesgo de perder su cobertura. Consulte su Evidencia de Cobertura para conocer los detalles del período de gracia.

Servicios para Afiliados

Queremos que tenga una excelente experiencia con Ambetter. Nuestro departamento de Servicios para Afiliados siempre está dispuesto a ayudarlo. Podemos ayudarlo con lo siguiente:

- entender cómo funciona su plan;
- aprender a obtener la atención que necesita;
- encontrar respuestas a sus preguntas sobre el seguro de salud;
- conocer lo que su plan cubre y lo que no;
- elegir un PCP que satisfaga sus necesidades;
- obtener más información sobre programas útiles, como el de Administración de la Atención;
- buscar otros proveedores médicos (como farmacias y laboratorios dentro de la red);
- solicitar su tarjeta de identificación de afiliado u otros materiales relacionados.

Si se inscribió mediante el Washington Healthplanfinder, debe comunicarse para actualizar su información de inscripción: por ejemplo, su fecha de nacimiento, dirección, o cambios en su ingreso o estilo de vida; o para finalizar su cobertura con Ambetter. Puede hacerlo si ingresa en WAHealthplanfinder.org, si utiliza la aplicación móvil gratuita de WAPlanfinder o si llama al 1-855-923-4633 (TTY: 1-855-627-9604).

Si se inscribió con nosotros, comuníquese con Servicios para Afiliados al 1-877-687-1197 (TTY/TDD 1-877-941-9238) para actualizar su información de inscripción, como su fecha de nacimiento, dirección, o cambios en sus ingresos o su estilo de vida, o para finalizar su cobertura con Ambetter.



¿Tiene pérdida total o parcial de la audición? Llame al 1-877-687-1197 (TTY/TDD 1-877-941-9238) o visite Ambetter.CoordinatedCareHealth.com

Información sobre afiliación y cobertura



Su paquete de bienvenida para afiliados de Ambetter

Cuando se inscribe en Ambetter, recibe un paquete de bienvenida para afiliados. El paquete incluye información básica sobre el plan de salud que seleccionó. Lo recibirá antes de que comience su cobertura de salud de Ambetter.



Su tarjeta de identificación de afiliado de Ambetter

Su tarjeta de identificación de afiliado es prueba de que cuenta con nuestro seguro de salud, y es muy importante. Estas son algunas cosas que debe tener en cuenta:

- Tenga esta tarjeta con usted en todo momento.
- Deberá presentarla siempre que reciba servicios de atención médica.
- Recibirá sus tarjetas de identificación de afiliado antes de que comience su cobertura de salud de Ambetter. Si no recibe su tarjeta de identificación de afiliado antes de que comience su cobertura, llame a Servicios para Afiliados al 1-877-687-1197 (TTY/TDD 1-877-941-9238). Le enviaremos otra tarjeta.
- No recibirá el paquete de bienvenida ni las tarjetas de identificación de afiliado hasta que la prima del primer mes esté pagada en su totalidad.

Si desea descargar su tarjeta de identificación digital, solicitar un reemplazo de su tarjeta de identificación o una identificación temporal, ingrese a su cuenta segura de afiliado.

Este es un ejemplo del aspecto típico de una tarjeta de identificación de afiliado:

 ambetter de  coordinated care.	IN NETWORK COVERAGE ONLY
Subscriber: [Jane Doe] Member: [John Doe] Policy #: [XXXXXXXXXX] Member ID #: [XXXXXXXXXXXXXX] Plan: [Ambetter Balanced Care 11 [Line 2 if needed] [Line 3 if needed]]	Effective Date: [XX/XX/XX] RXPN: [00-3-01] RXPCN: [DV] GROUP: [009451] Provider Network: [CCWA Exchange] [REFERRAL NOT REQUIRED]
COPA'S COINSURANCE: [50% coins. after ded.] Specialty: [\$2500. after ded.] Rx (Generic/Brand): [\$5/\$25 after Rx ded.] Urgent Care: [20% coin. after ded.] ER: [\$250 copay after ded.] Individual Deductible INN (Med/Rx): [\$5000/XXXX] OON (Med/Rx): [\$5000/XXXX]	Family Deductible INN (Med/Rx): [\$5000/XXXX] OON (Med/Rx): [\$5000/XXXX] Individual MOOP INN: [XXXXXXXXXX] Individual MOOP OON: [XXXXXXXXXX] Family MOOP INN: [XXXXXXXXXX] Family MOOP OON: [XXXXXXXXXX] Coinurance (Med/Rx): [50%/30%]

Frente

[Ambetter.CoordinatedCareHealth.com]	
[Member/Provider Services: 1-877-687-1197 TTY/TDD: 1-877-941-9238 24/7 Nurse Line: 1-877-687-1197 Numbers below for providers: Pharmacy Help Des ^{ks} : 1-844-432-0701 EDI Payor ID: 8068	[Medical Claims: Coordinated Care Attn: CLAIMS PO Box 5010 Farmington, MO 63640-5010
<small>[If you have an emergency, call 911 or go to the nearest Emergency Room. Emergency services related to WA are covered at in-network cost sharing, regardless of the provider's network status. For more specific and out of state coverage information, please review your Evidence of Coverage or visit Ambetter.CoordinatedCareHealth.com.]</small>	
<small>AMB21-WA-C-00609 [Ambetter from Coordinated Care is underwritten by Coordinated Care Corporation. © 2021 Coordinated Care Corporation. All rights reserved.]</small>	

Dorso

Si necesita información sobre la cobertura de personas a cargo del afiliado, consulte su *Evidencia de Cobertura*.

Encontrar la atención correcta



Recuerde seleccionar un PCP dentro de la red. En nuestra *Guía de proveedores* tendrá una lista completa de sus opciones y su información de contacto. Está en la página **Find a Doctor** (Buscar un médico) de guide.ambetterhealth.com.

Consulte su *Evidencia de Cobertura*: allí obtendrá más información sobre su Guía de proveedores.



Cada vez que reciba atención, asegúrese de hacerlo dentro de la red de Ambetter.

Estamos orgullosos de ofrecerle nuestro servicio de calidad. Nuestra red local de proveedores es el grupo de médicos, hospitales y otros proveedores de atención médica que han acordado brindarle servicios de atención médica.

