



FROM



arizona
complete health.

Su Manual para afiliados para 2019

Todo lo que necesita saber sobre su plan

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

Si esta información no está en su idioma principal, llame al 1-888-926-5057 (TTY/TDD 1-888-926-5180).



FROM



¡Bienvenido a Ambetter de Arizona Complete Health!

Gracias por elegirnos como su plan de seguro de salud. Nos entusiasma ayudarle 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 le ayudará a entender todos ellos. Adentro, encontrará información importante acerca de:

- Cómo funciona su plan
- Beneficios de farmacia
- Información de pagos
- TeleHealth
- My Health Pays
- ¡Y mucho más!
- A dónde ir para recibir atención

SU SALUD ES NUESTRA PRIORIDAD.

Si tiene preguntas, siempre estamos listos para ayudarle. Y no olvide darle un vistazo a nuestra biblioteca de videos en línea en Ambetter.HomeStateHealth.com. Está llena de información útil.

Servicios para los afiliados:

1-888-926-5057 (TTY/TDD 1-888-926-5180)

Ambetter.AZcompletehealth.com

Índice



Perspectiva general del manual para afiliados	2
Cómo comunicarse con nosotros.....	3
Cómo funciona su plan	4
Información sobre afiliación y cobertura	8
Servicios Cubiertos Beneficios de Gastos por Servicios Médicos	12
Su Proveedor de atención primaria.....	15
A dónde ir para recibir atención	19
Programas de salud y bienestar	22
Servicios de salud del comportamiento	25
Beneficios de farmacia	26
Administración de la utilización	28
Programa de Mejora de la Calidad	30
Proceso de reclamos y apelaciones del miembro	31
Derechos y responsabilidades del afiliado	35
Derechos y responsabilidades del afiliado	37



Para pedir versiones impresas de todos los materiales informativos, puede llamar a Servicios para los afiliados al 1-888-926-5057 (TTY/TDD 1-888-926-5180)

Los recursos que necesita. Aquí mismo.

Es importante que entienda su cobertura de seguro de salud. Este manual para afiliados explica todo lo que necesita saber, ¡así que revíselo! Para obtener información sobre sus beneficios cubiertos y costos compartidos específicos del plan, revise su *Lista de beneficios* y *Evidencia de cobertura*. Puede encontrar ambas en su cuenta del afiliado en línea.

Este es su Manual para afiliados.

Su Manual para afiliados presenta una perspectiva general de alto nivel sobre cómo obtener lo máximo de su plan. Le ayuda a entender mejor su cobertura de seguro de salud y los servicios disponibles para usted.

Encuentre su Manual para afiliados en Ambetter.AZcompletehealth.com en “Para los afiliados”, “Materiales y formularios para los afiliados”. También está disponible cuando usted inicia sesión en el portal seguro para afiliados, en “Materiales de referencia”.

Entre al portal seguro para afiliados en Member.AmbetterHealth.com.

Después de iniciar sesión, vaya a:

“Mis beneficios”

Use la flecha abajo para seleccionar el año de beneficios actual y haga clic en el botón “Seleccionar año”.

Aquí encontrará la Información del contrato del afiliado.

Su resumen de beneficios y cobertura es un resumen de lo que cubre el plan y lo que cuesta.

Si desea conocer más detalles sobre su cobertura y sus costos, puede obtener los términos completos en la Lista de beneficios y la *Evidencia de cobertura*.

Lista de beneficios

Su Lista de beneficios es un resumen de alto nivel de los beneficios que su plan cubre y cuánto tendrá que pagar por ellos.

Evidencia de cobertura

Su *Evidencia de cobertura* es una lista detallada de los beneficios que su plan cubre, así como las exclusiones que tiene el plan.

Explicación de los beneficios (EOB, por sus siglas en inglés):

Una Explicación de beneficios (EOB) es una declaración que enviamos a los afiliados para explicar qué tratamientos o servicios médicos pagamos en nombre del afiliado. Muestra la cantidad facturada por el proveedor, el pago del emisor y la responsabilidad financiera del afiliado, de acuerdo con los términos de la póliza. Le enviaremos una EOB al afiliado después de que recibamos y adjudiquemos una reclamación de un proveedor a nombre suyo. Si necesita ayuda para interpretar su Explicación de beneficios, llame a Servicios para los afiliados al 1-888-926-5057 (TTY/TDD 1-888-926-5180).

Cómo comunicarse con nosotros



Cómo comunicarse con nosotros

Ambetter de Arizona Complete Health

1870 W Rio Salado
Suite 2A
Tempe, AZ 85281

Si quiere conversar, estamos disponibles de lunes a viernes, de 8 a.m. a 5 p.m., hora de montaña.

Servicios para afiliados	1-888-926-5057
Fax	1-866-687-0518
TTY/TDD	1-888-926-5180
Haga un pago	1-888-926-5057
Servicios de salud del comportamiento	1-888-926-5057
Línea de consejo de enfermería 24/7	1-888-926-5057
Reclamos y quejas	1-888-926-5057
Emergencia	911
Sitio Web	Ambetter.AZcompletehealth.com

Cuando llame, tenga estos artículos listos:

- Su tarjeta de identificación
- Su número de reclamación o factura para preguntas sobre cobranzas

Servicios de intérprete

Si no se siente cómodo hablando inglés, ofrecemos servicios de interpretación gratuitos.

Llame a Servicios para los afiliados al 1-888-926-5057 (TTY/TDD 1-888-926-5180) para obtener más información.

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 Ambetter.AZcompletehealth.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 los afiliados al 1-888-926-5057. Estamos disponibles de lunes a viernes, de 8 a.m. a 5 p.m., hora de montaña.

- 1** Cree su cuenta segura del afiliado en línea. Hágalo visitando la página “Para afiliados” en Ambetter.AZcompletehealth.com. Su cuenta de afiliado guarda toda la información de los beneficios y la cobertura del plan en un solo lugar. Le da acceso a la *Lista de beneficios* y la *Evidencia de cobertura*, las reclamaciones, este manual para afiliados y más.
- 2** Complete en línea su Encuesta de bienestar de Ambetter dentro de los primeros 90 días desde su afiliación. Todo lo que tiene que hacer es entrar a su cuenta del afiliado en línea. ¡Completar esta encuesta nos ayuda a diseñar su plan en torno a sus necesidades específicas y le ayuda a usted a ganar \$50 en *myhealthpays*™ recompensas! Consulte la [página 23](#) para obtener más información sobre el programa *myhealthpays*™.
- 3** Inscríbase en pago automático de cuentas. Llámenos o entre a su cuenta del afiliado en línea para inscribirse. El pago automático de cuentas retira 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 del afiliado y vea una lista de proveedores de Ambetter en su área usando el *Directorio de proveedores* 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 \$50 en recompensas de *myhealthpays*™. ¡Y en cualquier momento que necesite atención, llame a su PCP y haga una cita!





Si tiene preguntas sobre cómo pagar su cuenta, llame a servicios de cobranzas al 1-888-926-5057 (TTY/TDD 1-888-926-5180).

¿Cómo puedo pagar mi cuenta mensual?

1. Pago en línea (¡Nuestra recomendación!)

- a. Pago rápido: <https://centene.softtheon.com/Equity/#/search>. Cree su cuenta del afiliado en línea en Ambetter.AZcompletehealth.com e inscribese en 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 para “pagar en línea” en Ambetter.AZcompletehealth.com.

2. Pago por teléfono

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

O

- b. Llame a Servicios de facturación al 1-888-926-5057 (TTY/TDD 1-888-926-5180) de 8 a.m. a 5 p.m. hora de montaña. Puede pagar por medio del sistema interactivo de respuesta de voz (IVR, por sus siglas en inglés) o llamando a uno de nuestros representantes del servicio 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 al menos siete a diez días antes de la fecha de vencimiento del pago de prima. Recuerde escribir su número de identificación del afiliado en el cheque o giro postal y despegue el talón de pago de la factura y envíelo con su pago.**
- b. El envío por correo a la dirección correcta asegurará que sus pagos se procesen de manera oportuna.

Ambetter de Arizona Complete Health

Attn: Billing Services
PO Box 748701
Los Angeles, CA 90074-8701

4. Pague con MoneyGram®

- a. MoneyGram® es rápido y fácil de usar cuando necesita hacer pagos de la prima el mismo día. MoneyGram ofrece localidades convenientes, para que pueda evitar el estrés de pagar tarde. Además, Ambetter cubre la cuota de MoneyGram, ¡así que usted solo paga su prima!



Regístrese en facturación electrónica para recibir sus facturas mensuales en línea.



¿Cómo puedo pagar mi cuenta mensual?

(Continuación)

Para encontrar un local de MoneyGram cerca de usted, visite MoneyGram.com/BillPayLocations o llame al 1-800-926-9400. Infórmese más sobre cómo usar MoneyGram para hacer su pago de la prima de Ambetter visitando MoneyGram.com/BillPayment.

¿Qué pasa si pago con retraso?

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

Si usted no paga su prima antes de su fecha de vencimiento, puede que entre a 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 los afiliados

Queremos que tenga una excelente experiencia con Ambetter. Nuestro Departamento de Servicios para los afiliados siempre está aquí para ayudarle. Ellos le pueden ayudar a:

- Entender cómo funciona su plan
- Aprender cómo obtener la atención que necesita
- Encontrar respuestas a las preguntas que tenga sobre 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 Administración de la atención médica
- Encontrar otros proveedores médicos (como farmacias y laboratorios dentro de la red)
- Solicitar su tarjeta de identificación del afiliado u otros materiales del afiliado

Debe comunicarse con el Mercado de seguros de salud para:

- Actualizar la información de inscripción, como su fecha de nacimiento, dirección o para reportar un ingreso o cambio de vida.
- Finalizar su cobertura de Ambetter.

Visite HealthCare.gov o llame al 1-800-318-2596 (TTY: 1-855-889-4325). Cuando se comuniquen, debe informar en qué estado vive y pedirle a un representante que le ayude.



¿Tiene pérdida de la audición total o parcial? Llame al TTY/TDD 1-888-926-5180 o visite Ambetter.AZcompletehealth.com



Decidir si necesita o no visitar la sala de emergencia puede ser confuso. Llame a nuestra línea de consejo de enfermería que atiende 24/7 al 1-888-926-5057. Ellos pueden ayudarle a decidir dónde obtener atención médica.

Línea de consejo de enfermería que atiende 24/7

Nuestra línea gratuita de consejo de enfermería que atiende 24/7 hace fácil obtener respuestas a sus preguntas de salud. ¡Ni siquiera tiene que salir de casa! El personal está compuesto por enfermeros titulados, nuestra línea de consejo de enfermería que atiende 24/7 funciona todo el día, todos los días. Llame al 1-888-926-5057 si tiene preguntas sobre lo siguiente:

- Su salud, medicamentos o una condición crónica
- Si debe ir a la sala de emergencias (ER) o ver a su PCP
- Qué hacer si uno de sus hijos está enfermo
- Cómo manejar una condición en medio de la noche
- Acceso a nuestra biblioteca de información de salud en línea



Información sobre afiliación y cobertura



Esté al tanto de la información importante sobre cómo mantener su cobertura. Siempre puede obtener acceso a recursos útiles e información sobre su plan. Visite Ambetter.AZcompletehealth.com y tome el control de su salud.

