



# Manual para afiliados 2021

Los recursos que necesita. Aquí mismo.

Para obtener más información visite [AmbetterMeridian.com](https://www.AmbetterMeridian.com).

Si esta información no está en su idioma principal, llame al 1-833-993-2426 (Relay TTY/TDD 711).



FROM |  meridian.



# ¡Bienvenido a Ambetter de Meridian!

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

Como afiliado nuestro, tiene acceso a muchos servicios y recursos útiles. Este Manual para afiliados lo ayudará a entender todos ellos. En su interior, encontrará información importante acerca de lo siguiente:

- Cómo funciona su plan
- Información de pagos
- A dónde ir para recibir atención
- Información sobre su tarjeta de identificación del afiliado
- Beneficios odontológicos y de la vista opcionales para adultos
- TeleHealth
- ¡Y mucho más!

---

## SU SALUD ES NUESTRA PRIORIDAD.

Si tiene preguntas, siempre estamos listos para ayudarlo. Y no olvide darle un vistazo a nuestra biblioteca de videos en línea en [AmbetterMeridian.com](https://AmbetterMeridian.com). Está llena de información útil.

### Servicios para los afiliados:

1-833-993-2426 (TTY/TDD Relay 711)

[AmbetterMeridian.com](https://AmbetterMeridian.com)

# Cómo comunicarse con nosotros



## Cómo comunicarse con nosotros

### Ambetter from Meridian

1 Campus Martius, Suite 700

Detroit, MI 48226

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

Servicios para Afiliados	1-833-993-2426
Fax	1-833-980-2544
TTY/TDD	Relay 711
Hacer un pago	1-833-993-2426
Servicios de salud del comportamiento	1-833-993-2426
Línea de asesoramiento de enfermería las 24 horas, los 7 días de la semana	1-833-993-2426
Reclamos y quejas	1-833-993-2426
Emergencia	911
Sitio web	<a href="http://AmbetterMeridian.com">AmbetterMeridian.com</a>

### Cuando llame, tenga estos datos listos:

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

### Servicios de interpretación

Comuníquese con Servicios para Afiliados llamando al 1-833-993-2426 (Relay TTY/TDD 711) para obtener los servicios de interpretación gratuitos, según los necesite. Los servicios de interpretación incluyen idiomas que no sean el inglés. Mediante este servicio, usted y su proveedor pueden charlar sobre sus inquietudes médicas o del comportamiento de una manera más cómoda para usted. Los afiliados ciegos o con problemas de visión que necesiten ayuda con la interpretación pueden llamar a Servicios para Afiliados a fin de recibir una interpretación oral.

# Cómo funciona su plan



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



¿Desea obtener más información sobre nuestra área de servicio y proveedores dentro de la red? Visite [AmbetterMeridian.com](http://AmbetterMeridian.com)

## Tiene seguro de salud. ¿Y ahora qué?

Es emocionante tener seguro de salud. Para aprovechar al máximo su plan, complete esta simple lista de control. Si necesita ayuda, llame a Servicios para Afiliados al 1-833-993-2426 (Relay TTY/TDD 711). Estamos disponibles de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del Este.

- 1** Cree su cuenta segura de afiliado en línea. Hágalo visitando la página “Member Login” (Inicio de sesión para de afiliados) en [AmbetterMeridian.com](http://AmbetterMeridian.com). Su cuenta de afiliado guarda toda la información sobre los beneficios y la cobertura de su plan en un solo lugar. Le da acceso a su *Lista de beneficios*, información de reclamaciones, este manual para afiliados y más.
- 2** Nuestro *myhealthpays*® programa lo ayuda a centrarse en todos los aspectos de su salud. Al completar 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 entrar a su cuenta del afiliado en línea para comenzar.
- 3** Inscríbase en el pago automático de cuentas. Llámenos o ingrese a su cuenta de afiliado en línea para inscribirse. El pago automático de cuentas extrae automáticamente 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). Simplemente entre a su cuenta de afiliado y vea una lista de proveedores de Ambetter en su área usando la *Guía de Ambetter* disponible en nuestro sitio web. Recuerde: su PCP, también conocido como médico personal, es el médico principal al que usted verá para la mayor parte de su atención médica. Esto incluye sus controles, visitas 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 puntos en *myhealthpays*® recompensas! 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 la prima, llame a Servicios para Afiliados al 1-833-993-2426 (Relay TTY/TDD 711).



Regístrese en “Paperless Billing” (Facturación electrónica) para recibir sus facturas mensuales en línea.

## ¿Cómo puedo pagar mi prima mensual?

### 1. Pago en línea (¡nuestra recomendación!)

- a. Pago rápido: <https://centene.softtheon.com/Equity/#/search>. Cree su cuenta de afiliado en línea en [AmbetterMeridian.com](https://AmbetterMeridian.com) e inscríbese en el pago automático de cuentas. Puede configurar el pago automático de cuentas usando su tarjeta de crédito, tarjeta de débito prepagada, tarjeta bancaria de débito o cuenta bancaria.
- b. Además, puede pagar con su tarjeta de crédito, tarjeta de débito prepagada o de débito bancaria. Simplemente, siga las instrucciones de “pagar en línea” en [AmbetterMeridian.com](https://AmbetterMeridian.com).
- 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](https://Member.AmbetterHealth.com) para obtener más información 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 de voz (IVR). Es rápido ¡y está disponible durante las 24 horas del día, los 7 días de la semana!