Para hacer una búsqueda en nuestra Guía de proveedores, visite guide.ambetterhealth.com y use nuestra **Guía Ambetter: la nueva herramienta de búsqueda de proveedores de Ambetter**. En esta guía encontrará la información más actualizada sobre nuestra red de proveedores, incluso información como nombre, dirección, números telefónicos, horarios de atención, certificaciones profesionales, especialidad y certificación de la junta médica. Puede ayudarlo a encontrar un proveedor de atención primaria (PCP), farmacia, laboratorio, hospital o especialista. Puede limitar su búsqueda por:

- Especialidad de proveedor
- Código postal
- Sexo
- Idiomas que habla
- Si actualmente acepta o no pacientes nuevos

La Guía de Proveedores es una lista de los proveedores de la red cerca de su casa. Si desea obtener una copia impresa de esta Guía de Proveedores de Ambetter, llame a Servicios para Afiliados al 1-877-687-1197 (TTY/TDD 1-877-941-9238).

Proveedor dentro de la red o de la red es un médico o proveedor que figura en la lista más reciente de la red que se indica en su tarjeta de identificación de afiliado.

Proveedor fuera de la red es un médico o proveedor que NO está identificado en la lista más reciente de la red que se indica en su tarjeta de identificación de afiliado. Los servicios que reciba de un proveedor fuera de la red no están cubiertos, excepto los que se indiquen específicamente en su *Evidencia de Cobertura* (EOC).

A lo largo del año, los proveedores de la red disponibles podrán variar. Es importante que revise la Guía de proveedores para obtener la información más reciente sobre si quien planea ver está en la red. Le sugerimos que pregunte a los proveedores si participan en Ambetter antes de que le den tratamiento, para que sepa si es posible que reciba o no una factura adicional por sus servicios.

Reciba la atención correcta en el lugar adecuado

Cuando necesita atención médica, debe poder decidir con rapidez adónde acudir o qué hacer. Conozca sus opciones. Estas incluyen:

1. **Llamar a nuestra línea de asesoramiento de enfermería las 24 horas, los 7 días de la semana**
2. **Telesalud**
3. **Hacer una cita con su proveedor de atención primaria (PCP)**
4. **Visitar un centro de atención de urgencias**
5. **Acudir a la sala de emergencias**

Su decisión dependerá de su situación específica. En la sección siguiente se describen cada una de sus opciones en más detalle, así que siga leyendo.

Y recuerde: asegúrese siempre de que sus proveedores estén dentro de la red.

Usar proveedores dentro de la red puede ahorrarle dinero en sus costos de atención médica.

Cada vez que reciba atención médica, necesitará su tarjeta de identificación de afiliado.

Conozca más sobre sus opciones en <https://Ambetter.CoordinatedCareHealth.com/resources/handbooks-forms/where-to-go-for-care.html>



Su proveedor de atención primaria (PCP)

Su proveedor de atención primaria es su médico principal, a quien acude para sus chequeos habituales. Si su afección no pone en peligro su vida, llamar a su PCP debería ser su primera opción. Use nuestra Guía Ambetter en línea para buscar un proveedor de la red en su área.

Visite o llame a su PCP si necesita:

- su chequeo anual de bienestar y vacunas;
- asesoramiento sobre su salud en general;
- ayuda con problemas médicos como resfríos, gripes y fiebre;
- tratamientos para un problema de salud continuo, como asma o diabetes.

Cómo elegir un PCP distinto

Queremos que usted esté contento con la atención que recibe de nuestros proveedores. Así que, si desea cambiar de PCP por cualquier razón, visite Ambetter.CoordinatedCareHealth.com. Ingrese a su cuenta de afiliado en línea y siga estos pasos:

- 1. Haga clic en "Coverage" (Cobertura) o en "Edit Account" (Editar cuenta).**
- 2. En la sección My Primary Care Provider (Mi proveedor de atención primaria), vea la Guía Ambetter para buscar un PCP en la red.**
- 3. Elija uno de la lista. Asegúrese de elegir uno que acepte nuevos pacientes en la actualidad.***

Para obtener más información sobre un PCP específico, llame al 1-877-687-1197 (TTY/TDD 1-877-941-9238). También puede visitar Ambetter.CoordinatedCareHealth.com para consultar nuestra lista de proveedores en nuestra página web **Find a Doctor** (Buscar un médico).

*Si elige a un enfermero especializado o un asistente médico como su PCP, su cobertura de beneficios y los copagos serán los mismos que para los servicios de otros proveedores participantes. Vea su *Lista de beneficios* para obtener más información.



Llame a nuestra línea de asesoramiento de enfermería las 24 horas del día, los 7 días de la semana, en cualquier momento: 1-877-687-1197 (TTY/ TDD 1-877-941-9238).

Cuándo acudir a un centro de atención de urgencia

Un centro de atención de urgencia brinda atención práctica y rápida para enfermedades o lesiones que no ponen en peligro la vida pero que igual es necesario tratar dentro de las siguientes 24 horas. Por lo general, acude a un centro de atención de urgencia si su PCP no puede atenderlo de inmediato.

Estos son servicios comunes de atención de urgencia:

- Esguinces
- Infecciones de oído
- Fiebre alta
- Síntomas de gripe con vómitos

Si cree que necesita ir a un centro de atención de urgencia, siga estos pasos:

- Llame a su PCP. Su PCP le puede dar atención e indicaciones por teléfono, o dirigirlo al lugar correcto para recibir atención.
- Si el consultorio de su PCP está cerrado, puede elegir una de estas dos opciones:
 1. Encuentre un centro de atención de urgencias de la red en nuestra Guía Ambetter en línea: [Guide.AmbetterHealth.com](https://www.AmbetterHealth.com), escriba "Urgent Care" (Atención de urgencia) y su código postal, y luego haga clic en search (buscar).
 2. Llame a nuestra línea de asesoramiento de enfermería que atiende las 24 horas del día, los 7 días de la semana al 1-877-687-1197 (TTY/TDD 1-877-941-9238). Un enfermero lo ayudará por teléfono o lo derivará a otra atención médica. Es posible que deba proporcionarle su número de teléfono al enfermero.

Revise su *Lista de beneficios* para conocer cuánto deberá pagar por servicios de atención de urgencia.