Detalles importantes sobre la cobertura

Su cobertura de Ambetter es válida mientras usted siga pagando su prima y cumpla con los requisitos de elegibilidad* del Mercado de seguros de salud.

*Con el fin de mantener la Elegibilidad con un plan de mercado, debe cumplir con los siguientes requisitos:

- Vivir en los Estados Unidos.
- Ser un ciudadano legal de los Estados Unidos y residente de Arizona dentro del área de cobertura de Ambetter (habitante legal).
- Vivir dentro del área de servicio de Ambetter.
- No estar encarcelado, recluso o emancipado.
- No estar cubierto por los siguientes programas ni ser elegible para ellos: Medicaid, Medicare, Plan Medicare-Medicaid (MMP) o programas estatales o federales similares.

No discriminamos debido a su ingreso, historial de salud, condición física o mental, condición previa como afiliado, condiciones preexistentes o estado de salud o genético esperado, o en base a raza, color, origen nacional, sexo, religión, orientación sexual, identidad de género, edad, discapacidad o condición de vivienda.

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

Cuentas de Ahorro de Salud (HSA)

Si está inscrito en un plan de salud de deducible alto calificado (HDHP) compatible con una HSA, su deducible y su máximo de gastos de bolsillo serán diferentes. En los HDHP conectados con las HSA, una persona con un plan de cobertura individual debe cumplir con el deducible por cuenta individual. En un plan familiar, cada afiliado de la familia debe cumplir con el deducible individual hasta que se alcance el deducible familiar.

De acuerdo con las normas del IRS, el deducible individual en un plan familiar de una HSA debe ser de al menos \$2,700 en 2019. Para que una persona reúna las condiciones, el plan debe tener un deducible anual de \$1,350 para la cobertura individual. El máximo de gastos de bolsillo incluye el deducible, los copagos y el coseguro. En un plan individual, el afiliado es responsable de todos los deducibles, copagos y coseguros correspondientes, hasta el máximo de gastos de bolsillo de cuenta individual. En un plan familiar, el afiliado es responsable de todos los deducibles, copagos y coseguro hasta el máximo de gastos de bolsillo individual y hasta que los deducibles, copagos y coseguros combinados igualen el máximo de gastos de bolsillo familiar. Cuando la combinación de deducibles, copagos y



Para obtener información sobre los límites de contribución de HSA, revise <https://www.irs.gov/pub/irs-drop/rp-17-37.pdf>



Cuentas de Ahorro de Salud (HSA) (Continuación)

coseguros de la familia igualan el máximo de gastos de bolsillo familiar, todos los miembros de la familia han alcanzado el máximo de gastos de bolsillo.

Si no está seguro de si está inscrito en un plan HDHP del tipo de plan HSA-HDHP de Ambetter, llame a Servicios para los afiliados.

Para obtener información sobre los límites de contribución de HSA, revise <https://www.irs.gov/pub/irs-drop/rp-18-30.pdf>.

Cómo encontrar la atención correcta

Estamos orgullosos de ofrecerle atención 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 buscar en nuestro *Directorio de proveedores*, visite Ambetter.AZcompletehealth.com/findadoc y use nuestra herramienta **Encontrar un proveedor**. Esta herramienta 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. Le puede ayudar 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 se hablan
- Si actualmente él/ella acepta o no pacientes nuevos
- Para obtener más información sobre la escuela de medicina y residencia de un proveedor, llame a Servicios para los afiliados.

Un Directorio de Proveedores es una lista de los proveedores cerca de usted. Si le gustaría obtener una copia impresa de esta lista, llame a Servicios para los afiliados al 1-888-926-5057 (TTY/TDD 1-888-926-5180).

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 identificación.

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 su *Evidencia de cobertura* (EOC).



¡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 **Encontrar un proveedor** de Ambetter.AZcompletehealth.com/findadoc.

Revise su Evidencia de cobertura para obtener más información sobre el Directorio de proveedores.



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



Consulte la sección “Palabras que debe saber” para conocer más sobre los copagos, el coseguro y los deducibles.

Su Paquete de bienvenida del afiliado de Ambetter

Cuando se inscriba en Ambetter, recibirá un Paquete de bienvenida del afiliado. 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 tiene seguro de salud con nosotros. Puede parecer poco, pero es muy importante. Estas son algunas cosas a tener en cuenta:

- Tenga consigo esta tarjeta en todo momento
- Será necesario que presente esta tarjeta en cualquier momento 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 del afiliado antes de que comience su cobertura, llame a Servicios para los afiliados al 1-888-926-5057 (TTY/TDD 1-888-926-5180). Le enviaremos otra tarjeta.
- No recibirá su Paquete de bienvenida y las tarjetas de identificación del afiliado hasta que el pago vinculante (binder payment) y la prima del primer mes estén pagados en su totalidad.

Si necesita una tarjeta de identificación temporal o si le gustaría solicitar un reemplazo de su tarjeta de identificación, entre a su cuenta segura del afiliado.

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

 FROM 		IN NETWORK COVERAGE ONLY	
Subscriber: [Jane Doe]	Effective Date of Coverage: [XX/XX/XX]	MOESTRA MOESTRA	
Member: [John Doe]	RX BIN: 0043		
Policy #: [XXXXXXXXXX]	RX CN: ADV		
Member ID #: [XXXXXXXXXX]	RXGROUP: RX5463		
Plan: [Ambetter Balanced Care 1] [Line 2 if needed]			
COPAYS		Deductible (Med/Rx): [\$250/\$500]	
PCP: [\$10 coin. after ded.]		Coinsurance (Med/Rx): [50%/30%]	
Specialist: [\$25 coin. after ded.]			
Rx (Generic/Brand): [\$5/\$25 after Rx ded.]			
Urgent Care: [20% coin. after ded.]			
ER: [\$250 copay after ded.]			

Cara anterior

Ambetter.AZcompletehealth.com	
Member/Provider Services: 1-888-926-5057 TTY/TDD: 1-888-926-5180 24/7 Nurse Line: 1-888-926-5057	Medical Claims: Arizona Complete Health Attn: CLAIMS PO Box 9040 Farmington, MO 63640-9040
Numbers below for providers:	
Pharmacy Help Desk: 1-844-645-2829	
EDI Payor ID: 68009	
EDI Help Desk: Ambetter.AZcompletehealth.com	
<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 Ambetter.AZcompletehealth.com.</small>	
<small>AMB18-AZ-C-00056</small>	<small>© 2018 Arizona Complete Health. All rights reserved.</small>

Cara posterior

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



Visítenos en línea en
Ambetter.HomeStateHealth.com

Nuestro sitio web le ayuda a obtener las respuestas que necesita para recibir la atención correcta, de la manera correcta; incluye un portal seguro para que usted revise el estado de su reclamo, vea su *Evidencia de cobertura (EOC)* o entienda sus gastos de bolsillo, copagos y el avance para cumplir con 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.AZcompletehealth.com y tome el control de su salud.

En nuestro sitio web, puede:

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

Use su cuenta del afiliado en línea para:

- Pagar su cuenta mensual
- Imprimir una tarjeta de identificación temporal o solicitar una nueva
- Ver el estado de sus reclamaciones e información de pagos
- Cambiar su PCP
- Buscar información de beneficios de la farmacia
- Enviarnos un correo electrónico seguro
- Leer sus materiales del afiliado (su *Evidencia de cobertura*, *Lista de beneficios*, este manual)
- Completar su Encuesta de bienestar
- Comunicarse con una enfermera por la web
- Revisar los costos de su propio bolsillo, copagos y el avance hacia el deducible





Nota: Si un servicio no se indica específicamente como cubierto, entonces no está cubierto bajo el Plan de salud de Ambetter.



Para ver todos sus servicios de atención preventiva cubiertos, consulte su *Evidencia de cobertura*. Consulte su *Evidencia de cobertura* para ver los detalles de cada servicio cubierto. Algunos tienen ciertas exclusiones y limitaciones.



Cada vez que reciba atención, asegúrese de hacerlo dentro de la red de Ambetter. Recuerde usar los servicios de un proveedor de la red cuando reciba los servicios de atención preventiva. Use nuestra herramienta **Encontrar un proveedor** en [Ambetter.AZcompletehealth.com](#) para ver si un proveedor está en la red.

Nuestros planes ofrecen cobertura para una amplia gama de servicios de atención médica. Entienda sus beneficios y cobertura incluidos en su plan de salud de Ambetter.

¿Qué cubre su plan?

Queremos satisfacer sus necesidades de atención médica. Por lo tanto nuestros planes dan cobertura para una amplia gama de servicios médicos y de salud del comportamiento.

Para que un servicio sea cubierto y elegible para reembolso, debe:

- Estar descrito en su póliza
- Ser necesario desde el punto de vista médico
- Ser indicado por su proveedor tratante o proveedor de atención primaria (PCP)
- Ser autorizado por nosotros (cuando se requiere)
 - Por ejemplo:
 - » Servicios de o visitas a un proveedor fuera de la red
 - » Ciertos procedimientos quirúrgicos
 - » Ingresos como paciente internado

Puede encontrar una lista completa de servicios de atención preventiva, recomendaciones y pautas en www.Healthcare.gov/center/regulations/prevention.html.

La Lista de medicamentos de Ambetter tiene una lista completa de todos los medicamentos cubiertos. Lea su copia en Ambetter.AZcompletehealth.com/resources/pharmacy-resources.html.

Autorización previa

Autorización previa significa que un servicio necesita aprobación de Ambetter antes de ir al proveedor.

¿Quiere ver si un servicio necesita autorización o verificar la condición de un servicio que se presentó para autorización? Llame a Servicios para los afiliados al 1-888-926-5057 (TTY/TDD 1-888-926-5180). Si no obtiene autorización previa antes de que reciba los servicios, puede que se le considere responsable por el pago total.

Puede encontrar información sobre sus copagos específicos, costos compartidos y deducibles en su *Lista de beneficios*. Para ver una lista de exclusiones, consulte su *Evidencia de cobertura*. Puede encontrar su Lista de beneficios en línea. Simplemente entre a su cuenta del afiliado en línea.

¿Qué no está cubierto?

Ofrecemos muchos beneficios importantes para el bienestar y evaluaciones de salud. Sin embargo, todavía hay algunas cosas que su cobertura no incluye.

Consulte su *Evidencia de cobertura* para ver los detalles de cada servicio cubierto. Su *Evidencia de cobertura* tiene una lista completa de limitaciones y exclusiones de la cobertura, más una lista de qué servicios de atención médica y servicios preventivos están cubiertos en su plan en particular.