O,

- b. Llame a Servicios de Facturación al 1-833-993-2426 (Relay TTY/TDD 711), de 8 a.m. a 8 p.m., hora del Este. Usted tendrá la opción de pagar usando el sistema de respuesta por voz interactivo (IVR, por sus siglas en inglés) o hablando con un representante de servicios de facturación.

### 3. Pago por correo

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

#### **Ambetter from Meridian**

Attn: Billing Services  
PO Box 7410143  
Chicago, IL 60674-0143





Nos preocupamos por su salud

## ¿Cómo puedo pagar mi prima mensual? (Continuación)

- c. Para encontrar una sucursal de MoneyGram cercana, visite [MoneyGram.com/BillPayLocations](https://www.moneygram.com/BillPayLocations) o llame al 1-800-926-9400. Para obtener más información sobre cómo usar MoneyGram para pagar la prima de Ambetter, visite [MoneyGram.com/BillPayment](https://www.moneygram.com/BillPayment).

### ¿Qué pasa si pago con retraso?

**Su factura vence antes del primer día de cada mes.** Por ejemplo, si está pagando su prima para junio, esta vencerá el 31 de mayo.

Si no paga su prima antes de su fecha de vencimiento, puede que entre en un periodo de gracia. Este es el tiempo adicional que le otorgamos para pagar. Durante un periodo de gracia, podemos retener (o dejar pendiente) el pago de sus reclamaciones. Durante su periodo de gracia, seguirá teniendo cobertura. Sin embargo, si no paga antes de que termine el periodo de gracia, corre el riesgo de perder su cobertura. Consulte su Evidencia de cobertura para conocer los detalles del periodo de gracia.

## Servicios para Afiliados

Queremos que tenga una excelente experiencia con Ambetter. Nuestro Departamento de Servicios para Afiliados siempre está aquí para ayudarlo. Podemos ayudarlo a:

- Entender cómo funciona su plan
- Aprender cómo obtener la atención que necesita
- Encontrar respuestas a las preguntas que tenga sobre el seguro de salud
- Ver lo que su plan cubre y no cubre
- Elegir un PCP que satisfaga sus necesidades
- Obtener más información sobre programas útiles, como el de Gestión de la atención
- Encontrar otros proveedores médicos (como farmacias y laboratorios dentro de la red)
- Solicitar su tarjeta de identificación del afiliado u otros materiales relacionados

Si se inscribió a través del Mercado de seguros de salud, 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 en [Healthcare.gov](https://www.healthcare.gov) o llamando al 1-800-318-2596 (TTY: 1-855-889-4325). Cuando se comunique, debe informar en qué estado vive y pedir a un representante que lo ayude.

Si se inscribió en un plan de gastos médicos fuera del intercambio, comuníquese con Servicios para Afiliados 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 de la audición total o parcial? Llame al 1-833-993-2426 (Relay TTY/TDD 711) o visite [AmbetterMeridian.com](https://www.ambettermeridian.com).

# Información sobre afiliación y cobertura



## Su Paquete de bienvenida para afiliados de Ambetter

Cuando se inscriba en Ambetter, recibirá un Paquete de bienvenida para afiliados. Su Paquete de bienvenida incluye información básica sobre el plan de salud que seleccionó. Recibirá su Paquete de bienvenida antes de que comience su cobertura de salud de Ambetter.

## Su tarjeta de identificación del afiliado de Ambetter

Su tarjeta de identificación del afiliado es prueba de que usted 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 presentar esta tarjeta siempre que reciba servicios de atención médica.
- Recibirá sus Tarjetas de identificación del afiliado antes de que comience su cobertura de salud de Ambetter. Si no recibe su tarjeta de identificación del afiliado antes de que comience su cobertura, llame a Servicios para Afiliados al 1-833-993-2426 (TTY/TDD Relay 711). Le enviaremos otra tarjeta.
- No recibirá el Paquete de bienvenida ni las tarjetas de identificación del afiliado hasta que la prima del primer mes esté paga 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 de afiliado segura.

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

	<b>Subscriber:</b> [Jane Doe]	<b>Effective Date of Coverage:</b> [XX/XX/XX]
	<b>Member:</b> [John Doe]	<b>RX PIN:</b> [00433]
	<b>Policy #:</b> [XXXXXXXXXX]	<b>RX CN:</b> [ADVI]
	<b>Member ID #:</b> [XXXXXXXXXXXXXX]	<b>RXGROUP:</b> [X5478]
	<b>Plan:</b> [Ambetter Balanced Care]	[Line 2 if needed]

---

<b>COPAYS</b>	<b>PCP:</b> [\$5 coin. after ded.]	<b>Deductible (Med/Rx):</b> [\$250/\$500]
	<b>Specialist:</b> [\$10 coin. after ded.]	<b>Coinsurance (Med/Rx):</b> [50%/30%]
	<b>Rx (Generic/Brand):</b> [\$5/\$25 after Rx ded.]	
	<b>Urgent Care:</b> [20% coin. after ded.]	
	<b>ER:</b> [\$250 copay after ded.]	