Después de la visita, informe a su PCP que acudió a un centro de atención de urgencia y por qué.

Cuándo acudir a la sala de emergencias

Se considera una situación de emergencia todo lo que pueda poner su vida en peligro (o la de su bebé por nacer, si está embarazada) si no recibe atención médica de inmediato. En los servicios de emergencia pueden tratar lesiones accidentales o el inicio de lo que parece ser una afección médica. Cubrimos servicios médicos y de salud conductual de emergencia tanto dentro como fuera del área de servicio. Cubrimos estos servicios las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los servicios de emergencia están cubiertos dentro y fuera de la red. Cuando reciba atención de emergencia de un proveedor, de la red o que no pertenezca a ella, la factura que debería recibir es por cualquier costo compartido que corresponda (por ejemplo: copago, deducible o coseguro).

En su *Evidencia de Cobertura* puede hallar más información sobre protección contra la facturación de saldos.



Tenga a mano su tarjeta de identificación de afiliado y su identificación con fotografía. Las necesitará siempre que reciba cualquier tipo de atención.

La atención urgente no es atención de emergencia. Acuda a la sala de emergencias solo si su médico le dice que lo haga, o si tiene una emergencia que pone su vida en peligro.



Asegúrese siempre de que sus proveedores pertenezcan a la red. Usar proveedores dentro de la red puede ahorrarle dinero en sus costos de atención médica.



Si necesita ayuda para decidir a dónde dirigirse para recibir atención, llame a nuestra línea de asesoramiento de enfermería las 24 horas del día, los 7 días de la semana, al 1-877-687-1197 (TTY/TDD 1-877-941-9238). En una emergencia, llame al 911 o vaya directamente a la sala de emergencias más cercana. Solicite servicios de emergencias solo si su vida está en riesgo y necesita atención médica inmediata.

Cuándo acudir a la sala de emergencias

(continuación)

Diríjase a la sala de emergencias si tiene:

- Fracturas de huesos
- Hemorragia que no se detiene
- Dolores de parto u otro sangrado (si está embarazada)
- Dolores intensos de pecho o síntomas de ataque cardíaco
- Sobredosis de drogas
- Ingestión de sustancias tóxicas
- Quemaduras graves
- Síntomas de conmoción (sudor, sed, mareos, piel pálida)
- Convulsiones o ataques
- Dificultad para respirar
- Incapacidad repentina de ver, moverse o hablar
- Heridas de bala o cuchillo

No vaya a la sala de emergencias por:

- Gripes, resfríos, dolores de garganta o dolores de oído
- Esguinces o distensiones musculares
- Cortes o raspones que no requieren sutura
- Para obtener medicamentos o resurtido de sus recetas
- Dermatitis del pañal

¿Qué ocurre si necesita atención de emergencia fuera de nuestra área de servicios?

Nuestro plan pagará la atención de emergencia mientras usted se encuentre fuera del condado o del estado. Si acude a una sala de emergencias fuera de la red, y no experimenta una verdadera emergencia, puede ser responsable de todos los montos por encima de lo que cubre su plan. Esos montos adicionales podrían ser muy grandes, y serían adicionales a los costos compartidos y deducibles de su plan.

Conozca más sobre sus opciones en <https://Ambetter.CoordinatedCareHealth.com/resources/handbooks-forms/where-to-go-for-care.html>

Telesalud

Telesalud proporciona acceso las 24 horas a proveedores de atención médica de la red, en caso de que usted tenga un problema de salud que no sea una emergencia. Está disponible para su uso desde su casa, la oficina o cuando esté de vacaciones.

Antes de empezar a usar los servicios de telesalud a través de Teledoc, tendrá que configurar su cuenta en AmbetterTelehealthWA.com. Los servicios de telesalud proporcionados por proveedores de atención médica dentro de la red que no se encuentran a través de Teledoc no requieren la configuración de una cuenta adicional.

Los proveedores de telesalud están disponibles por teléfono o video cuando necesite atención médica, un diagnóstico o una receta médica. Como parte de nuestro Programa de Administración de la Salud, Ambetter ofrece un copago de \$0 a proveedores de telesalud de la red. Puede elegir recibir atención inmediata o programar una cita en un momento que se ajuste a su horario.

Póngase en contacto con telesalud si tiene enfermedades como:

- Resfriados, gripe y fiebre
- Erupciones y afecciones cutáneas
- Problemas de los senos paranasales, alergias
- Infecciones de las vías respiratorias superiores, bronquitis
- Conjuntivitis

El copago de \$0 de telesalud no corresponde para planes con Cuenta de Ahorros de Salud (HSA) hasta que se alcanza el deducible. Los copagos de \$0 son para atención médica dentro de la red.

Ambetter no proporciona atención médica. Eso lo hacen proveedores individuales mediante Teladoc o de proveedores de atención médica dentro de la red.

Línea de asesoramiento de enfermería las 24 horas, los 7 días de la semana

Nuestra línea gratuita de asesoramiento de enfermería, que atiende las 24 horas, los 7 días de la semana, le facilita obtener respuestas a sus preguntas de salud. Ni siquiera tiene que salir de casa. El personal está compuesto por enfermeros con licencia. Nuestra línea de asesoramiento de enfermería funciona todo el día, todos los días. Llame al 1-877-687-1197 (TTY/TDD 1-877-941-9238) si tiene preguntas sobre:

- Su salud, medicamentos o una afección crónica
- Para saber si debe ir a la sala de emergencias o ver a su PCP
- Qué hacer si tiene un hijo enfermo
- Cómo manejar una afección en medio de la noche
- Cómo acceder a nuestra biblioteca de información de salud en línea
- Atención de urgencia



Para encontrar otro proveedor o especialista en nuestra red, vea nuestra lista de proveedores en la página **Find a Doctor**, en guide.ambetterhealth.com.



QUÉ HACER SI RECIBE UNA FACTURA DE UN MÉDICO U OTRO PROVEEDOR:

Cuando acude a un proveedor de la red, incluidos, entre otros, médicos, hospitales, farmacias, establecimientos y profesionales de atención médica, usted es responsable de cualquier monto de costo compartido que corresponda (como copago, deducible o coseguro). Puede ver su responsabilidad como afiliado en la explicación de beneficios. Para hacerlo, inicie sesión en su cuenta segura en Ambetter.CoordinatedCareHealth.com.