Cómo obtener atención médica cuando está lejos de casa

Cuando está fuera del área de servicio, no cubrimos su atención de rutina o mantenimiento. Sin embargo, cubrimos atención de emergencia fuera de su área de servicio.

Si usted está temporalmente fuera del área y tiene una emergencia médica o de salud del comportamiento, llame al 911 o vaya a la sala de emergencias más cercana. Asegúrese de llamarnos y de informar sobre su emergencia en un plazo de un día hábil. No necesita aprobación previa para atención de emergencia.

Usted puede tener responsabilidad financiera adicional si recibe servicios de emergencia fuera de la red. Consulte su *Evidencia de cobertura* o llame a Servicios para los afiliados al 1-888-926-5057 (TTY/TDD 1-888-926-5180) para obtener más información.

Use la herramienta “Encontrar un proveedor” que se encuentra en [Ambetter.AZcompletehealth.com](https://www.ambetter.com) para buscar proveedores dentro de la red en otras áreas.

Cobranza del proveedor: Qué esperar

Después de recibir atención médica, podría recibir una cuenta de su proveedor. Los proveedores solo pueden cobrarle por su parte del costo de servicios cubiertos. Esto incluye su deducible, copago y porcentaje de costos compartidos. Si recibe una cuenta del proveedor que no refleja sus costos compartidos según aparece en su *Lista de beneficios*, comuníquese con nosotros en seguida. Esto es muy importante.

Los “costos de bolsillo” y “costos compartidos el afiliado” son su deducible, copago y coseguro, que tiene responsabilidad de pagar. En los casos en que se deniegue una línea de reclamo por razones que son su responsabilidad, como no ser elegible en la fecha de servicio u obtener servicios que no sean de emergencia de un proveedor fuera de la red sin la autorización correspondiente, usted puede recibir una factura por los servicios denegados. No debe recibir facturas por saldos de servicios cubiertos que excedan de su responsabilidad de pago del costo compartido. Si recibe una factura de un proveedor y necesita ayuda, llame a nuestro equipo de Servicios para los afiliados al 1-888-926-5057 (TTY/TDD 1-888-926-5180).

También puede consultar nuestro [Aviso de transparencia](#) visitando [Ambetter.AZcompletehealth.com](https://www.ambetter.com). Se encuentra en “Para afiliados”, “Materiales y formularios para afiliados”.

Si tiene preguntas sobre una factura o cuenta que recibió, comuníquese con nosotros. La manera más rápida de obtener una respuesta es enviándonos un correo electrónico a través de su portal seguro del afiliado, pero además puede llamar a Servicios para los afiliados o enviarnos por correo o por fax la factura o la cuenta.

Ambetter de Arizona Complete Health

1870 W Rio Salado
Suite 2A
Tempe, AZ 85281

Servicios para los afiliados de Ambetter: 1-888-926-5057
TTY/TDD: 1-888-926-5180
Fax: 1-866-687-0518



Consulte su *Evidencia de cobertura* para ver los detalles de cada servicio cubierto. Algunos tienen ciertas exclusiones y limitaciones.



Solo cubrimos servicios dentro de la red (a menos que sea un servicio de emergencia). Si va donde un proveedor fuera de la red sin aprobación previa, será responsable de todos los costos asociados con esos servicios. Asegúrese de que sus proveedores estén en la red usando nuestra herramienta **Encontrar un proveedor** en Ambetter.AZcompletehealth.com

Cobranza del proveedor: Qué esperar

(Continuación)

Su portal seguro del afiliado contiene información que le podría ayudar a contestar preguntas sobre su factura. En su portal puede revisar su Explicación de beneficios (EOB) para la fecha de servicio para verificar qué se le está cobrando: un copago, coseguro o servicios no cubiertos.

Cómo presentar una reclamación por servicios cubiertos

Normalmente los proveedores presentarán reclamaciones en su nombre, pero algunas veces puede ser necesario que usted represente las reclamaciones por los servicios cubiertos. Normalmente esto ocurre si:

- Su proveedor no tiene contrato con nosotros
- Tiene una emergencia fuera del área

Si ha pagado por servicios que hemos acordado cubrir, puede solicitar reembolso por la cantidad que pagó. Podemos ajustar su deducible, copago o costos compartidos para reembolsarle.

Para solicitar reembolso por un servicio cubierto, necesita una copia de la reclamación detallada del proveedor. Además necesita presentar una explicación de por qué pagó por los servicios cubiertos junto con el formulario de reclamación de reembolso del afiliado que se encuentra en el sitio web del plan de salud bajo “Recursos para los afiliados”. Envíe esto a la dirección siguiente:

Ambetter de Arizona Complete Health

Attn: Claims Department

P.O. Box 5010

Farmington, MO 63640-3800

Nuestro [Aviso de transparencia](#) proporciona información adicional sobre el proceso de presentación de reclamaciones. Se encuentra en Ambetter.AZcompletehealth.com en “Materiales y formularios para los afiliados”.

¿Cuándo necesita una referencia?

Si tiene un problema médico, condición, lesión o enfermedad específica, probablemente necesitará ver a un especialista. Un especialista es un proveedor que está capacitado en un área específica de la atención médica. Para ver a un especialista, puede ser necesario que obtenga una referencia de su PCP.

Sus beneficios pueden reducirse o no tener cobertura si no se cumplen los requisitos de referencia.

Es posible que su PCP requiera una referencia para algunos servicios. Consulte su *Evidencia de cobertura* para obtener más información.

Su Proveedor de atención primaria



¡Cuando vea a su PCP, recuerde siempre llevar su tarjeta de identificación del afiliado y una identificación con foto!



Ver a su PCP para controles regulares le ayuda a encontrar problemas temprano y lo hace elegible para una recompensa en su **myhealthpays™** cuenta.



Puede que cuando se hizo afiliado haya elegido a su PCP. Si no lo hizo, puede que le asignemos a un PCP. Puede cambiar de PCP en cualquier momento. Para obtener más información visite Ambetter.AZcompletehealth.com

Para obtener más información sobre un PCP específico, llame al 1-888-926-5057 (TTY/TDD 1-888-926-5180). Además puede ver nuestra lista de proveedores en la página **Encontrar un proveedor** en Ambetter.AZcompletehealth.com

Su proveedor de atención primaria (PCP), también conocido como su médico personal, es la persona a la que debería ver para todos los aspectos de su atención médica, desde su atención preventiva hasta sus necesidades básicas de salud y más. Elija su PCP dentro de la red usando nuestra herramienta **Encontrar un proveedor** en línea.

¿Qué es un proveedor de atención primaria?

Su proveedor de atención primaria (PCP) es su médico principal. A él/ella también se le conoce como su médico personal. Su PCP es la persona a la que debería ver para todos los aspectos de su atención médica, desde su atención preventiva hasta sus necesidades básicas de salud y más. Cuando está enfermo y no sabe qué hacer, debe comunicarse con su PCP.

Tener un PCP es importante. Le animamos a elegir un PCP para sus necesidades de atención principales y preventivas. Después de elegir un PCP, programe una visita de atención preventiva. Recuerde: debe conocer a su PCP y establecer una relación sana. ¡Comience hoy!

Su PCP:

- Dará atención médica preventiva y evaluaciones
- Le hará sus exámenes físicos regulares según los necesite
- Le dará las inmunizaciones regulares según las necesite
- Le dará servicios de manera oportuna
- Trabajarán con otros médicos cuando usted reciba atención en algún otro lugar
- Coordinará la atención especializada con especialistas dentro de la red de Ambetter
- Proveerá toda la atención continua que usted necesite
- Actualizará su expediente médico, que incluye llevar la cuenta de toda la atención que usted recibe de todos sus proveedores
- Tratará a todos los pacientes de la misma manera, con dignidad y respeto
- Se asegurará de que usted pueda comunicarse con él/ella u otro proveedor en todo momento
- Conversará con usted sobre qué son las directivas anticipadas y archivará las directivas apropiadamente en su expediente médico

Cómo elegir al PCP correcto

Puede elegir a cualquier PCP disponible en nuestra red. ¡La decisión es suya! Podrá elegir de entre:

- Médicos familiares
- Médicos generales
- Internistas
- Enfermeras licenciadas*
- Asistentes médicos
- Obstetras/ginecólogos
- Pediatras (para los niños)

*Si elige a un enfermero licenciado como su PCP, su cobertura de beneficios y las cantidades de los copagos serían las mismas que para los servicios de otros proveedores dentro de la red. Vea su *Lista de beneficios* para obtener más información.



Cómo elegir un PCP para adultos

Como adulto joven, tener su propio plan de salud significa que querrá tomar decisiones saludables. Comience por elegir un proveedor de atención primaria para adultos (PCP) u otro proveedor de atención médica. Su PCP para adultos reemplazará a su pediatra.

Para que pueda hacerse cargo de su salud con un examen anual de bienestar, una vacuna anual contra la gripe y otros hábitos saludables importantes.

¡Llame a Servicios para los afiliados al 1-888-926-5057 y permítanos ayudarle a encontrar su PCP para adultos hoy!

Cómo hacer una cita con su PCP

Puede llamar al consultorio de su PCP para obtener información sobre cómo recibir atención médica fuera del horario de atención en su área. Si necesita cancelar o cambiar su cita, llame con 24 horas de anticipación. En cada cita, asegúrese de llevar su tarjeta identificación del afiliado y una identificación con foto.

¿Cuánto tiempo debería tomar conseguir una cita?

Es importante que usted pueda programar las citas cuando necesite atención médica. Es por eso que Ambetter ha desarrollado una guía para ayudarle a entender qué esperar cuando necesite una cita.

- Visitas de rutina al PCP, dentro de 15 días calendario
- Visitas de urgencia al PCP, en 48 horas después de la solicitud
- Visitas por enfermedad de adultos, en 48 horas después de la solicitud

Usted no debería esperar más de 30 minutos para una cita programada. Si se cree que el tiempo de espera será superior a 30 minutos, la oficina debe ofrecerle la opción de esperar o reprogramar la cita.

Cuidado las 24 horas del día

Algunas veces, usted necesita ayuda médica cuando el consultorio de su PCP está cerrado. Si esto ocurre, no se preocupe. Simplemente, llame a nuestra línea de consejo de enfermería que atiende 24/7 al 1-888-926-5057 (TTY/TDD 1-888-926-5180). Un enfermero titulado siempre está disponible y listo para responder a sus preguntas de salud. En una emergencia, llame al 911 o vaya directamente a la sala de emergencias más cercana.

Lo alentamos a ver siempre a un proveedor que esté dentro de la red de Ambetter. Los planes de Ambetter incluyen servicios a proveedores fuera de la red de Ambetter. Si tiene problemas para encontrar un proveedor de la red, llámenos al 1-888-926-5057 (TTY/TDD 1-888-926-5180).