Frente

<b>AmbetterMeridian.com</b>	
<b>Member/Provider Services:</b> 1-833-993-2426 TTY/TDD: Relay 711 24/7 Nurse Line: 1-833-993-2426 (Relay 711)	<b>Medical Claims:</b> Ambetter from Meridian Attn: CLAIMS PO Box 5010 Farmington, MO 63640-5010
<b>Numbers below for providers:</b> Pharmacy Help Desk: (888) 964-0141 EDI Payor ID: R060	
<small>Additional information can be found in your Evidence of Coverage. If you have an Emergency, call 911 or go to the nearest Emergency Room (ER). Emergency services given by a provider not in the plan's network will be covered without prior authorization. Receiving non-emergent care through the ER or with a non-participating provider may result in a change to member responsibility. For updated coverage information, visit AmbetterMeridian.com.</small>	
<small>Ambetter from Meridian is underwritten by Meridian Health Plan of Michigan, Inc. © 2020 Meridian Health Plan of Michigan, Inc. All rights reserved.</small>	

Dorso

Si necesita información sobre la cobertura de dependientes, consulte su *Evidencia de cobertura*.

# Cómo encontrar la atención correcta



¡Recuerde seleccionar un PCP dentro de la red! Revise nuestro *Directorio de proveedores* para obtener 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](http://guide.ambetterhealth.com).

Consulte su Evidencia de cobertura para obtener más información sobre su Directorio 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 sus servicios de atención médica.

Para realizar una búsqueda en nuestro Directorio de proveedores, visite [guide.ambetterhealth.com](http://guide.ambetterhealth.com) y use nuestra **Guía Ambetter: la nueva herramienta de búsqueda de proveedores de Ambetter**. Esta guía tendrá 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 del proveedor
- Código postal
- Sexo
- Idiomas que habla
- Si actualmente acepta o no pacientes nuevos

Un Directorio de proveedores es una lista de los proveedores cerca de usted. Si desea obtener una copia impresa de esta lista, llame a Servicios para Afiliados al 1-833-993-2426 (TTY/TDD Relay 711).

**Proveedor dentro de la red o de la red** se refiere a un médico o proveedor identificado en la lista más reciente de la red que se indica en su tarjeta de afiliado.

**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 red que se indica en su tarjeta de identificación de afiliado. Los servicios recibidos 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 disponibles de la red podrán variar. Es importante que revise el directorio de proveedores para obtener la información más reciente sobre si el proveedor que planea consultar está o no en la red. Lo alentamos a que pregunte a los proveedores si participan en Ambetter antes de que le brinden tratamiento para que sepa si es posible que reciba o no una factura adicional por sus servicios. Para obtener más información, llame a Servicios para Afiliados.

## Reciba la atención correcta en el lugar adecuado

Cuando necesite atención médica, es necesario que pueda decidir rápidamente a dónde ir o qué hacer. ¡Sepa cuáles son sus opciones! Estas incluyen:

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

Su decisión dependerá de la situación específica. En la sección siguiente, se describe cada una de sus opciones con más detalle; siga leyendo.





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

Usar proveedores dentro de la red puede ayudarlo a ahorrar dinero en sus costos de atención médica.

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

Conozca más sobre sus opciones en <https://www.ambettermeridian.com/resources/new-members/where-to-go-for-care.html>

## Su Proveedor de Atención Primaria (PCP)

Su proveedor de atención primaria es su médico principal, al cual recurre para sus chequeos regulares. Si su afección no pone en peligro su vida, llamar a su PCP sería la primera opción. Use nuestra Guía Ambetter en línea para encontrar un proveedor de la red en su área.

Visite o llame a su PCP si necesita:

- Su control anual de bienestar y vacunas
- Asesoramiento sobre su salud en general
- Ayuda con problemas médicos como resfrío, gripe y fiebres
- Tratamientos para un problema de salud continuo, como el asma o la diabetes

## Cómo elegir un PCP distinto

Queremos que usted esté contento con la atención que reciba de nuestros proveedores. Así que, si le gustaría cambiar de PCP por cualquier razón, visite [AmbetterMeridian.com](https://www.AmbetterMeridian.com). Entre a su cuenta de afiliado en línea y siga estos pasos:

- 1. Haga clic en “Coverage Overview” (Información general de la cobertura) o en “Edit Account” (Editar cuenta).**
- 2. Seleccione el ícono “Changes” (Cambios) en la sección “My Primary Provider” (Mi proveedor de atención primaria) de la página.**
- 3. Elija a un PCP de la lista. Asegúrese de elegir un PCP que actualmente esté aceptando nuevos pacientes.**

Para obtener más información sobre un PCP específico, llame al 1-833-993-2426 (Relay TTY/TDD 711). Además, puede ver nuestra lista de proveedores en la página **“Find a Doctor” (Encontrar un médico)** en [AmbetterMeridian.com](https://www.AmbetterMeridian.com).

\*Si elige a un enfermero especializado o un asistente médico como su PCP, su cobertura de beneficios y los copagos serían los mismos que para los servicios de otros proveedores participantes. Vea su *programa 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: 1-833-993-2426 (Relay TTY/TDD 711).