Como afiliado de Ambetter, los proveedores que no pertenezcan a la red no deberían facturarle servicios cubiertos por montos superiores a sus responsabilidades correspondientes de costo compartido cuando:

- Recibe un servicio de emergencia cubierto o servicio de ambulancia aérea de emergencia de un proveedor fuera de la red. Esto incluye servicios que puede obtener después de estar en condición estable, a menos que el proveedor fuera de la red obtenga su consentimiento por escrito para facturárselos.
- Recibe servicios auxiliares que no son de emergencia (medicamento de emergencia, anestesiología, patología, radiología y neonatología, además de servicios de diagnóstico [incluidos radiología y análisis de laboratorio]) de un proveedor fuera de la red en un hospital o establecimiento quirúrgico ambulatorio de la red.
- Recibe otros servicios que no son de emergencia de un proveedor fuera de la red en un hospital o centro quirúrgico ambulatorio de la red.

Si recibe una factura por servicios en las situaciones mencionadas, comuníquese con Servicios para Afiliados al 1-877-687-1197 (TTY/TDD 1-877-941-9238).

En su *Evidencia de Cobertura* tiene más información sobre facturación de saldos y gastos de servicios elegibles.

Procesos de reclamos, quejas y apelaciones de los afiliados



Tenemos pasos para manejar cualquier problema que pudiera tener. Para satisfacer sus necesidades, ofrecemos procesos para presentar apelaciones o reclamos. Usted tiene derecho a presentar un reclamo o una apelación y a solicitar una revisión externa.

Si no está conforme con su atención

Esperamos que siempre esté satisfecho con nosotros y nuestros proveedores. Pero, si ese no es el caso o si no encuentra respuestas a sus preguntas, debe seguir estos pasos:

- Proceso de consultas
- Proceso de reclamos
- Proceso de quejas
- Proceso de apelación
- Revisión externa por parte de una organización revisora independiente (IRO)
- Envíe sus reclamos a la Oficina del Comisionado de Seguros del Estado de Washington (Washington State Office of the Insurance Commissioner, OIC)

Su satisfacción es muy importante para nosotros. Queremos conocer sus problemas e inquietudes para poder mejorar nuestros servicios. Comuníquese con el equipo de Servicios para Afiliados al 1-877-687-1197 (TTY 1-877-941-9238) si tiene preguntas o inquietudes. Intentaremos responder sus preguntas durante el contacto inicial, ya que la mayoría de las inquietudes pueden resolverse con una llamada telefónica.

Los siguientes procesos están disponibles para resolver sus inquietudes.

Cómo hacer una consulta

Una consulta es una solicitud de aclaración sobre un beneficio, producto o elegibilidad, sin que se haya manifestado insatisfacción. Estos son ejemplos de consultas:

- "¿Puedo hacer un pago?"
- "¿Puede ayudarme a cambiar de proveedor de atención primaria?"
- "¿Por qué recibí esta factura?"
- "¿Por qué cambió mi prima?"
- "¿Puedo obtener una copia de mi tarjeta de identificación?"
- "¿Me pueden ayudar a encontrar un proveedor?"

Cómo presentar un reclamo

Una queja significa cualquier expresión de insatisfacción por parte suya o de su representante autorizado hacia nosotros, que se refiera a nosotros o a proveedores con quienes tenemos un contrato directo o indirecto.

Ejemplos de un reclamo podrían ser:

- "Llevo 4 meses tratando de conseguir una cita con el médico".
- "No puedo encontrar un proveedor en mi área, ya que todos los médicos locales dicen que no participan en mi plan y los que sí lo hacen están demasiado lejos".
- "He llamado a Servicios para Afiliados varias veces y mi problema aún no está resuelto".



Cómo presentar un reclamo (continuación)

- "No puedo inscribirme en su sitio web".
- "No puedo encontrar lo que necesito en su sitio web".
- "El médico o el personal fueron groseros conmigo".

Para presentar un reclamo, llame a Servicios para Afiliados al 1-877-687-1197 (TTY/TDD 1-877-941-9238).

Cómo presentar una queja

Cualquier reclamo sobre la calidad del servicio o la atención médica es una queja, incluida la insatisfacción con la calidad de la atención médica, el tiempo de espera de los servicios médicos, la actitud o el comportamiento del proveedor o del personal, o bien, la insatisfacción con el servicio proporcionado por el proveedor de servicios de la compañía de seguros.

Para presentar una queja, llame a Servicios para Afiliados al 1-877-687-1197 (TTY/TDD 1-877-941-9238). Puede presentar una queja verbalmente o por escrito, ya sea por correo postal o por facsímil (fax). Si requiere asistencia para presentar una queja o si no puede presentar la queja por escrito, puede llamar a Servicios para Afiliados al 1-877-687-1197 (TTY/TDD 1-877-941-9238) para pedir ayuda con el proceso. Le enviaremos una carta de reconocimiento de queja después de recibirla.

Envíe su formulario de queja por escrito a:

Grievances Coordinator
Ambetter from Coordinated Care
1145 Broadway, Suite 300,
Tacoma, WA 98402

Teléfono: 1-877-687-1197 (TTY/TDD 1-877-941-9238)
Fax: 1-855-218-0588

En su *Evidencia de Cobertura* podrá leer los procedimientos y procesos completos, detalles específicos y plazos para su presentación. Puede consultar su *Evidencia de Cobertura* en su cuenta de afiliado en línea.

Además, puede presentar un reclamo a la Oficina del Comisionado de Seguros (Office of the Insurance Commissioner) (OCI). Hay varias maneras de presentar un reclamo al OCI: Consulte su *Evidencia de cobertura* para obtener más información.

Cómo presentar una apelación

Una apelación es una solicitud para reconsiderar una determinación sobre los beneficios del afiliado, cuando se le ha denegado un servicio o una reclamación. Una denegación incluye una solicitud para que reconsideremos nuestra determinación de denegar, modificar, reducir o terminar el pago, la cobertura, la autorización o la prestación de servicios o beneficios de atención médica, incluido el ingreso o la estadía continua en un centro de atención médica. La falta de aprobación o rechazo de una solicitud de autorización previa, de manera oportuna, puede considerarse como una denegación y también estará sujeta al proceso de apelación.