¿Tiene problemas para conseguir una cita con su PCP? ¿Necesita ayuda con su atención de seguimiento? Llame a Servicios para los afiliados: 1-888-926-5057 (TTY/TDD 1-888-926-5180). Estamos aquí para ayudarle.



Puede llamar al consultorio de su PCP para obtener información sobre cómo recibir atención médica fuera de horas de oficina en su área. Si tiene un problema médico o pregunta urgente y no puede comunicarse con su PCP durante horarios normales de atención, puede llamar a la Línea de consejo de enfermería que atiende 24/7 al 1-888-926-5057 (TTY/TDD 1-888-926-5180). Si tiene una emergencia llame al 911 o vaya a la sala de emergencias más cercana.



Si no sabe con seguridad a dónde ir para recibir la atención, llame a su PCP. Si su PCP no está disponible, llame a la Línea de consejo de enfermería o ingrese a Ambetter.AZcompletehealth.com para saber dónde puede recibir atención.



Ambetter Telehealth

Ambetter Telehealth es nuestro acceso de 24 horas a proveedores de atención médica de la red de Ambetter en caso de que tenga un problema de salud que no sea de emergencia. Está disponible para su uso desde su casa, la oficina o incluso cuando esté de vacaciones.

Antes de empezar a usar Ambetter Telehealth debe configurar su cuenta.

Comuníquese con Ambetter Telehealth por teléfono o video cuando necesite atención médica, un diagnóstico o una receta médica. 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 fiebres
- Erupciones y afecciones cutáneas
- Problemas de los senos paranasales, alergias
- Infecciones de oído
- Infecciones de las vías respiratorias superiores, bronquitis
- Conjuntivitis

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 Ambetter.AZcompletehealth.com. Entre a su cuenta del afiliado en línea y siga estos pasos:

- 1. Haga clic en el ícono del corazón “My Health” (Mi salud) en la página inicial de su cuenta.**
- 2. En su página de resumen de salud actual, haga clic en “Choose Provider” (Elegir un proveedor).**
- 3. Elija un PCP de la lista. Asegúrese de elegir un PCP que actualmente esté aceptando nuevos pacientes.**

Si actualmente está recibiendo servicios de un especialista que se retira de nuestra red de proveedores, también le informaremos.

Hay circunstancias especiales que le permitirán continuar el tratamiento, por un tiempo limitado, con un proveedor que ha salido de la red. Usted podrá hacerlo siempre y cuando la terminación del proveedor no sea por razones relacionadas con la calidad. Consulte su *Evidencia de cobertura* para conocer los detalles sobre circunstancias especiales.

Para obtener más información sobre un PCP específico, llame al 1-888-926-5057 (TTY/TDD 1-888-926-5180). Además puede ver nuestra lista de proveedores en la página [Encontrar un proveedor en Ambetter.AZcompletehealth.com](http://Ambetter.AZcompletehealth.com).

*Si elige a un enfermero licenciado o un asistente médico como su PCP, su cobertura de beneficios y las cantidades de los copagos serían las mismas que para los servicios de otros proveedores participantes. Vea su *Lista de beneficios* para obtener más información.



Para encontrar otro proveedor o especialista en nuestra red, vea nuestra lista de proveedores en la página **Encontrar un proveedor** en Ambetter.AZcompletehealth.com/findadoc



¿Qué pasa si su proveedor sale de nuestra red?

Llame a Servicios para los afiliados al 1-888-926-5057 (TTY/TDD 1-888-926-5180) en cuanto sepa que su PCP se irá. Podemos ayudarlo.

Si tiene un especialista que se desafilia de nuestra red de proveedores, llame a Servicios para los afiliados al 1-888-926-5057 (TTY/TDD 1-888-926-5180). Trabajaremos con usted para ayudarlo.

Si actualmente está recibiendo servicios de un especialista que se retira de nuestra red de proveedores, también le informaremos.

Hay circunstancias especiales que le permitirán continuar el tratamiento, por un tiempo limitado, con un proveedor que ha salido de la red. Usted podrá hacerlo siempre y cuando la terminación del proveedor no sea por razones relacionadas con la calidad. Consulte su *Evidencia de cobertura* para conocer los detalles sobre circunstancias especiales.

¿Qué pasa con proveedores que no están en la red?

Debe tratar siempre de consultar con proveedores que estén en nuestra red.

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 identificación.

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 su *Evidencia de cobertura* (EOC).

Consulte su *Evidencia de cobertura* para conocer los detalles relacionados con los proveedores, la atención, los servicios y gastos dentro de la red.

A dónde ir para recibir atención



Reciba la atención correcta en el lugar correcto

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 consejo de enfermería que atiende 24/7**
2. **Hacer una cita con su proveedor de atención primaria (PCP)**
3. **Visitar un centro de atención de urgencia**
4. **Ir a la sala de emergencias**

Su decisión dependerá de su situación específica. La sección siguiente describe cada una de sus opciones en más detalle, así que siga leyendo.

Y recuerde: asegúrese siempre de que sus proveedores estén en 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 del afiliado.

Qué hacer si su condición no pone la vida en peligro

Llame a nuestra línea de consejo de enfermería que atiende 24/7 o visite a su PCP.

Llame a nuestra línea de consejo de enfermería que atiende 24/7 si necesita:

- Saber si debe buscar tratamiento médico inmediatamente
- Ayuda para cuidar de un niño enfermo
- Respuestas a preguntas sobre su salud

Visite a su PCP si necesita:

- Ayuda con problemas médicos como resfríos, gripes y fiebres
- Tratamiento para un problema de salud continuo como el asma o la diabetes
- Un control general
- Vacunas
- Consejo sobre su salud en general
- Atención preventiva o pruebas de detección



Llame a nuestra línea de consejo de enfermería que atiende 24/7 en cualquier momento: 1-888-926-5057 (TTY/TDD 1-888-926-5180).



Tenga su tarjeta de identificación del 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 la vida en peligro.



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



¿No está seguro de si tiene una emergencia? Llame a nuestra línea de consejo de enfermería que atiende 24/7: 1-888-926-5057 (TTY/TDD 1-888-926-5180).

Cuándo ir 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 la vida en peligro pero que igual es necesario tratar dentro de un periodo de 24 horas. Normalmente, usted irá a atención de urgencia si su PCP no puede darle una cita inmediatamente.

Los servicios comunes de atención de urgencia incluyen:

- Esguinces
- Infecciones de oído
- Fiebres altas
- Síntomas de la gripe con vómito

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 enviarle al lugar correcto para atención.
- Si el consultorio de su PCP está cerrado, puede hacer una de las dos opciones a continuación:
 1. Visite nuestro sitio web Ambetter.AZcompletehealth.com/findadoc, escriba su código postal y haga clic en “Búsqueda detallada”. En el menú desplegable “Type of Provider” (Tipo de proveedor) seleccione “Urgent Care AND Walk-in-Clinics” (Atención de urgencia y clínicas de atención sin cita) y luego haga clic en la barra verde de “Search” (Buscar).
 2. Llame a nuestra línea de consejo de enfermería que atiende 24/7 al 1-888-926-5057 (TTY/TDD 1-888-926-5180). Un enfermero le ayudará por teléfono o le dirigirá a otra atención médica. Puede que tenga que dar al enfermero su número telefónico.

Revise su *Lista de beneficios* para ver cuánto debe pagar por 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

Todo lo que podría poner su vida en peligro (o la vida de su bebé que no ha nacido, si está embarazada) si no se recibe atención médica inmediata se considera una situación de emergencia. 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 24/7.

Tenga en cuenta que algunos proveedores que lo tratan en la sala de emergencias pueden no tener contrato con Ambetter. Si va a un centro de la red como resultado de una emergencia y el proveedor que le da tratamiento no es un proveedor de la red, no es su culpa. No puede recibir facturas por saldos porque usted no seleccionó a los proveedores. Si recibe una factura por un saldo por servicios cubiertos, comuníquese con Servicios para los afiliados.

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

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



Cuándo ir a la sala de emergencias

(Continuación)

Vaya a la sala de emergencias si tiene:

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

No vaya a la sala de emergencias para:

- Gripes, resfríos, dolores de garganta o dolores de oído
- Esguinces o distensiones musculares
- Cortes o raspones que no requieren puntos
- Más renovaciones de medicinas o medicamentos recetados
- 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 fuera del estado. Si va a una sala de emergencia fuera de la red y no tiene una verdadera emergencia. Si va a un centro de la red como resultado de una emergencia y el proveedor que le da tratamiento no es un proveedor de la red, no es su culpa. No puede recibir facturas por saldos porque usted no seleccionó a los proveedores. Si recibe una factura por un saldo por servicios cubiertos, comuníquese con Servicios para los afiliados. Esas cantidades adicionales podrían ser muy grandes y serían adicionales a los costos compartidos y deducibles de su plan.

Cuando se recibe un servicio cubierto de un proveedor fuera de la red y existe una excepción de la red (como se define a continuación) o el proveedor fuera de la red está aprobado o autorizado por nosotros, el gasto de servicio elegible es el menor de (1) la tarifa negociada, si la hay, que se ha acordado mutuamente entre nosotros y el proveedor como pago total (usted no recibirá una factura por la diferencia entre la tarifa negociada y el cobro del proveedor) o (2) la cantidad aceptada por el proveedor fuera de la red (que no exceda del cobro del proveedor). En cualquier circunstancia, usted no recibirá una factura por la diferencia entre la tarifa negociada y aceptada, según corresponda y el cobro del proveedor. Una “excepción de la red” se da cuando usted recibe servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red, ya sea porque no hay un proveedor de la red disponible o accesible que pueda prestar los servicios oportunamente o porque nosotros determinamos que lo más conveniente para usted es recibir la atención de un proveedor fuera de la red.

Para obtener más detalles, consulte la definición de Gasto de servicio elegible o Gasto permitido en la *Evidencia de cobertura*, en la sección Definición.

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

Programas de salud y bienestar



Queremos que recupere su salud, se mantenga sano y ayudarlo con toda enfermedad o discapacidad.

Para ayudarlo a manejar su salud, ofrecemos varios programas de manejo de la salud, que están incluidos en su plan de manera gratuita.

Hacemos más fácil manejar su salud

Estamos comprometidos con brindar atención médica de calidad a usted y su familia. Queremos que recupere su salud, se mantenga sano y ayudarlo con toda enfermedad o discapacidad.

Para ayudarlo a manejar su salud, ofrecemos varios programas: Administración de la atención, Manejo de la salud y Start Smart for Your Baby®, nuestro programa para un embarazo sano y planificación familiar. Todos estos programas útiles se incluyen en su plan.