## Cuándo ir a un centro de atención de urgencia

Un centro de atención de urgencia presta atención práctica y rápida para enfermedades o lesiones que no ponen la vida en peligro, pero que es necesario tratar dentro de un período de 24 horas. Normalmente, usted va a un centro de atención de urgencia si su PCP no puede darle una cita de inmediato.

### Los servicios comunes de atención de urgencia incluyen:

- Esguinces
- Infecciones de oído
- Fiebres altas
- 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 enviarlo al lugar correcto para recibir atención.
- Si el consultorio de su PCP está cerrado, puede elegir una de estas dos opciones:
  1. Visite nuestro sitio web, [AmbetterMeridian.com/findadoc](http://AmbetterMeridian.com/findadoc), escriba nuestro código postal y haga clic en “Detailed Search” (Búsqueda detallada). En el menú desplegable “Type of Provider” (Tipo de proveedor), seleccione “Urgent Care AND Walk-in-Clinics” (Atención de urgencias y clínicas de atención sin cita previa) y luego haga clic en la barra verde de “Search” (Buscar).
  2. Llame a nuestra línea de asesoramiento de enfermería que atiende las 24 horas, los 7 días de la semana, al 1-833-993-2426 (Servicios de retransmisión TTY/TDD 711). Un enfermero lo ayudará por teléfono o lo dirigirá 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 los servicios de atención de urgencia.

Después de la visita, informe a su PCP que fue atendido en un centro de atención de urgencia y explíquele el motivo.

## Cuándo ir a la sala de emergencias

Se considera una situación de emergencia todo lo que pueda poner su vida en peligro (o la vida de su bebé que no ha nacido, si está embarazada) si no recibe atención médica inmediata. Los servicios de emergencia tratan lesiones accidentales o el inicio de lo que parece ser una condición médica. Cubrimos servicios médicos y de salud del comportamiento 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. Un proveedor puede enviarle una factura por los servicios recibidos en una sala de emergencia fuera de la red o por servicios recibidos de un médico de una sala de emergencia fuera de la red. Recibir facturas por saldos significa que le pueden cobrar la diferencia entre nuestro monto permitido y el costo cobrado por el proveedor.



Tenga su tarjeta de identificación de afiliado e identificación con foto listas. Las necesitará siempre que reciba cualquier tipo de atención.

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



Asegúrese siempre de que sus proveedores estén en la red. Usar proveedores dentro de la red puede ayudarlo a ahorrar 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 1-833-993-2426 (Relay TTY/TDD 711). Ante 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 de emergencia.

## Cuándo ir a la sala de emergencias

(continuación)

Es una buena idea preguntar a sus proveedores si están dentro de la red de Ambetter para no recibir cargos inesperados.

Consulte su *Evidencia de cobertura* para obtener más información sobre la facturación del proveedor y la facturación del saldo.

### Vaya a la sala de emergencias si tiene:

- Huesos fracturados
- Hemorragia que no para
- Dolores de parto o algún tipo de sangrado (si está embarazada)
- Dolor de pecho intenso o síntomas de un ataque cardíaco
- Sobredosis de drogas
- Consumió alguna sustancia tóxica
- Quemaduras graves
- Síntomas de *shock* (sudor, sed, mareos, piel pálida)
- Convulsiones o ataques
- Le cuesta respirar
- Incapacidad repentina para ver, moverse o hablar
- Heridas de bala o cuchillo

### No vaya a la sala de emergencias en los siguientes casos:

- Gripes, resfríos, dolores de garganta o dolores de oído
- Esguinces o distensiones musculares
- Cortes o raspones que no requieren sutura
- Necesita más medicamentos o resurtir 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 esté fuera del condado o fuera del estado. Si va a una sala de emergencias fuera de la red y no tiene una emergencia verdadera, puede ser responsable de todos los montos por encima de lo que cubre su plan. Esos montos adicionales podrían ser muy altos y serían adicionales a los costos compartidos y los deducibles de su plan.

Conozca más sobre sus opciones en <https://www.ambettermeridian.com/resources/new-members/where-to-go-for-care.html>



## Ambetter Telehealth

Ambetter Telehealth, el servicio de telemedicina de Ambetter, es nuestro 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 de emergencia. Está disponible para usarlo desde su casa, la oficina o cuando esté de vacaciones.

Antes de empezar a usar Ambetter Telehealth debe configurar su cuenta en [AmbetterTelehealthMI.com](http://AmbetterTelehealthMI.com).

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

Póngase en contacto con Ambetter Telehealth si tiene enfermedades como:

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

Ambetter no proporciona atención médica. Los proveedores individuales proporcionan atención médica a través de Teladoc Health.

El copago de \$0 de Telehealth no se aplica para planes con una HSA (cuenta de ahorros de salud) hasta que se alcanza el deducible. Los copagos de \$0 son para atención médica dentro de la red. Ambetter no proporciona atención médica.

---

## 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 del día, los 7 días de la semana, le facilita obtener respuestas a sus preguntas de salud. ¡Ni siquiera tiene que salir de casa! Lo atienden enfermeros con licencia y puede llamar a cualquier hora del día, todos los días. Llame al 1-833-993-2426

(Relay TTY/TDD 711) si tiene preguntas sobre:

- Su salud, medicamentos o una condición crónica
- Si debe ir a la sala de emergencias o ver a su PCP
- Qué hacer si uno de sus hijos está enfermo
- Cómo manejar una condición en plena noche
- Acceso 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** (Buscar un médico), en [guide.ambetterhealth.com](http://guide.ambetterhealth.com).