Ejemplos de una apelación:

1. Acceso a beneficios de atención médica, incluida una determinación adversa realizada de acuerdo con la gestión de uso
2. Admisión a o permanencia en un centro de atención médica

Para obtener una lista completa de definiciones, consulte su *Evidencia de cobertura*.



En la *Evidencia de Cobertura* podrá leer sobre los procedimientos y procesos completos de reclamos, quejas y apelaciones. Puede consultar la *Evidencia de Cobertura* en su cuenta de afiliado en línea.

Para obtener una lista completa de definiciones, consulte su *Evidencia de cobertura*.

Cómo presentar una apelación (continuación)

3. Pago de reclamaciones, manejo o reembolso por servicios de atención médica
4. Asuntos relacionados con la relación contractual entre un afiliado y nosotros
5. Cancelación de su cobertura de beneficios por nuestra parte
6. Otros asuntos que una ley o regulación estatal requieran en forma específica

Para presentar una apelación por escrito, puede enviarnos su solicitud por correo o por fax. Nuestra información de contacto:

Appeal Department

Ambetter from Coordinated Care

1145 Broadway, Suite 300

Tacoma, WA 98402

Teléfono: 1-877-687-1197 (TTY/TDD 1-877-941-9238)

Fax: 1-855-218-0589

Para presentar una apelación verbal, puede llamarnos al 1-877-687-1197 (TTY/TDD 1-877-941-9238).

El período de tiempo que tarda la resolución puede variar según el tipo de apelación presentada. Consulte su *Evidencia de Cobertura* para obtener detalles.

Apelación acelerada: se aplica si su apelación se refiere a una emergencia o una situación en la cual usted puede verse obligado a abandonar el hospital en forma prematura, o si cree que un proceso de resolución estándar pondría su vida o su salud en un riesgo grave.

Apelación estándar: es la que no cumple con la definición de acelerada.

Continuación de cobertura durante una apelación

Si vamos a reducir o dejar de brindar un servicio que habíamos aprobado previamente y no se ha alcanzado el límite de tiempo aprobado, tiene derecho a solicitar seguir recibiendo el servicio hasta que:

- el final del período de tratamiento aprobado;

O

- hasta que se determine la apelación.

Si no se aprueba su apelación, usted puede ser financieramente responsable de la continuación de los servicios.

Puede solicitar la continuidad de los servicios a Servicios para Afiliados al 1-877-687-1197 (TTY/TDD 1-877-641-9238).

Revise su *Evidencia de Cobertura* para ver los procedimientos y procesos completos de reclamo y apelación, incluidos detalles específicos y plazos de presentación. Puede consultar la *Evidencia de Cobertura* en su cuenta de afiliado en línea.

¿Qué es la gestión de uso?

Queremos asegurarnos de que reciba la atención y los servicios correctos. Nuestro proceso de gestión de uso (UM) está diseñado para garantizar que reciba el tratamiento que necesita.

Aprobamos los servicios cubiertos cuando son médicamente necesarios y se cumplen los requisitos del plan. Estos requisitos pueden incluir la obtención de una autorización previa para algunos servicios. Si se cumplen todos los requisitos y el servicio es un beneficio cubierto, un enfermero de UM verificará si el servicio es médicamente necesario. Para ello, revisará las notas de su proveedor de atención médica o hablará con él directamente. Ambetter de Coordinated Care no recompensa a los profesionales, proveedores o empleados que llevan a cabo las revisiones de uso, incluidos aquellos de entidades delegadas. Ambetter de Coordinated Care Corporation no recompensa a los profesionales u otras personas por emitir denegaciones de cobertura. Los incentivos económicos para las personas que toman las decisiones en UM no alientan decisiones que producen una utilización deficiente. Todas las decisiones sobre necesidades médicas se basan en los estándares de práctica médica generalmente aceptados.

¿Qué es una revisión de uso?

Ambetter revisa los servicios para asegurarse de que la atención que recibe sea la mejor manera de ayudar a mejorar su afección de salud. La revisión de uso incluye:

Revisión de la autorización previa.

En ocasiones, es posible que Ambetter deba aprobar los servicios médicos antes de que usted los reciba. Ese proceso se conoce como autorización previa. Autorización previa significa que hemos aprobado previamente un servicio médico.

Para saber si un servicio requiere autorización previa, consúltelo con su PCP, el proveedor que lo indica o en el área de Servicios para Afiliados de Ambetter. Cuando recibamos su solicitud de autorización previa, nuestros enfermeros y médicos la revisarán. Si no se recibe autorización previa para un servicio médico cuando se requiere, usted será responsable de todos los cargos.

Revisión concurrente

En una revisión de uso concurrente se evalúan sus servicios o planes de tratamiento (como una estadía como paciente hospitalizado o una admisión al hospital) mientras se producen. En este proceso se determina cuándo es posible que el tratamiento ya no sea médicamente necesario. Incluye la planificación del alta para asegurarse de que usted reciba los servicios que necesita después de dejar el hospital.

Revisión retrospectiva

Se produce después de que ya se ha brindado un servicio. Ambetter puede hacer una revisión retrospectiva para asegurarse de que la información proporcionada al momento de la autorización haya sido correcta y estuviera completa. También podemos evaluar servicios que usted recibió en circunstancias especiales (por ejemplo, si no recibimos pedido de autorización o aviso previo debido a una emergencia).



¿Qué es una revisión de uso? (Continuación)

Notificación de servicios aprobados

Puede encontrar la información sobre todas las reclamaciones (incluidas autorizaciones previas) al iniciar sesión en el portal seguro de afiliados y seleccionar el enlace de actividad y uso.

Determinaciones adversas y apelaciones

Una determinación adversa se produce cuando se considera que un servicio no es médicamente necesario o apropiado, o porque es experimental y está en investigación. Recibirá un aviso por escrito en el que se le informará si hemos tomado una determinación adversa. En el aviso, recibirá información detallada sobre por qué se tomó la decisión y el proceso y los plazos que debería cumplir para presentar apelaciones.

Recursos y recompensas para afiliados



Visítenos en línea en Ambetter.CoordinatedCareHealth.com.