Programas de Administración de la atención

Entendemos las necesidades de salud especiales y estamos preparados para ayudarlo a manejar las que usted pudiera tener. Nuestros servicios de Administración de la atención pueden ayudar con necesidades médicas o del comportamiento complejas. Si usted es elegible para Administración de la atención, le conectaremos con un administrador de la atención. Los Administradores de la atención son enfermeros titulados o asistentes sociales que están especialmente capacitados para ayudarlo a:

- Entender y manejar mejor sus condiciones de salud
- Coordinar servicios
- Ubicar recursos comunitarios

Su administrador de la atención trabajará con usted y su médico para ayudarlo a obtener la atención que necesita. Si tiene una condición médica grave, su administrador de la atención trabajará con usted, su proveedor de atención primaria (PCP) y proveedores encargados para desarrollar un plan de atención que cumpla con sus necesidades y las necesidades de su cuidador.

Si cree que se podría beneficiar con nuestro programa de Administración de la atención, llame a Servicios para los afiliados al 1-888-926-5057 (TTY/TDD 1-888-926-5180).

Programas de manejo de la salud

Soluciones saludables para la vida

Si tiene una condición crónica o un problema de salud específico, nuestro programa de Manejo de la salud, *Soluciones saludables para la vida*, puede serle útil. Tenemos como socio a un programa de Manejo de la salud reconocido a nivel nacional para brindar servicios de Manejo de la salud. Estos servicios incluyen alcance telefónico, educación y apoyo. Queremos que usted pueda sentirse confiado, entender y manejar su condición y que tenga menos complicaciones.



Los programas de Administración de la atención le ayudan a manejar condiciones de salud complejas. Los programas de Manejo de enfermedades le ayudan a manejar una condición de salud específica. ¿Tiene más preguntas? Llame a Servicios para los miembros: 1-888-926-5057 (TTY/TDD 1-888-926-5180).



¿Está listo para dejar de fumar? Es lo más importante que puede hacer por su salud. Sabemos lo difícil que puede ser dejar de fumar, así que estamos aquí para ayudarlo. Nuestro programa para dejar de fumar le da el apoyo y la información que necesita para dejar de fumar de una vez por todas.



Si está embarazada, ¡inforámenos lo antes posible! Llámenos al 1-888-926-5057 (TTY/TDD 1-888-926-5180) o entre a su cuenta segura del afiliado y complete un formulario de Aviso de embarazo.

Programas de Manejo de la salud

(Continuación)

Consulte su *Evidencia de cobertura* para ver una lista completa de las condiciones cubiertas por nuestros programas y servicios de manejo de la salud.

Ambetter ofrece un programa de control de la salud para estas afecciones:

- Asma (niños y adultos)
- Arteriopatía coronaria (adultos solamente)
- Depresión
- Diabetes (niños y adultos)
- Hipertensión (presión arterial alta) y colesterol alto
- Dolor en la zona lumbar
- Tabaquismo

Si cree que se podría beneficiarse con uno de estos programas, llame a Servicios para los afiliados al 1-888-926-5057 (TTY/TDD 1-888-926-5180).

Servicios de planificación familiar

Los servicios de planificación familiar le ofrecen las herramientas y los recursos que necesita para anticiparse y lograr los resultados que desea.

Consulte su *Evidencia de cobertura* para revisar la lista de servicios cubiertos por Planificación familiar.

Servicios previos al embarazo y para el embarazo

- Si está embarazada, ¡inforámenos lo antes posible!
- Llámenos al 1-877-687-1180 (TTY/TDD 1-877-941-9231) o entre a su cuenta segura del afiliado y complete un formulario de Aviso de embarazo. Consulte a su médico antes de quedar embarazada para preparar su cuerpo para el embarazo.
- Vaya al médico tan pronto como crea que está embarazada. Mantenga hábitos de estilo de vida sanos como hacer ejercicio, consumir comidas sanas y balanceadas y descansar durante 8 a 10 horas en la noche.
- No use tabaco, alcohol ni drogas ahora ni cuando esté embarazada.

myhealthpays™ Programa de recompensas

Gane hasta \$125 este año con myhealthpays™.

Como afiliado de Ambetter puede ganar dólares de recompensa por hacerse cargo de su salud. Nuestro myhealthpays™ programa lo recompensa por completar actividades saludables.

Usted recibirá su Tarjeta prepagada myhealthpays™ Visa® de cuando gane su



myhealthpays™ Programa de recompensas

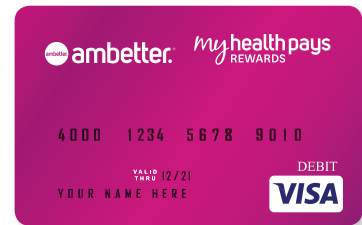
(continuación)

primera recompensa. Si ya tiene su myhealthpays™ Tarjeta prepagada Visa, sus dólares de recompensa se añadirán a su tarjeta existente.

Añadiremos automáticamente las nuevas recompensas que gane a su myhealthpays™ Tarjeta prepagada Visa. Cuanto más haga, más dólares de recompensa se añadirán a su tarjeta. ¡Es así de simple!

Puede utilizar sus recompensas como ayuda para pagar

- Copagos de médicos
- Deducibles
- Coseguro
- Artículos de uso diario en Walmart*
- Servicios públicos (agua, electricidad, gas)
- Telecomunicaciones (cuenta de teléfono móvil)
- Transporte
- Educación
- Renta
- Cuidado infantil



Tarjeta de muestra

Esta Tarjeta es emitida por The Bancorp Bank según una licencia de la Visa U.S.A. Inc. The Bancorp Bank, Afiliado FDIC. La tarjeta no se puede usar en todos los lugares que aceptan tarjetas de débito Visa. Consulte el Acuerdo de Titular de la tarjeta para ver las restricciones completas de uso.

Así es como puede ganar recompensas de myhealthpays™:

\$50	Complete su Encuesta de bienestar de Ambetter durante los primeros 90 días de su afiliación. ¡Comience la encuesta ahora!
\$50	Hágase su examen anual de bienestar con su proveedor de atención primaria (PCP). Encuentre un PCP.
\$25	Reciba su vacuna antigripal anual en el otoño (9/1-12/31). Prográmela con su PCP.

INFORMACIÓN IMPORTANTE: *Las recompensas de My Health Pays™ no se pueden usar para copagos de farmacia. Esta tarjeta se limita para pagar productos y servicios que califiquen, como se indica arriba. Los artículos elegibles están cubiertos hasta el total de mi saldo. Cualquier saldo restante quedará en su tarjeta. Puede usarlo para futuras compras. La tarjeta no se puede usar en todos los lugares que aceptan tarjetas de débito Visa. Consulte el Acuerdo de Tarjetahabiente de la tarjeta para ver las restricciones completas de uso. Esta tarjeta no se puede usar en los cajeros automáticos (ATM) y no puede obtener dinero en efectivo. Esta tarjeta no se puede usar para comprar productos de alcohol, tabaco o armas de fuego. Si selecciona DÉBITO en este punto de venta, tendrá que proporcionar su PIN. Usted seleccionará un PIN cuando active la tarjeta. Si selecciona CRÉDITO, no tendrá que proporcionar su PIN; sin embargo, puede tener que firmar.

*Las recompensas de My Health Pays™ no se pueden usar para pagar primas.

Esta no es una tarjeta de regalo ni un certificado de regalo. Usted recibió esta tarjeta como propina sin el pago de ningún valor monetario o consideración.

Consulte con un profesional en impuestos para que entienda todas las posibles implicaciones tributarias del programa My Health Pays™.

Los fondos vencen 90 días después de la terminación de la cobertura del seguro.

Solo podrá pagar el transporte público directamente desde la agencia, ya sea personalmente o en línea. Los pases no pueden comprarse en tiendas minoristas, como almacenes o tiendas de comestibles.

Esta Tarjeta es emitida por The Bancorp Bank según una licencia de la Visa U.S.A. Inc. The Bancorp Bank, Miembro FDIC. La tarjeta no se puede usar en todos los lugares que aceptan tarjetas de débito Visa. Consulte el Acuerdo de Tarjetahabiente de la tarjeta para ver las restricciones completas de uso.

Entre a su cuenta segura para afiliados en línea en Member.AmbetterHealth.com para llevar la cuenta de sus recompensas y ver el saldo de su tarjeta. Y complete actividades saludables, como su Encuesta de bienestar.



Lleve el control de sus recompensas myhealthpays™ en su cuenta del afiliado en línea en Member.AmbetterHealth.com



Servicios de salud mental y para el trastorno por el uso de sustancias

Estamos aquí para ayudar con servicios de tratamiento de salud mental o trastornos por el uso de sustancias. Si necesita tratamiento de salud mental o por un trastorno de abuso de sustancias, puede elegir cualquiera de nuestros proveedores participantes y no necesita una referencia de su PCP para iniciar el tratamiento. Puede buscar proveedores de salud del comportamiento dentro de la red usando nuestra herramienta Encontrar un proveedor en <https://providersearch.ambetterhealth.com/>. O puede llamar a Servicios para los afiliados al 1-888-926-5057 (TTY/TDD 1-888-926-5180).

Además, el servicio de Administración de la atención integrada está disponible para todas sus necesidades de atención médica, incluidos la salud del comportamiento y el uso de sustancias. Llame al 1-888-926-5057 (TTY/TDD 1-888-926-5180) para obtener una referencia a un administrador de la atención.

Ambetter sigue la Ley de Paridad para la Salud Mental y la Igualdad en la Adicción (Mental Health Parity and Addiction Equity Act) (MHPAEA). Nos aseguramos de que los requisitos para la salud del comportamiento sean iguales que aquellos para sus beneficios médicos y no más restrictivos que estos. Algunos servicios de salud del comportamiento pueden requerir autorización. Consulte su *Evidencia de cobertura* o llame a Servicios para los afiliados a fin de obtener más detalles.

Para obtener más información, consulte su *Evidencia de cobertura*.



Para ver el formulario de Ambetter más actualizado, o para obtener más información sobre nuestro programa de farmacia, visite Ambetter.AZcompletehealth.com o llame a Servicios para los afiliados al 1-888-926-5057 (TTY/TDD 1-888-926-5180).

Trabajamos con proveedores y farmacéuticos para asegurar que cubramos los medicamentos usados para tratar una variedad de condiciones y enfermedades. Infórmese sobre la cobertura de sus medicamentos y nuestra Lista de medicamentos de Ambetter o Lista de medicamentos preferidos (PDL). Puede encontrarla en Ambetter.AZcompletehealth.com en “Para afiliados”, “Recursos de farmacia”.

Cobertura para sus medicamentos

Nuestro programa de farmacia brinda terapia con medicamentos de alta calidad y rentable. Trabajamos con proveedores y farmacéuticos para asegurar que cubramos los medicamentos usados para tratar una variedad de condiciones y enfermedades.

Cuando lo indique un proveedor, cubrimos medicamentos recetados y ciertos medicamentos de venta sin receta.

Nuestro programa de farmacia no cubre todos los medicamentos. Algunos medicamentos requieren autorización previa o tienen limitaciones de edad, dosis y cantidades máximas. Consulte la Lista de medicamentos de Ambetter o formulario, para obtener una lista completa de todos los medicamentos cubiertos.