# Proceso de reclamos, quejas y apelaciones de los afiliados



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

## Si no está conforme con su atención

Esperamos que siempre esté satisfecho con nosotros y con nuestros proveedores. Sin embargo, si este 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 una organización de revisión independiente (IRO)
- Reclamo para el Departamento de Seguros y Servicios Financieros (DIFS)

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 1-833-993-2426 (Relay TTY/TDD 711) 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 acerca de un beneficio, producto o elegibilidad, sin expresar insatisfacción. Los ejemplos de consultas incluyen:

- “¿Puedo hacer un pago?”
- “¿Puede ayudarme a cambiar mi 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

Un reclamo es una expresión verbal de insatisfacción. Algunos reclamos se resuelven con la primera llamada si se pueden abordar en su totalidad y darlos por finalizados.

Ejemplos de un reclamo:

- “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 participan en mi plan están muy lejos”.



## Cómo presentar un reclamo (continuación)

- “He llamado a Servicios para Afiliados varias veces y mi problema aún no está resuelto”.
- “No puedo inscribirme en su sitio web”.
- “No encuentro 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 1-833-993-2426 (Relay TTY/TDD 711).

## Cómo presentar una queja

Una queja hace referencia a cualquier insatisfacción con una aseguradora que ofrezca un plan de beneficios de salud o con la administración de un plan de beneficios de salud por parte de la aseguradora. Un reclamante o alguien en su nombre presenta esta insatisfacción por escrito y en cualquier forma a la aseguradora; y la queja puede ser por cualquiera de los siguientes asuntos:

1. Prestación de servicios.
2. Determinación para rescindir una póliza.
3. Determinación de un diagnóstico o del nivel de servicios requerido para el tratamiento basado en la evidencia de los trastornos del espectro autista.
4. Prácticas de reclamaciones.
5. Cancelación de su cobertura de beneficios por parte nuestra.

Ejemplos de una queja serían:

- “En mi receta de medicamentos genéricos, no se aplicó el copago genérico”.
- “Me hicieron un procedimiento preventivo y me están pidiendo que haga un pago directo de bolsillo, cuando debería haber estado cubierto al 100%”.
- “Necesito atención médica en casa y no he recibido una llamada del coordinador de mi caso”.
- “No di mi consentimiento para recibir productos de sangre durante la cirugía, pero descubrí que de todos modos me administraron algunos”.
- “Mi médico me recetó un medicamento al que soy alérgico y tuve una reacción terrible”.
- “Me dijeron que estaba activo en el plan y el plan siguió deduciendo las primas automáticamente, pero ahora dicen que no tuve cobertura por 10 meses y tengo más de \$100,000.00 en facturas hospitalarias”.

Para presentar una queja, llame a Servicios para Afiliados al 1-833-993-2426 (Relay TTY/TDD 711). 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 1-833-993-2426 (Relay TTY/TDD 711) para pedir ayuda con el proceso. Le enviaremos una carta de Reconocimiento de queja después de recibir su queja.

Envíe su formulario de queja por escrito a:

**Ambetter from Meridian**

Attn: Grievances Department, 3rd fl  
12515-8 Research Blvd, Ste. 400  
Austin, TX 78759  
Fax: 1-833-886-7956

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



Revise la Evidencia de cobertura para leer los procedimientos y procesos completos de reclamos 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 queja (continuación)

**Quejas aceleradas:** Si su queja es sobre una emergencia o una situación en la cual usted podría verse obligado a abandonar el hospital antes de tiempo, o si un proceso de resolución estándar pondría su vida, su embarazo o su salud en un riesgo grave.

**Queja estándar:** Una queja que no cumple con la definición de queja acelerada.

Revise su *Evidencia de cobertura* para leer los procedimientos y procesos de reclamo completos, incluyendo los detalles y plazos específicos para su presentación. Puede obtener acceso a su *Evidencia de cobertura* en su cuenta de afiliado en línea.

Además, podrá presentar una queja ante el Departamento de Seguros y Servicios Financieros (DIFS). Hay varias maneras de presentar una queja ante el DIFS. 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 ha denegado un servicio o un reclamo. 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, podrá considerarse como una denegación y también estará sujeta al proceso de apelación.

Ejemplos de una apelación serían:

1. acceso a beneficios de atención médica, incluida una Determinación adversa realizada de acuerdo con la administración de la utilización;
2. ingreso o permanencia en un centro de atención médica;
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 parte nuestra;
6. otros asuntos específicamente requeridos por la ley o regulación estatal.

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

**Ambetter from Meridian**

Attn: Grievances Department, 3rd fl  
12515-8 Research Blvd, Ste. 400  
Austin, TX 78759  
Fax: 1-833-886-7956

Para presentar una apelación verbal, puede llamarnos al 1-833-993-2426 (Relay TTY/TDD 711), pero esto debe seguirse de una apelación por escrito.