Nuestro sitio web lo ayuda a obtener las respuestas que necesita para recibir la atención correcta, de la manera correcta, incluida una cuenta de afiliado en línea para que revise el estado de su reclamación, vea su *Evidencia de Cobertura (EOC)* o entienda sus gastos de bolsillo, copagos y el progreso hasta alcanzar su deducible anual.

Conéctese en línea y tome el control

¿Sabía que siempre puede obtener acceso a recursos útiles e información sobre su plan? ¡Todo está en nuestro sitio web! Visite Ambetter.CoordinatedCareHealth.com y tome el control de su salud.

En nuestro sitio web, puede:

- Encontrar un PCP.
- Localizar otros proveedores, como una farmacia.
- Encontrar información de salud.
- Conocer programas y servicios que pueden ayudarlo a recuperar su salud y mantenerse sano.

Inicie sesión en su cuenta de afiliado en línea para:

- Pagar su factura mensual.
- Imprimir una tarjeta de identificación temporal o solicitar un reemplazo de su tarjeta.
- Ver el estado de sus reclamaciones e información de pagos.
- Cambiar su PCP.
- Buscar información de beneficios de farmacia.
- Enviarnos un correo electrónico seguro.
- Leer su material del afiliado (*Evidencia de Cobertura, Programa de beneficios*, esta QRG).
- Participar en el programa de recompensas *myhealthpays*®.
- Completar la Encuesta de bienestar.
- Comunicarse con un enfermero en línea.
- Revisar gastos de bolsillo, copagos y el avance con respecto a deducibles.

Programa de recompensas.

myhealthpays®

¡No se pierda el emocionante programa *myhealthpays*® y comience a ganar puntos hoy!

Inicie sesión ahora y active su cuenta para comenzar a ganar más recompensas.

1. Inicie sesión en su [cuenta de afiliado de Ambetter](#) o cree una ahora mismo.
2. Haga clic en Recompensas en la página de inicio.
3. Acepte los términos y condiciones. ¡Y comience a ganar puntos!

Si ya activó su cuenta, vuelva a iniciar sesión para completar actividades saludables ¡y seguir ganando!

Los fondos vencen apenas termina la cobertura del seguro.

Conexión de su atención médica:

NUEVAS OPCIONES PARA MANEJAR SUS REGISTROS MÉDICOS DIGITALES

A partir del 1 de julio de 2021, una nueva norma federal llamada de Interoperabilidad y Acceso del Paciente (CMS-915-F) hizo más fácil a los afiliados de Ambetter acceder a su información de salud cuando más la necesitan. Ahora usted tendrá acceso completo a su información de salud en su dispositivo móvil, lo que le permitirá manejar mejor su salud y saber qué recursos de atención médica tiene disponibles.

Imagine lo siguiente:

- Acude a un nuevo proveedor de salud porque no se siente bien y le presenta su historial médico de los cinco últimos años desde su teléfono celular.
- Revisa una Guía de proveedores actualizada para buscar un proveedor o especialista que pueda usar su historial de salud para darle un diagnóstico y asegurarse de que reciba la mejor atención posible.
- Tiene una pregunta sobre una reclamación, entonces va a su computadora y mira si está pagada, la denegaron o aún la procesan.
- Puede tener con usted los datos de su historial médico a pedido mientras cambia de planes de salud.*

**A partir del 1 de enero de 2022, los afiliados tendrán esta capacidad de solicitar que se les transfiera su información de salud mientras cambian de un plan de salud a otro.*

LA NUEVA NORMA HACE QUE USTED PUEDA BUSCAR INFORMACIÓN** CON FACILIDAD SOBRE:

- Reclamaciones (pagadas y denegadas)
- Partes específicas de su información clínica
- Cobertura de medicamentos en farmacia
- Proveedores de atención médica

***La información que está disponible es para fechas de servicio del 1 de enero de 2016 o posteriores*

Para obtener más información, visite su cuenta de afiliado en línea de Ambetter.

Derecho a la confidencialidad

Tiene derecho a solicitar que nos comuniquemos con usted sobre su información de salud u otra información confidencial por medios alternativos o en ubicaciones alternativas. Puede llamar, enviar un correo electrónico, enviar una solicitud a través del portal seguro para afiliados o completar el Formulario de confidencialidad disponible en nuestro sitio web en Ambetter.CoordinatedCareHealth.com.

Glosario de atención médica

Sabemos que el seguro de salud a veces puede parecer confuso. Para ayudarlo, creamos una lista de expresiones que es posible que necesite saber al leer esta QRG. Consúltela.

Apelación

Es una solicitud para reconsiderar una determinación sobre los beneficios del afiliado cuando se ha denegado un servicio o una reclamación. Una denegación incluye una solicitud para que reconsideremos nuestra determinación de denegar, modificar, reducir o terminar el pago, la cobertura, la autorización o la prestación de servicios o beneficios de atención médica, incluido el ingreso o la estadía continua en un centro de atención médica. La falta de aprobación o rechazo de una solicitud de autorización previa, de manera oportuna, puede considerarse como una denegación y también estará sujeta al proceso de apelación.

Atención de emergencia o Emergencias

Es atención que usted recibe en una sala de emergencias.

Acuda a la sala de emergencias solo si su vida está en riesgo y necesita atención médica de emergencia inmediata.

Atención de urgencia

La atención de urgencia es atención médica que usted necesita rápidamente. Puede recibirla en un centro de atención de urgencia.

Autorización previa

Puede que se requiera autorización previa para los servicios cubiertos. Cuando se requiere autorización previa para un servicio, es necesario que se lo apruebe antes de que visite a su proveedor. Él deberá presentar una solicitud de autorización previa.

Aviso de determinación adversa

Es el aviso que recibe si le negamos cobertura para un servicio que ha solicitado.

Consulta

Solicitud de aclaración de un beneficio, producto o elegibilidad sin expresar insatisfacción.

Copago

Monto de dinero establecido que paga cada vez que recibe un servicio médico o recoge un medicamento recetado.

Dentro de la red (proveedores o servicios)

La red de Ambetter es el grupo de proveedores y hospitales con los que nos asociamos para brindarle atención. Si su proveedor o servicio está dentro de nuestra red, está cubierto en su plan de salud. Si un proveedor o servicio está fuera de la red, usted podría ser responsable de los servicios que reciba. Cuando sea posible, quédese dentro de la red.