Para obtener más detalles sobre su cobertura de medicamentos recetados para pacientes ambulatorios, lea su *Evidencia de cobertura*, puede encontrarla en su cuenta del afiliado en línea en Ambetter.AZcompletehealth.com.

Formulario o Lista de medicamentos recetados (PDL) de Ambetter.

La Lista de medicamentos recetados de Ambetter, o formulario, es la lista de los medicamentos recetados que cubrimos. Puede encontrarla en nuestro sitio web en Ambetter.AZcompletehealth.com en “Para afiliados”, “Recursos de farmacia”.

Definición de formulario. El formulario es una guía para los medicamentos de marca y genéricos disponibles que están aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (Food and Drug Administration) (FDA) y son cubiertos a través de su beneficio de medicamentos recetados. Los medicamentos genéricos tienen los mismos ingredientes activos que sus homólogos de marca y se deben considerar como la primera línea de tratamiento. La FDA requiere que los medicamentos genéricos sean seguros y trabajen igual que los medicamentos de marca. Si no hay genérico disponible, puede que haya más de un medicamento de marca para tratar una condición. Los medicamentos de marca preferidos se muestran en el nivel 2 para ayudar a identificar medicamentos de marca que sean opciones de tratamiento apropiadas, seguras y rentables desde el punto de vista clínico, si un medicamento genérico del formulario no es adecuado para su condición.

Tenga en cuenta que el formulario no está diseñado para ser una lista completa de los medicamentos cubiertos bajo su beneficio de medicamentos recetados. No todas las formas de dosificación o concentraciones de un medicamento pueden estar cubiertas. Esta lista es revisada y actualizada periódicamente y puede estar sujeta a cambio. Se pueden añadir o eliminar medicamentos, o se pueden añadir requisitos adicionales con el fin de aprobar el uso continuo de un medicamento específico.

Diseños de planes específicos de beneficios de medicamentos recetados pueden no cubrir ciertos productos o categorías, independientemente de que aparezcan en el formulario. Revise sus beneficios para ver limitaciones en la cobertura y su parte del costo de sus medicamentos.

Medicamentos de venta sin receta (OTC)

Cubrimos una variedad de medicamentos de venta sin receta (over-the-counter) (OTC). Puede encontrar una lista de medicamentos de venta sin receta cubiertos en nuestro formulario. Estarán marcados como “OTC”. Nuestro formulario cubre sus medicamentos recetados cuando son de un proveedor autorizado. Su receta debe cumplir con todos los requisitos legales.

Cómo surtir una receta

Surtir una receta es simple. Puede hacer que se surtan sus recetas en una farmacia minorista de la red o de una farmacia de pedido por correo.

Si decide que su receta se surta en una farmacia de la red, puede usar nuestro *Directorio de proveedores* para ubicar una farmacia cerca de usted. Puede acceder al *Directorio de proveedores* en Ambetter.AZcompletehealth.com en la página **Encontrar un proveedor**. Esta herramienta no solo le permitirá buscar médicos, sino también hospitales, clínicas y farmacias. Además puede llamar a un representante de Servicios para los afiliados para que le ayude a encontrar una farmacia. En la farmacia, será necesario que dé al farmacéutico su receta y su tarjeta de identificación del afiliado.

Además ofrecemos un suministro de tres meses (90 días) de medicamentos de mantenimiento por correo o de farmacias minoristas dentro de la red para planes de beneficios específicos.

Estos medicamentos tratan condiciones o enfermedades prolongadas, como presión arterial alta, asma y diabetes. Puede encontrar una lista de medicamentos cubiertos en Ambetter.AZcompletehealth.com. Además podemos enviarle por correo la lista directamente.

Farmacia de pedido por correo

Si tiene más de un medicamento recetado que toma regularmente, nuestro programa de entrega en el hogar podría ser perfecto para usted. Si elige inscribirse, puede hacer que sus medicamentos recetados se entreguen de manera segura a su puerta. Este servicio es rápido, conveniente y se ofrece sin cargo adicional para usted. Usted todavía será responsable por sus copagos/ coseguros habituales. Para inscribirse para entrega en el hogar o para preguntas adicionales, llame a nuestra farmacia de pedido por correo al 1-888-239-7690. En su lugar, puede llenar el formulario de inscripción y enviarlo a la dirección que está al final del formulario. El formulario de inscripción se puede encontrar en el sitio web de Ambetter. Una vez que esté en nuestro sitio web, haga clic en la sección “Para afiliados”, “Recursos de farmacia”. El formulario de inscripción estará bajo el título de Formulario.

¿Qué es Administración de la utilización?

Queremos asegurarnos de que usted reciba la atención y los servicios correctos. Nuestro proceso de administración de la utilización 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 Administración de la Utilización (Utilization Management) (UM) verifica que el servicio necesario sea un beneficio cubierto. Si es un beneficio cubierto, las enfermeras de la UM lo revisarán para saber si el servicio solicitado cumple con los criterios de necesidad médica. Lo hacen mediante la revisión de las notas médicas y hablando con su médico. Ambetter no recompensa a los profesionales, proveedores o empleados que llevan a cabo las revisiones de la utilización, ni siquiera a los de las entidades delegadas. Las decisiones que toma Administración de la utilización (Utilization Management) (UM) se basa solo en que la atención, los servicios y la existencia de cobertura sean apropiados. Ambetter de Arizona Complete Health 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 utilización deficiente.

¿Qué es Revisión de la utilización?

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

Revisión de autorización previa o antes del servicio

Algunas veces, Ambetter necesita aprobar los servicios médicos antes de que los reciba. Este proceso se llama Autorización previa. Autorización previa significa que hemos aprobado previamente un servicio médico.

Para ver si un servicio requiere autorización previa, verifique con su PCP, el proveedor que lo indica o Servicios para los 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 costos.

Revisión concurrente

La revisión concurrente de la utilización evalúa sus servicios o planes de tratamiento (como una estadía como paciente internado o ingreso en el hospital) a medida que ocurren. Este proceso determina cuándo puede que el tratamiento ya no sea necesario desde el punto de vista médico. Incluye planificación del alta para asegurar que reciba servicios que necesita después de su alta del hospital.

Revisión retrospectiva

Las revisiones retrospectivas ocurren después de que un servicio ya ha sido provisto. Ambetter puede realizar una revisión retrospectiva para asegurar que la información provista en el momento de la autorización era correcta y completa. También podemos evaluar servicios que recibió debido a circunstancias especiales (por ejemplo, si no recibimos autorización o aviso debido a una emergencia).



¿Qué es Revisión de la utilización?

(Continuación)

Determinaciones adversas y apelaciones

Una determinación adversa ocurre cuando se determina que un servicio no es necesario o apropiado desde el punto de vista médico, o porque es experimental y está en investigación. Usted recibirá un aviso por escrito para informarle si hemos hecho una determinación adversa. En su aviso usted recibirá información detallada sobre por qué se tomó la decisión, así como el proceso y los periodos de tiempo que usted debería de observar para presentar apelaciones.

Nueva tecnología

La tecnología de salud siempre está cambiando y queremos crecer con ella. Si creemos que un nuevo avance médico puede beneficiar a nuestros afiliados, lo evaluamos para cobertura. Estos avances incluyen:

- Nueva tecnología
- Procedimientos médicos nuevos
- Medicamentos nuevos
- Dispositivos nuevos
- Aplicaciones nuevas de tecnología existente

Algunas veces, nuestro director médico o el personal de administración médica identificarán avances tecnológicos que podrían beneficiar a nuestros afiliados. El Comité de Política Clínica (Clinical Policy Committee) (CPC) revisa las solicitudes para cobertura y decide si deberíamos cambiar cualquiera de nuestros beneficios para incluir la nueva tecnología.

Si el CPC no revisa una solicitud para cobertura de nueva tecnología, nuestro Director Médico revisará la solicitud y hará una única determinación. El CPC podría revisar entonces la solicitud de nueva tecnología en una futura reunión.



Programa de Mejora de la Calidad (QI)

Para asegurarnos de que usted reciba atención y servicios de calidad, tenemos un extenso Programa de Mejora de la Calidad (QI). El Programa de Mejora de la Calidad (Quality Improvement, QI) es una parte importante de su plan de salud. El Programa de QI supervisa la calidad de atención y servicios que se le brindan en las siguientes áreas:

- Asegurar que los afiliados obtengan la atención que necesitan, cuando y donde la necesiten
- Asegurarse de que los afiliados reciban atención de calidad
- Las necesidades culturales de nuestros afiliados
- La satisfacción de nuestros afiliados
- Seguridad y privacidad de los afiliados
- Ofrecer una amplia variedad de proveedores especialistas
- Los servicios de los planes de salud que usan los afiliados

El objetivo del Programa de QI es mejorar la salud del afiliado. Esto se logra mediante muchas actividades diferentes. Algunos de nuestros objetivos incluyen lo siguiente:

- Buena salud y calidad de vida para todos los afiliados.
- Que la atención provista por los proveedores de atención médica de Ambetter cumpla con los estándares de atención aceptados por la industria.
- Que el servicio de atención al cliente de Ambetter cumpla con los estándares de desempeño aceptados por la industria.
- Proporcionar a los afiliados recordatorios de atención preventiva cada año.
- Que los servicios incompletos o duplicados se mantengan al mínimo mediante actividades de QI en todos los distintos departamentos de los planes de salud.
- Que la experiencia del afiliado cumpla con las expectativas del plan.
- Cumplimiento de todas las leyes y regulaciones estatales y federales.
- Evaluar la calidad de la atención médica por medio del Conjunto de datos e información sobre la efectividad de la atención médica HEDIS® (Healthcare Effectiveness Data and Information Set); estas puntuaciones nos indican que recibe el tipo de atención que necesita

Si desea obtener más información sobre nuestro Programa de QI, visite nuestro sitio web en <https://Ambetter.AZcompletehealth.com/privacy-practices.html> o llámenos al 1-888-926-5057 (TTY/TDD 1-888-926-5180). Siempre estamos dispuestos a compartir con usted información sobre los objetivos y nuestro progreso.



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

Si no está contento con su atención

Esperamos que siempre esté contento con nosotros y nuestros proveedores. Pero si no puede encontrar respuestas a sus preguntas, debe seguir estos pasos:

- Proceso de consulta
- Proceso de reclamos
- Proceso de quejas
- Queja ante el Departamento de Seguros (DOI)
- Proceso de apelación
- Revisión externa por una organización revisora independiente (IRO)

Cómo hacer una consulta

Una consulta es una solicitud de aclaración 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?”
- “¿Es un beneficio cubierto?”
- “¿Cuándo recibiré mi tarjeta de MyHealth Pays?”

Si tiene alguna pregunta sobre su plan, puede llamar primero a Servicios para los afiliados al 1-888-926-5057 (TTY/TDD 1-888-926-5180).

Cómo presentar un reclamo

Un reclamo puede ser una apelación o una queja. Algunos reclamos se resuelven con la primera llamada si se pueden abordar en su totalidad y cerrarlos.