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

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

**Apelación estándar:** Una apelación que no cumple con la definición de apelación acelerada.

## ¿Qué es la gestión de uso?

Queremos asegurarnos de que reciba la atención y los servicios correctos. Nuestro proceso de gestión de uso está diseñado para asegurar que usted reciba el tratamiento que necesita.

Aprobaremos todos los beneficios cubiertos que sean necesarios desde el punto de vista médico. Nuestro Departamento de Gestión de Uso (UM) verifica que el servicio necesario sea un beneficio cubierto. Si es un beneficio cubierto, el personal de enfermería de la UM lo revisará para saber si el servicio solicitado cumple con los criterios de necesidad médica. Para eso, revisan las notas médicas y hablan con su médico. Ambetter no recompensa a los profesionales, proveedores o empleados que llevan a cabo las revisiones de uso, incluidos aquellos de las entidades delegadas. Las decisiones que toma Gestión de Uso (UM) se basan solo en que la atención, los servicios y la existencia de cobertura sean apropiados. Ambetter de Meridian no recompensa específicamente a los profesionales u otras personas por emitir denegaciones de cobertura. Los incentivos económicos para las personas de UM que toman las decisiones no alientan decisiones que resultan en un uso deficiente.

## ¿Qué es una revisión de uso?

Ambetter revisa los servicios para asegurar que la atención que usted reciba sea la mejor manera de ayudar a mejorar su condición. La revisión de uso incluye:

### **Revisión de autorización previa o anterior al servicio.**

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

Para saber si un servicio necesita autorización previa, consúltelo con su PCP, con el proveedor que se lo ordena o con Servicios para Afiliados de Ambetter. Cuando recibamos su solicitud de autorización previa, nuestros enfermeros y médicos la evaluarán. Si no recibe una autorización previa para un servicio médico cuando debe obtenerla, usted será responsable de todos los costos.

### **Revisión concurrente**

La revisión concurrente de uso evalúa sus servicios o planes de tratamiento (como una estadía como paciente hospitalizado o una hospitalización) a medida que ocurren. Este proceso determina cuándo es posible que el tratamiento ya no sea necesario desde el punto de vista médico. Incluye la planificación del alta para asegurarse de que usted reciba los servicios que necesita después de su alta del hospital.

### **Revisión retrospectiva**

Las revisiones retrospectivas ocurren después de que se haya prestado un servicio. Ambetter puede hacer una revisión retrospectiva para asegurarse de que la información proporcionada en el momento de la autorización haya sido correcta y completa. También podemos evaluar servicios que usted recibió debido a circunstancias especiales (por ejemplo, si no recibimos una solicitud de autorización o un aviso previo debido a una emergencia).





## ¿Qué es una revisión de uso? (Continuación)

### **Notificación de servicios aprobados**

Puede encontrar toda la información sobre reclamaciones (incluidas autorizaciones previas) iniciando sesión en el portal seguro de afiliados y seleccionando el enlace de actividad y uso.

### **Determinaciones adversas y apelaciones**

Una determinación adversa ocurre cuando se establece que un servicio no es necesario o apropiado desde el punto de vista médico, 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, así como el proceso y los plazos que debería cumplir para presentar apelaciones.

# Recursos y recompensas para afiliados



Visítenos en línea en [AmbetterMeridian.com](http://AmbetterMeridian.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 reclamo, 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 [AmbetterMeridian.com](http://AmbetterMeridian.com) y tome el control de su salud.

En nuestro sitio web, puede hacer lo siguiente:

- Buscar un PCP
- Localizar otros proveedores, como una farmacia
- Encontrar información sobre la salud
- Informarse sobre programas y servicios que pueden ayudarlo a recuperar su salud y mantenerse sano

Entre a 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 sus materiales del afiliado (su *Evidencia de cobertura, programa de beneficios, este manual*)
- Participar en el nuevo **myhealthpays**<sup>®</sup> programa de recompensas
- Completar la Encuesta de bienestar
- Contactar a un enfermero en línea
- Revisar los gastos de bolsillo, copagos y el avance con respecto al deducible

## **myhealthpays**<sup>®</sup> Programa de recompensas

**¡No se pierda el emocionante programa **myhealthpays**<sup>®</sup> 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 del afiliado de Ambetter](#) o cree su cuenta ahora mismo.
2. Haga clic en “Rewards” (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.

Las recompensas de My Health Pays no pueden utilizarse para copagos de farmacia.

Gane \$500 en recompensas. Se aplican restricciones. Los afiliados deben cumplir los requisitos y completar todas las actividades para recibir \$500 o más. Ingrese a [Member.AmbetterHealth.com](http://Member.AmbetterHealth.com) para obtener más detalles.

Los fondos vencen inmediatamente después de la finalización de la cobertura del seguro.

## Su glosario de atención médica

Sabemos que el seguro de salud a veces puede parecer confuso. Para ayudarlo, hemos creado una lista de palabras que es posible que necesite saber al leer este manual para afiliados. ¡Échele un vistazo!

### *Apelación*

Una apelación es una solicitud para reconsiderar una determinación sobre los beneficios del afiliado cuando se ha denegado un servicio o un reclamo. 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, podrá considerarse como una denegación y también estará sujeta al proceso de apelación.