Evidencia de Cobertura

Documento en el que se mencionan todos los servicios y beneficios que cubre su plan en particular. Su *Evidencia de Cobertura* tiene información sobre los beneficios específicos cubiertos y excluidos según su plan de salud. Revise su *Evidencia de Cobertura*: lo puede ayudar a entender con exactitud lo que su plan cubre y lo que no.

Para ver una lista completa de definiciones, consulte su *Evidencia de Cobertura*.



Glosario de atención médica (continuación)

Gestión de uso

Proceso que utilizamos para asegurarnos de que reciba el tratamiento correcto. Revisamos sus circunstancias médicas y de salud y luego decidimos el mejor curso de acción.

Lista de beneficios

Es un documento en el que se mencionan los beneficios que tiene cubiertos. Contiene información sobre los montos de copago, costos compartidos y deducibles para beneficios cubiertos.

Pago de la prima

Su prima es la cantidad de dinero que pagará todos los meses por la cobertura de seguro de salud. En su factura mensual se muestra el pago de su prima.

Proveedor de atención primaria (PCP)

Su PCP es el médico principal que usted verá para sus necesidades de atención médica. Conozca bien a su PCP y manténgase siempre al día con sus consultas de bienestar. Cuanto más conozca su PCP sobre su salud, mejor podrá atenderlo.

Proveedor fuera de la red o ajeno a la red

Se refiere a un médico o proveedor que NO está identificado en la lista más reciente de la Guía de proveedores de la red, que se indica en la identificación de afiliado. Los servicios que reciba de un proveedor fuera de la red no están cubiertos, excepto los que se indiquen específicamente en su *Evidencia de Cobertura* (EOC). Consulte su *Evidencia de cobertura* para conocer los detalles relacionados con los proveedores, la atención, los servicios y los gastos dentro de la red.

Queja

Una queja significa cualquier expresión de insatisfacción por parte suya o de su representante autorizado hacia nosotros, que se refiera a nosotros o a proveedores con quienes tenemos un contrato directo o indirecto.

Reclamo

Cualquier reclamo sobre la calidad del servicio o la atención médica es una queja, incluida la insatisfacción con respecto a la calidad de la atención médica, el tiempo de espera de los servicios médicos, la actitud o el comportamiento del proveedor o el personal, o la insatisfacción con el servicio proporcionado por la compañía aseguradora.

Servicios de atención preventiva

Los servicios de atención preventiva son servicios habituales de atención médica diseñados para mantenerle sano detectando problemas antes de que comiencen. Por ejemplo: sus chequeos, pruebas de presión arterial, ciertas evaluaciones de detección de cáncer, etc. Puede encontrar una lista de servicios de Atención preventiva en su *Evidencia de Cobertura* y en nuestro sitio web: Ambetter.CoordinatedCareHealth.com.

Subsidio

Un subsidio es un crédito tributario que disminuye su prima mensual. Los subsidios provienen del gobierno. Si reúne o no los requisitos para obtenerlo depende del tamaño de su familia, de sus ingresos y de dónde viva.

Ambetter de Coordinated Care está avalada por Coordinated Care Corporation.
© 2022 Coordinated Care Corporation. Todos los derechos reservados.

AMB21-WA-C-00632_CORE

Declaración de no discriminación

Ambetter de Coordinated Care Corporation cumple con las leyes federales y derechos civiles aplicables del estado de Washington y no discrimina en base a raza, color, origen nacional, edad, discapacidad o sexo, identidad de género u orientación sexual. Ambetter de Coordinated Care no excluye a las personas ni las trata de manera distinta debido a su raza, color, origen nacional, edad, discapacidad o sexo, identidad de género u orientación sexual

Ambetter de Coordinated Care

- Ofrece ayudas y servicios gratuitos a personas con discapacidades para que se comuniquen eficazmente con nosotros, como:
 - Intérpretes de lenguaje de señas calificados
 - Información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos)
- Ofrece servicios gratuitos de idiomas a las personas cuyo idioma principal no es el inglés, tales como:
 - Intérpretes calificados
 - Información escrita en otros idiomas

Si necesita estos servicios, comuníquese con Ambetter de Coordinated Care al 1-877-687-1197 (TTY /TDD 1-877-941-9238).

Si cree que Ambetter de Coordinated Care no le ha brindado estos servicios o le ha discriminado de otra manera por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, identidad de género u orientación sexual, puede presentar una queja ante: Coordinador de quejas, Coordinated Care, 1145 Broadway, Suite 300, Tacoma, WA 98402, 1-877-687-1197, (TTY /TDD 1-877-941-9238), Fax 1-855-218-0588. Usted puede presentar una queja por correo, fax, o por correo electrónico. WAqualitydept@centene.com. Si necesita ayuda para presentar una queja, Ambetter de Coordinated Care está disponible para usted. Además puede presentar un reclamo de derechos civiles ante:

- U.S. Department of Health and Human Services (Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE.UU.), Office for Civil Rights (Oficina de Derechos Civiles) electrónicamente a través del Portal para reclamos de la Oficina de Derechos Civiles, disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o por correo o teléfono en: U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue SW., Room 509F, HHH Building, Washington, D.C. 20201, 1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD). Los formularios de reclamos están disponibles en <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.
- La Oficina del Comisionado de Seguros del Estado de Washington, electrónicamente a través del portal de quejas de la Oficina del Comisionado de Seguros disponible en <https://www.insurance.wa.gov/file-complaint-or-check-your-complaint-status>, o por teléfono al 800-562-6900, 360-586-0241 (TDD). Los formularios de reclamos están disponibles en <https://fortress.wa.gov/oic/onlineservices/cc/pub/complaintinformation.aspx>.