Los ejemplos de un reclamo incluyen:

- “No puedo conseguir una cita con el médico durante 4 meses”
- “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”
- “He llamado varias veces a Servicios para los afiliados y mi problema sigue sin resolverse”
- “No puedo inscribirme en su sitio web”

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



Cómo presentar un reclamo (Continuación)

- “No puedo encontrar en su sitio web lo que necesito”
- “El médico o el personal fueron groseros conmigo”

Para presentar un reclamo, llame a Servicios para los afiliados al 1-888-926-5057 (TTY/TDD 1-888-926-5180).

Cómo presentar una queja

Una queja es un reclamo sobre la calidad del servicio o atención médica, incluida la insatisfacción con la calidad de la atención médica, el tiempo de espera para los servicios médicos, la actitud o el comportamiento del proveedor o del personal o insatisfacción con el servicio proporcionado por el proveedor de servicios de salud.

Los ejemplos de quejas incluyen:

- “No se aplicó un copago de medicamento genérico a mi medicamento genérico recetado”
- “Me sometí a un procedimiento preventivo y me están haciendo pagar de mi bolsillo, cuando debería estar cubierto en un 100%”
- “Necesito atención médica en el hogar y no he recibido una llamada de mi coordinador de caso”
- “No di mi consentimiento para recibir productos sanguíneos durante una cirugía, pero descubrí que de todas maneras me los administraron”
- “Mi médico me recetó un medicamento al cual soy alérgico y tuve una reacción terrible”
- “Me dijeron que estaba activo en el plan y el plan estuvo deduciendo las primas automáticamente, pero ahora vienen y me dicen que no tuve cobertura durante 10 meses y ahora debo más de \$100,000.00 en facturas del hospital”

Puede presentar una queja, verbalmente o por escrito, ya sea por correo o por fax. Si necesita ayuda para presentar una queja o no puede presentarla por escrito, puede comunicarse con Servicios para los afiliados en [Ambetter.AZcompletehealth.com](#) para pedir ayuda con el proceso. Le enviaremos una carta de acuse de recibo de la queja después de recibir su queja por escrito.

Envíe su formulario de queja por escrito a:

Ambetter de Arizona Complete Health
Attn: Complaints Department
PO Box 277610
Sacramento, CA 95827
Fax: 1-866-687-0518

Queja acelerada: Si su queja se relaciona con una emergencia o una situación en la cual forzosamente debería abandonar el hospital antes de tiempo, o si un proceso de resolución estándar pone en riesgo grave su vida o su salud.

Queja estándar: Una queja que no satisface la definición de Acelerada

Revise su *Evidencia de cobertura* para ver los procedimientos y procesos de queja completos y los detalles y plazos específicos para su presentación. Puede obtener acceso a su *Evidencia de cobertura* en su cuenta del afiliado en línea.

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



Cómo presentar una apelación

Una apelación es una solicitud para reconsiderar una decisión sobre los beneficios del afiliado, cuando se ha denegado un servicio o una reclamación. Una denegación incluye una solicitud para que reconsideremos nuestra decisión 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 oportuna puede considerarse como una denegación y también está sujeta al proceso de apelación, pago, cobertura, autorización o provisión de servicios o beneficios de atención médica, incluida la admisión o permanencia en un centro de atención médica. La falta de aprobación o rechazo de una solicitud de autorización previa oportuna puede considerarse como una denegación y también está sujeta al proceso de apelación.

Los ejemplos de apelaciones incluyen:

1. acceso a los beneficios de atención médica, incluida una Determinación adversa emitida conforme al manejo de utilización;
2. ingreso o permanencia continua en un centro de atención médica;
3. pago de reclamaciones, manejo o reembolso de servicios de atención médica;
4. asuntos relacionados con la relación contractual entre un afiliado y nosotros;
5. nuestra cancelación de su cobertura de beneficios;
6. otros asuntos requeridos específicamente por las regulaciones o leyes estatales.

Para presentar una apelación por escrito, puede enviarnos su solicitud por correo electrónico o fax a la siguiente información de contacto:

Ambetter de Arizona Complete Health
Attn: Appeals & Grievances Department
PO Box 277610
Sacramento, CA 95827
Fax: 1-866-687-0518

Para presentar una apelación verbal, puede llamarnos al 1-888-926-5057 (TTY/TDD 1-888-926-5180).

Qué tan rápido respondamos a su apelación depende del tipo de apelación que presente:

Apelación acelerada: Si su apelación se relaciona con una emergencia o una situación en la cual forzosamente debería abandonar el hospital antes de tiempo, o usted cree que un proceso de resolución estándar pone en riesgo grave su vida o su salud. Una apelación acelerada requiere que su proveedor tratante certifique por escrito y proporcione documentación de respaldo de que el tiempo necesario para revisar su apelación en el proceso estándar (60 días) probablemente causaría un cambio negativo significativo en su condición médica.

Apelación estándar: Una apelación que no satisface la definición de Acelerada

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



Cobertura continua durante una apelación

Si presenta una apelación, su cobertura seguirá hasta:

- El final del periodo de tratamiento aprobado

O

- La determinación de la apelación

Usted puede ser responsable desde el punto de vista económico por los servicios continuos si no se aprueba su apelación.

Usted puede solicitar servicios continuos llamando a Servicios para los afiliados al 1-888-926-5057 (TTY/TDD 1-888-926-5180).

NOTA: Usted no puede solicitar una extensión de servicios después de que haya terminado la autorización original. Para obtener más detalles, llame a Servicios para los afiliados al 1-888-926-5057 (TTY/TDD 1-888-926-5180).

Proceso de revisión externa

Si no aprobamos un servicio, tiene otra opción para una revisión. Esto se conoce como una organización revisora independiente (IRO), o un tercero revisor. La IRO está conformada por médicos que no trabajan para nosotros.

Si quiere solicitar una IRO, podemos ayudar. Llámenos al 1-888-926-5057 (TTY/TDD 1-888-926-5180).

Revise su *Evidencia de cobertura* para ver los procedimientos y procesos completos de reclamo y apelación, incluso detalles y periodos de tiempo de presentación específicos. Puede obtener acceso a su *Evidencia de cobertura* en su cuenta del afiliado en línea.

La comunicación importa

Todos nuestros afiliados son importantes para nosotros. No importa quién sea usted, queremos asegurar que nos comuniquemos con usted de la mejor manera que podamos. Es por eso que tenemos programas de comunicación para personas que solo saben un poco de inglés o que pueden tener dificultades sensoriales. Todos nuestros afiliados, afiliados prospectivos, pacientes, clientes y familiares de los afiliados pueden usar estos servicios.

Si necesita ayuda para comunicarse o materiales relacionados con reclamos y apelaciones, puede recibirlos sin costo. Mantenemos registros de cada reclamo y apelación durante 10 años.



Para solicitar asistencia lingüística, o material en otro idioma o formato, llame a Servicios para los miembros al 1-888-926-5057 (TTY/TDD 1-888-926-5180)

Derechos y responsabilidades del afiliado



Vea una lista completa de sus derechos en su *Evidencia de cobertura*.



Si le gustaría ejercer cualquiera de sus derechos, comuníquese con Servicios para los afiliados llamando al 1-888-926-5057 (TTY/TDD 1-888-926-5180).

Queremos asegurar que usted entienda los derechos y las responsabilidades que tiene como afiliado de Ambetter. Para ver una lista completa de sus derechos y responsabilidades específicos, revise su *Evidencia de cobertura*.

Como miembro de Ambetter tiene derecho a:

- Ser tratado con dignidad, respeto y privacidad. Y que se merece el mismo trato de parte de los médicos dentro de nuestra red y del personal de oficina.
- Recibir información sobre nuestra organización, nuestros y proveedores y los derechos y responsabilidades del afiliado.
- Cambiar su médico sin explicación, recibir información sobre otros médicos que puedan atenderlo y ser informado si su médico ya no está disponible.
- Expresar un reclamo o presentar una apelación sobre Ambetter o la atención que proporcionamos.
- Atención de profesionales de la salud calificados y derecho a participar con los proveedores al tomar decisiones sobre su atención médica.
- Una conversación honesta sobre las opciones de tratamiento apropiadas para su condición, independientemente del costo o la cobertura.
- Hacer recomendaciones sobre nuestras políticas de derechos y responsabilidades de los afiliados.

Usted tiene las siguientes responsabilidades:

- Siempre proporcione a Ambetter y a sus proveedores información exacta y completa sobre su salud para que pueda recibir la mejor atención posible.
- Seguir las instrucciones y cumplir con los planes de tratamiento que acordó con sus proveedores.
- Entender sus problemas de salud y trabajar con sus proveedores para desarrollar objetivos de tratamiento.
- Si tiene preguntas sobre su atención o no entiende sus beneficios, consulte con su médico o a Ambetter.

Para ver una lista completa de sus derechos y responsabilidades específicos, revise su *Evidencia de cobertura*.

Su información está segura con nosotros

Su información de salud es personal. Así que hacemos todo lo que podemos por protegerla. Su privacidad también es importante para nosotros. Tenemos políticas establecidas para proteger sus expedientes médicos.

Protegemos toda la información de salud protegida sea oral, escrita o electrónica. Respetamos los requisitos de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguro Médico (HIPAA, por sus siglas en inglés) y contamos con un Aviso sobre Prácticas de privacidad. Estamos obligados a notificarle sobre estas prácticas cada año. Dicha notificación describe de qué manera se puede usar y divulgar su información médica y cómo puede acceder usted a esa información. Léala con atención. Si necesita más información o quiere leer el aviso completo, visite <https://Ambetter.AZcompletehealth.com/privacy-practices.html>. O llame a Servicios para los afiliados al 1-888-926-5057 (TTY/TDD 1-888-926-5180)

Protegemos toda su PHI. Cumplimos con HIPAA para mantener privada su información de atención médica.

Idioma

Si no habla o no entiende el idioma en su área, tiene derecho a un intérprete.

Ayuda de idiomas: <https://Ambetter.AZcompletehealth.com/language-assistance.html>



Entienda cómo funciona su plan de salud de Ambetter. Y sepa qué debe hacer como afiliado del plan de salud de Ambetter.

Usted es responsable de informarnos en caso de pérdida o robo de su tarjeta de identificación de afiliado, de suministrarnos la información necesaria para que podamos proporcionarle atención y de informar a su proveedor si no puede seguir el tratamiento prescrito recomendado para usted.

Esto es lo que debe hacer

Su *Evidencia de cobertura* puede ayudarle a entender cómo funciona su plan. Asegúrese de leerla. Estos son algunos puntos clave:

Al brindar información

Dé siempre información exacta y completa sobre su salud. Esto incluye sus condiciones presentes, enfermedades pasadas, hospitalizaciones, medicamentos y cualquier otro asunto. Infórmenos que entiende claramente su atención y lo que necesita hacer. Haga a su médico preguntas hasta que entienda la atención que recibe. Es necesario que revise y entienda la información que reciba sobre nosotros. Asegúrese de que sabe cómo usar los servicios que cubrimos.