Ejemplos de una apelación serían:

1. acceso a beneficios de atención médica, incluida una Determinación adversa realizada de acuerdo con la administración de la utilización;
2. ingreso o permanencia en un centro de atención médica;
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 parte nuestra y
6. otros asuntos específicamente requeridos por la ley o regulación estatal.

### *Atención de emergencia/urgencias*

La atención de emergencia es atención que usted recibe en una sala de emergencias (ER). 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 recibir atención urgente en un centro de atención de urgencia.

### *Autorización previa*

Puede que se requiera autorización previa para servicios cubiertos. Cuando un servicio requiera autorización previa, entonces es necesario que el servicio se apruebe antes de que visite a su proveedor. Será necesario que su proveedor presente una solicitud de autorización previa.

### *Aviso de determinación adversa*

Este es el aviso que recibe si denegamos la cobertura para un servicio que ha solicitado.

### *Consulta*

Es una solicitud de aclaración de un beneficio, un producto o la elegibilidad sin expresar insatisfacción.

### *Copago*

El monto de dinero establecido que debe pagar cada vez que recibe un servicio médico o recoge una receta.

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

## Su glosario de atención médica (continuación)

### *Dentro de la red (proveedores y/o servicios)*

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

### *Evidencia de cobertura*

El documento que enumera todos los servicios y beneficios que cubre su plan en particular. Su *Evidencia de cobertura* tiene información acerca de los beneficios específicos cubiertos y excluidos según su plan de salud. Lea su *Evidencia de cobertura*: puede ser de ayuda para entender exactamente lo que su plan cubre y no cubre.

### *Gestión de uso*

Este es el proceso que utilizamos para asegurar que usted reciba el tratamiento correcto. Revisamos sus circunstancias médicas y de salud, y luego decidimos el mejor curso de acción.

### *Lista de beneficios*

Su *Lista de beneficios* es un documento que enumera los beneficios cubiertos para usted. Su Lista de beneficios tiene información sobre los montos de copago, los costos compartido y los 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. Su cuenta mensual 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 esté siempre al día con sus visitas 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 red, que se indica en la identificación del afiliado. Los servicios recibidos 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*

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 bien la insatisfacción con el servicio proporcionado por la compañía aseguradora.

### *Reclamo*

Se entiende por reclamo cualquier expresión de insatisfacción presentada a la aseguradora por el reclamante, o el representante de un reclamante autorizado, sobre una aseguradora o sus proveedores con quienes la aseguradora tiene contrato directo o indirecto.



## Su glosario de atención médica (continuación)

### *Servicios de atención preventiva*

Los servicios de atención preventiva son servicios habituales de atención médica diseñados para mantenerlo sano y detectar los problemas antes de que comiencen. Por ejemplo: sus chequeos, mediciones de presión arterial, algunas pruebas de detección de cáncer y más. Puede encontrar una lista de servicios de Atención preventiva en su Evidencia de cobertura y en nuestro sitio web: [AmbetterMeridian.com](https://AmbetterMeridian.com).

### *Subsidio*

Un subsidio es un crédito tributario que disminuye su prima mensual. Los subsidios vienen del gobierno. Si usted reúne o no los requisitos para recibir uno depende del tamaño de su familia, su ingreso y dónde vive.

Ambetter de Meridian está avalada por Meridian Health Plan of Michigan, Inc.  
© 2020 Meridian Health Plan of Michigan, Inc. Todos los derechos reservados.

AMB20-MI-C-00466

## Declaración de no discriminación

Ambetter de Meridian cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina en base a raza, color, origen nacional, edad, discapacidad o sexo. Ambetter de Meridian no excluye a las personas ni las trata de manera distinta debido a su raza, color, origen nacional, edad, discapacidad o sexo.

### Ambetter de Meridian:

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

Si necesita estos servicios, comuníquese con Ambetter de Meridian al 1-833-993-2426 (Relay TTY/TDD 711).

Si cree que Ambetter de Meridian no le ha brindado estos servicios o lo ha discriminado de otra manera sobre la base de su raza, color, origen nacional, edad, discapacidad o sexo, puede presentar una queja a: Ambetter from Meridian, Attn: Appeals and Grievances 12515-8 Research Blvd, Ste. 400 Austin, TX 78759, 1-833-993-2426 (Relay TTY/TDD 711), Fax 1-833-886-7956. Puede presentar una queja en persona o por correo, fax o correo electrónico. Si necesita ayuda para presentar un reclamo, Ambetter de Meridian está disponible para ayudarlo. También puede presentar un reclamo de violación a sus derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos, en forma electrónica a través del portal de reclamos de la Oficina de Derechos Civiles, disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf> o por correo o telefónicamente a: U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue SW., Room 509F, HHH Building, Washington, DC 20201, 1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD).