Spanish:	Si usted, o alguien a quien está ayudando, tiene preguntas acerca de Ambetter de Coordinated Care Corporation, tiene derecho a obtener ayuda e información en su idioma sin costo alguno. Para hablar con un intérprete, llame al 1-877-687-1197 (TTY/TDD 1-877-941-9238).
Chinese:	如果您·或是您正在協助的對象·有關於 Ambetter from Coordinated Care Corporation 方面的問題，您有權利免費以您的母語得到幫助和訊息·如果要與一位翻譯員講話·請撥電話 1-877-687-1197 (TTY/TDD 1-877-941-9238)。
Vietnamese:	Nếu quý vị, hay người mà quý vị đang giúp đỡ, có câu hỏi về Ambetter from Coordinated Care Corporation, quý vị sẽ có quyền được giúp và có thêm thông tin bằng ngôn ngữ của mình miễn phí. Để nói chuyện với một thông dịch viên, xin gọi 1-877-687-1197 (TTY/TDD 1-877-941-9238).
Korean:	만약 귀하 또는 귀하가 돕고 있는 어떤 사람이 Ambetter from Coordinated Care Corporation 에 관해서 질문이 있다면 귀하는 그러한 도움과 정보를 귀하의 언어로 비용 부담없이 얻을 수 있는 권리가 있습니다. 그렇게 통역사와 얘기하기 위해서는 1-877-687-1197 (TTY/TDD 1-877-941-9238)로 전화하십시오.
Russian:	В случае возникновения у вас или у лица, которому вы помогаете, каких-либо вопросов о программе страхования Ambetter from Coordinated Care Corporation вы имеете право получить бесплатную помощь и информацию на своем родном языке. Чтобы поговорить с переводчиком, позвоните по телефону 1-877-687-1197 (TTY/TDD 1-877-941-9238).
Tagalog:	Kung ikaw, o ang iyong tinutulongan, ay may mga katanungan tungkol sa Ambetter from Coordinated Care Corporation, may karapatan ka na makakuha nang tulong at impormasyon sa iyong wika ng walang gastos. Upang makausap ang isang tagasalin, tumawag sa 1-877-687-1197 (TTY/TDD 1-877-941-9238).
Ukrainian:	В разі виникнення у вас або особи, якій ви допомагаєте, будь-яких запитань щодо програми страхування Ambetter from Coordinated Care Corporation ви маєте право отримати безкоштовну допомогу та інформацію на своїй рідній мові. Щоб поговорити з перекладачем, зателефонуйте за номером 1-877-687-1197 (TTY/TDD 1-877-941-9238).
Mon-Khmer, Cambodian:	ប្រសិនបើលោកអ្នកឬ នរណាម្នាក់ដែលអ្នកកំពុងតែជួយមានបញ្ហាអំពី Ambetter from Coordinated Care Corporation អ្នកមានសិទ្ធិទទួលបានជំនួយនិងព័ត៌មានជាភាសាលោកអ្នកដោយឥតគិតថ្លៃ។ សូមនិយាយទៅកាន់អ្នកបកប្រែភាសាលេខ 1-877-687-1197 (TTY/TDD 1-877-941-9238) ។
Japanese:	Ambetter from Coordinated Care Corporation について何かご質問がございましたらご連絡ください。ご希望の言語によるサポートや情報を無料でご提供いたします。通訳が必要な場合は、1-877-687-1197 (TTY/TDD 1-877-941-9238) までお電話ください。
Amharic:	እርስዎ ወይም እርስዎ የሚርዱት ሰው ስለ Ambetter from Coordinated Care Corporation ግብር ጥያቄ ካለዎት ያለምንም ወጪ በቋንቋዎ ድጋፍም እንዲሁም መረጃ የማግኘት መብት አለዎት፤ እስተርጓሚ ለማነጋገር በ 1-877-687-1197 (TTY/TDD 1-877-941-9238) ይደውሉ፤
Cushite:	Yoo sii ykn namaa gargaaraa jirtuu wa'ee Ambetter from Coordinated Care Corporation (Kuununsaa Qindeeffamaa) irra gaaffi qabaatan ta'ee gargaarsaa fi odeeffanoo afaan ketiin kaffaltii alla argachuuf mirgaa qabdaa. Turjumaana wajjin dubadhuu, 1-877-687-1197 irra bilbilli (TTY/TDD 1-877-941-9238).
Arabic:	إذا كان لديك أو لدى شخص تساعدك أسئلة حول Ambetter from Coordinated Care Corporation، لديك الحق في الحصول على المساعدة والمعلومات الضرورية بلغتك من دون أية تكلفة. للتحدث مع مترجم اتصل بـ 1-877-687-1197 (TTY/TDD 1-877-941-9238).
Punjabi:	ਜੇ ਤੁਹਾਡੇ, ਜਾਂ ਤੁਹਾਡੀ ਮਦਦ ਲੈ ਰਹੇ ਕਿਸੇ ਵਿਅਕਤੀ ਦੇ ਮਨ ਵਿੱਚ Ambetter from Coordinated Care Corporation ਦੇ ਬਾਰੇ ਕੋਈ ਸਵਾਲ ਹਨ. ਤਾਂ ਤੁਹਾਨੂੰ ਆਪਣੀ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਮੁਫਤ ਮਦਦ ਲੈਣ ਦਾ ਪੂਰਾ ਹੱਕ ਹੈ। ਦੁਭਾਸ਼ੀਏ ਨਾਲ ਗੱਲ ਕਰਨ ਲਈ 1-877-687-1197 (TTY/TDD 1-877-941-9238) ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ।
German:	Falls Sie oder jemand, dem Sie helfen, Fragen zu Ambetter from Coordinated Care Corporation hat, haben Sie das Recht, kostenlose Hilfe und Informationen in Ihrer Sprache zu erhalten. Um mit einem Dolmetscher zu sprechen, rufen Sie bitte die Nummer 1-877-687-1197 (TTY/TDD 1-877-941-9238) an.
Laotian:	ຖ້າທ່ານ ຫຼືຄົນທີ່ທ່ານກຳລັງຊ່ວຍເຫຼືອ ມີຄຳຖາມກ່ຽວກັບ Ambetter from Coordinated Care Corporation, ທ່ານມີສິດທີ່ຈະໄດ້ຮັບການຊ່ວຍເຫຼືອເໝາະສົມ ຂ່າວສານທີ່ເປັນພາສາຂອງທ່ານ ໂດຍບໍ່ມີຄ່າໃຊ້ຈ່າຍ. ຕຳລາຈະເວົ້າກັບນາຍພາສາ ໃຫ້ໃຫ້ຫາ 1-877-687-1197 (TTY/TDD 1-877-941-9238).