El consejo de su médico y su plan de tratamiento

Debe seguir el plan de tratamiento sugerido por los profesionales médicos. Haga preguntas para asegurar que entiende en su totalidad sus problemas de salud y su plan de tratamiento. Trabaje con su proveedor de atención primaria (PCP) para desarrollar metas de tratamiento. Si no sigue su plan de tratamiento, sus médicos le pueden decir cuáles son los probables resultados de su decisión.

Tarjeta de identificación del afiliado

En toda cita, muestre siempre su tarjeta de identificación del afiliado de Ambetter antes de recibir atención.

Uso de la sala de emergencias

Use la sala de emergencias solo cuando crea que tiene una emergencia médica. Para toda la otra atención médica, debe llamar a su PCP.

Citas

Asegúrese de no faltar a sus citas. Si no puede asistir a una cita, debe llamar para cancelar o reprogramar. Siempre que sea posible, haga sus citas durante el horario regular de oficina.

Su PCP

Debe conocer el nombre de su PCP y establecer una relación con él/ella. Puede cambiar de PCP en cualquier momento llamando a nuestro Departamento de Servicios para los afiliados al 1-888-926-5057 (TTY/TDD 1-888-926-5180).

Tratamiento

Debe tratar a todo nuestro personal, proveedores y otros afiliados con respecto y dignidad. Si tiene inquietudes sobre su atención, díganoslo de manera útil.

Su glosario de atención médica

Sabemos que el seguro de salud puede parecer confuso algunas veces. Para ayudarlo, hemos creado una lista de palabras que usted pudiera necesitar saber al leer este manual para afiliados. ¡Échele un vistazo!

Aviso de determinación adversa

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

Apelación

Una apelación es una solicitud para reconsiderar una decisión sobre los beneficios del afiliado, cuando se ha denegado un servicio o una reclamación. Una denegación incluye una solicitud para que reconsideremos nuestra decisión 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 oportuna puede considerarse como una denegación y también está sujeta al proceso de apelación.

1. acceso a los beneficios de atención médica, incluida una Determinación adversa emitida conforme al manejo de utilización;
2. ingreso o permanencia continua en un centro de atención médica;
3. pago de reclamaciones, manejo o reembolso de servicios de atención médica;
4. asuntos relacionados con la relación contractual entre un afiliado y nosotros;
5. nuestra cancelación de su cobertura de beneficios; y
6. otros asuntos requeridos específicamente por las regulaciones o leyes estatales.

Reclamo

Un reclamo puede ser una apelación o una queja. Algunos reclamos se resuelven con la primera llamada si se pueden abordar en su totalidad y cerrarlos.

Copago

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

Atención de emergencia/Emergencias

La atención de emergencia es atención que usted recibe en una sala de emergencias. Vaya a la sala de emergencias solo si su vida está en riesgo y necesita atención médica de emergencia inmediata.

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*: le puede ayudar a entender exactamente lo que su plan cubre y no cubre.

Queja

Una queja es cualquier reclamo sobre la calidad del servicio o atención médica, incluida la insatisfacción con la calidad de la atención médica, el tiempo de espera para los servicios médicos, la actitud o el comportamiento del proveedor o del personal o insatisfacción con el servicio proporcionado por el proveedor de servicios de salud.

Su glosario de atención médica (Continuación)

Dentro de la red (Proveedores o servicios)

La red de Ambetter es el grupo de proveedores y hospitales con los que nos asociamos para darle atención. Si algo está en nuestra red, está cubierto en su plan de seguro de salud. Si algo está fuera de la red, es probable que tenga que pagar más por los servicios que reciba. ¡Cuando sea posible, quédese siempre dentro de la red!

Consulta

Una consulta es una solicitud de aclaración de un beneficio, producto o elegibilidad sin expresar insatisfacción.

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 su *Evidencia de cobertura* (EOC). Consulte su *Evidencia de cobertura* para conocer los detalles relacionados con los proveedores, la atención, los servicios y gastos dentro de la red.

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.

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 controles de salud, pruebas de presión arterial, ciertas evaluaciones de detección del cáncer y más. Puede encontrar una lista de servicios de Atención preventiva en su *Evidencia de cobertura* y en nuestro sitio web: Ambetter.AZcompletehealth.com.

Proveedor de atención primaria (PCP)

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

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.

Lista de beneficios

Su *Lista de beneficios* es un documento que enumera los beneficios cubiertos a su disposición y le informa cuándo es elegible para recibirlos. Su *Lista de beneficios* tiene información sobre los montos de copago, costo compartido y deducible específicos.

Subsidio

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

Su glosario de atención médica (Continuación)

Atención de urgencia

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

Administración de la utilización

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.

Declaración de no discriminación

Ambetter de Arizona Complete Health cumple con las leyes de derechos civiles federales aplicables y no discrimina basándose en la raza, color, origen nacional, edad, discapacidad o sexo. Ambetter de Arizona Complete Health no excluye a las personas ni las trata de manera diferente debido a su raza, color, origen nacional, edad, discapacidad o sexo.

Arizona Complete Health:

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

Si necesita estos servicios, comuníquese con Ambetter de Arizona Complete Health al 1-888-926-5057 (TTY/TDD 1-888-926-5180).

Si considera que Ambetter de Arizona Complete Health no le ha proporcionado estos servicios o, en cierto modo, lo ha discriminado debido a su raza, color, origen nacional, edad, discapacidad o sexo, puede presentar una queja ante: Ambetter de Arizona Complete Health Appeals Unit, PO Box 277610, Sacramento, CA 95827, 1-888-926-5057 (TTY/TDD 1-888-926-5180), Fax 1-877-615-7734. Usted puede presentar un reclamo por correo, fax, o correo electrónico. Si necesita ayuda para presentar un reclamo, Ambetter de Arizona Complete Health está disponible para brindarle ayuda. 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 Estados Unidos (U.S. Department of Health and Human Services), 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>.

Spanish:	Si usted, o alguien a quien está ayudando, tiene preguntas acerca de Ambetter de Health Net, tiene derecho a obtener ayuda e información en su idioma sin costo alguno. Para hablar con un intérprete, llame al 1-888-926-5057 (TTY/TDD 1-888-926-5180).
Navajo:	Ni da éi doodago háida bíká anilyeedígíí Ambetter from Health Net yína`iditkídgo t`áá ni nizaad k`ehjí níká a`doowl dóó hazhó`ó bee nił hodooniigo bee ná haz`á dóó báhá ilínígóó. Ata` halne`igíí la` bich`j` hadeesdzih nínízíngo kojí` hólne` 1-888-926-5057 (TTY/TDD 1-888-926-5180).
Chinese:	如果您，或是您正在協助的對象，有關於 Ambetter from Health Net 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 1-888-926-5057 (TTY/TDD 1-888-926-5180)。
Vietnamese:	Nếu quý vị, hay người mà quý vị đang giúp đỡ, có câu hỏi về Ambetter from Health Net, 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 1-888-926-5057 (TTY/TDD 1-888-926-5180).
Arabic:	إذا كان لديك أو لدى شخص تساعد أسئلة حول Ambetter from Health Net ، لديك الحق في الحصول على المساعدة والمعلومات الضرورية بلغتك من دون أية تكلفة. للتحدث مع مترجم اتصل بـ 1-888-926-5057 (TTY/TDD 1-888-926-5180).
Tagalog:	Kung ikaw, o ang iyong tinutulangan, ay may mga katanungan tungkol sa Ambetter from Health Net, may karapatan ka na makakuha nang tulong at impormasyon sa iyong wika ng walang gastos. Upang makausap ang isang tagasalin, tumawag sa 1-888-926-5057 (TTY/TDD 1-888-926-5180).
Korean:	만약 귀하 또는 귀하가 돕고 있는 어떤 사람이 Ambetter from Health Net 에 관해서 질문이 있다면 귀하는 그러한 도움과 정보를 귀하의 언어로 비용 부담없이 얻을 수 있는 권리가 있습니다. 그렇게 통역사와 얘기하기 위해서는 1-888-926-5057 (TTY/TDD 1-888-926-5180) 로 전화하십시오.
French:	Si vous-même ou une personne que vous aidez avez des questions à propos d'Ambetter from Health Net, vous avez le droit de bénéficier gratuitement d'aide et d'informations dans votre langue. Pour parler à un interprète, appelez le 1-888-926-5057 (TTY/TDD 1-888-926-5180).
German:	Falls Sie oder jemand, dem Sie helfen, Fragen zu Ambetter from Health Net 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 1-888-926-5057 (TTY/TDD 1-888-926-5180) an.
Russian:	В случае возникновения у вас или у лица, которому вы помогаете, каких-либо вопросов о программе страхования Ambetter from Health Net вы имеете право получить бесплатную помощь и информацию на своем родном языке. Чтобы поговорить с переводчиком, позвоните по телефону 1-888-926-5057 (TTY/TDD 1-888-926-5180).
Japanese:	Ambetter from Health Net 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、1-888-926-5057 (TTY/TDD 1-888-926-5180) までお電話ください。
Persian:	اگر شما، یا کسی که به او کمک می کنید مؤالی در مورد Ambetter from Health Net دارید، از این حق برخوردارید که کمک و اطلاعات را بصورت رایگان به زبان خود دریافت کنید. برای صحبت کردن با مترجم با شماره 1-888-926-5057 (TTY/TDD 1-888-926-5180) تماس بگیرید.
Syriac:	ان اتلوخن خورنه مبفورى المساعدة بمصبيوتن متلفلنن النوا مشى Ambetter from Health Net بمصبيوت مبقرىوتن المساعدة.. وخنى لا شقلخ زوزة منوخن . ان اتلوخن بارا الانى مندى .وان مترجم رقم تلفون 1-888-926-5057 (TTY/TDD 1-888-926-5180)
Serbo-Croatian:	Ako Vi, ili neko kome pomažete, imate pitanja u vezi Ambetter from Health Net, imate pravo na besplatnu pomoć i informaciju na sopstvenom jeziku. Ukoliko želite da pričate sa prevodiocem, pozovite broj 1-888-926-5057 (TTY/TDD 1-888-926-5180).
Thai:	หากท่านหรือผู้ที่ท่านให้ความช่วยเหลืออยู่ในขณะนี้มีความเกี่ยวข้องกับ Ambetter from Health Net ท่านมีสิทธิ์ที่จะได้รับความช่วยเหลือและข้อมูลในภาษาของท่าน โดยไม่เสียค่าใช้จ่ายใด ๆ ทั้งสิ้น หากต้องการใช้บริการล่าม กรุณาโทรศัพท์ติดต่อที่หมายเลข 1-888-926-5057 (TTY/TDD 1-888-926-5180).



AMBETTER DE ARIZONA COMPLETE HEALTH