Los formularios de reclamo están disponibles en <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

<b>Spanish:</b>	Si usted, o alguien a quien está ayudando, tiene preguntas acerca de Ambetter de Sunflower Health Plan, tiene derecho a obtener ayuda e información en su idioma sin costo alguno. Para hablar con un intérprete, llame al 1-844-518-9505 (TTY/TDD 1-844-546-9713).
<b>Vietnamese:</b>	Nếu quý vị, hay người mà quý vị đang giúp đỡ, có câu hỏi về Ambetter from Sunflower Health Plan, 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 1-844-518-9505 (TTY/TDD 1-844-546-9713).
<b>Chinese:</b>	如果您, 或是您正在協助的對象, 有關於 Ambetter from Sunflower Health Plan 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 1-844-518-9505 (TTY/TDD 1-844-546-9713)。
<b>German:</b>	Falls Sie oder jemand, dem Sie helfen, Fragen zu Ambetter from Sunflower Health Plan 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 1-844-518-9505 (TTY/TDD 1-844-546-9713) an.
<b>Korean:</b>	만약 귀하 또는 귀하가 돕고 있는 어떤 사람이 Ambetter from Sunflower Health Plan 에 관해서 질문이 있다면 귀하는 그러한 도움과 정보를 귀하의 언어로 비용 부담없이 얻을 수 있는 권리가 있습니다. 그렇게 통역사와 얘기하기 위해서는 1-844-518-9505 (TTY/TDD 1-844-546-9713) 로 전화하십시오.
<b>Laotian:</b>	ຖ້າທ່ານ ຫຼືຄົນທີ່ທ່ານກຳລັງຊ່ວຍເຫຼືອ ມີຄຳຖາມກ່ຽວກັບ Ambetter from Sunflower Health Plan, ທ່ານມີສິດທີ່ຈະໄດ້ຮັບການຊ່ວຍເຫຼືອແລະຂໍ້ມູນສຳຄັນເພື່ອເປັນພາສາຂອງທ່ານ ໂດຍບໍ່ມີຄ່າໃຊ້ຈ່າຍ. ເພື່ອຈະເວົ້າກັບນາຍພາສາ ໃຫ້ໃບຫາ 1-844-518-9505 (TTY/TDD 1-844-546-9713).
<b>Arabic:</b>	إذا كان لديك أو لدى شخص تساعدك أسئلة حول Ambetter from Sunflower Health Plan ، لديك الحق في الحصول على المساعدة والمعلومات الضرورية بلغتك من دون أية تكلفة. لتحدث مع مترجم المعلن ، 1-844-518-9505 (TTY/TDD 1-844-546-9713) .
<b>Tagalog:</b>	Kung ikaw, o ang iyong tinutulongan, ay may mga katanungan tungkol sa Ambetter from Sunflower Health Plan, may karapatan ka na makakuha nang tulong at impormasyon sa iyong wika ng walang gastos. Upang makausap ang isang tagasalin, tumawag sa 1-844-518-9505 (TTY/TDD 1-844-546-9713).
<b>Burmese:</b>	သင် သို့မဟုတ် သင်ပုဂ္ဂိုလ်တို့အား အကူအညီပေးနေသူတို့သည် Ambetter from Sunflower Health Plan အကြောင်း သေးငယ်သောမေးခွန်းများကို အသုံးပြုနိုင်ခြင်းနှင့် သင်၏ဘာသာ စကားဖြင့် အချက်အလက်များကို အသုံးပြုနိုင်ခြင်း ချီးမြှင့်ခြင်း စကားပြန်တစ်ဦးနှင့် စကားပြောဆိုရန် 1-844-518-9505 (TTY/TDD 1-844-546-9713) ကို ဖုန်းဆက်ပါ။
<b>French:</b>	Si vous-même ou une personne que vous aidez avez des questions à propos d'Ambetter from Sunflower Health Plan, vous avez le droit de bénéficier gratuitement d'aide et d'informations dans votre langue. Pour parler à un interprète, appelez le 1-844-518-9505 (TTY/TDD 1-844-546-9713).
<b>Japanese:</b>	Ambetter from Sunflower Health Plan 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、1-844-518-9505 (TTY/TDD 1-844-546-9713) までお電話ください。
<b>Russian:</b>	В случае возникновения у вас или у лица, которому вы помогаете, каких-либо вопросов о программе страхования Ambetter from Sunflower Health Plan вы имеете право получать бесплатную помощь и информацию на своем родном языке. Чтобы поговорить с переводчиком, позвоните по телефону 1-844-518-9505 (TTY/TDD 1-844-546-9713).
<b>Hmong:</b>	Yog koj, los yog tej tus neeg uas koj pab ntawd, muaj lus nug txog Ambetter from Sunflower Health Plan, koj muaj cai kom lawv muab cov ntshiab lus qhia uas tau muab sau ua koj hom lus pub dawb rau koj. Yog koj xav nrog ib tug neeg bhais lus tham, hu rau 1-844-518-9505 (TTY/TDD 1-844-546-9713).
<b>Persian:</b>	اگر شما، یا کسی که به او کمک می کنید سؤالی در مورد Ambetter from Sunflower Health Plan دارید، از این حق برخوردارید که کمک و اطلاعات را بصورت رایگان به زبان خود دریافت کنید. برای صحبت کردن با مترجم با شماره 1-844-518-9505 (TTY/TDD 1-844-546-9713) تماس بگیرید.
<b>Swahili:</b>	Ikiwa wewe au mtu mwingine unayemsaidia, ana maswali kuhusu Ambetter from Sunflower Health Plan, una haki ya kupata usaidizi na taarifa kwa lugha yako bila malipo. Ili kuzungumza na mkalimani, piga simu 1-844-518-9505 (TTY/TDD 1-844-546-9713).