



Ambetter YOUR HEALTH. OUR PRIORITY.

Ambetter of North Carolina Inc. provides healthcare solutions.

Your health is important to us. And you deserve to get the most out of your health insurance plan.

By choosing Ambetter of North Carolina Inc., you'll receive affordable healthcare coverage that includes preventive care and whole health services. And our plans also give you access to valuable programs, educational tools and support. So you can focus on staying healthy.

Our commitment to you goes beyond the doctor's office. Ambetter of North Carolina Inc. is active in your local community—because we're dedicated to helping you lead a fulfilling life.

To learn more, visit AmbetterofNorthCarolina.com.



Ambetter Telehealth

Convenient, 24-hour phone or video access to healthcare providers for non-emergency health issues.



Medical Care Services

Medical coverage that includes all of your Essential Health Benefits.



myhealthpays[®] Rewards Program

Sign up for our rewards program and earn up to \$500 in rewards in 2020 when you take steps to be healthy. Funds expire 90 days after termination of insurance coverage.



Prescription Coverage

Get coverage for your medical prescriptions.



24/7 Nurse Advice Line

Call and talk to a registered nurse 24 hours a day, 7 days a week to ask questions or get medical advice.

For more information about your coverage, or to get a copy of the complete terms of coverage, visit <https://ambetterofnorthcarolina.com/2020-brochures.html>, or call 1-833-863-1310 (Relay 711).

Ambetter of North Carolina Inc. is a Qualified Health Plan issuer in the North Carolina Health Insurance Marketplace. Ambetter of North Carolina Inc. complies with applicable Federal civil rights laws and does not discriminate on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex.

This is a solicitation for insurance. © 2019 Ambetter of North Carolina Inc. All rights reserved.

AMB19-NC-C-00069-21

Ambetter Balanced Care 11 (2020)

(Silver Level)

Medical Annual Deductible	Individual: \$6,000; Family: \$12,000
Medical Coinsurance	40% Coinsurance
Prescription Drug Annual Deductible	Individual: Integrated with medical deductible ; Family: Integrated with medical deductible
Prescription Drug Coinsurance	50% Coinsurance
Maximum Annual Out-of-pocket	Individual: \$8,100; Family: \$16,200

Covered benefits are for In-network providers only.
To find our most up to date list of in-network providers, please visit our website at AmbetterofNorthCarolina.com and select "Find a Provider" in the main menu. Providers listed in the Ambetter of North Carolina Inc. online directory are in-network.

Emergency Services	Your Cost (In-Network Providers Only)	Out-of-Network
Emergency Room Services	40% Coinsurance after deductible	40% Coinsurance after deductible
Emergency Transportation/Ambulance (Air or Ground)	40% Coinsurance after deductible	40% Coinsurance after deductible
Urgent Care	\$60 Copay	Not covered

Provider Services	Your Cost (In-Network Providers Only)	Out-of-Network
Annual Well Visit/Screening/Immunization/Well Baby	No charge	Not covered
Primary Care Visit to treat an injury or illness and Maternity	\$30 Copay	Not covered
Specialist Visit (e.g. Cardiology, Podiatry, Chiropractic Care)	\$60 Copay	Not covered
Imaging (CT/PET Scans, MRIs)	40% Coinsurance after deductible	Not covered
X-rays & Diagnostic Imaging	40% Coinsurance after deductible	Not covered
Diagnostic Test* Lab-work/Other (i.e. EKG, Stress Test)	\$30 Copay	Not covered

Inpatient & Outpatient Services	Your Cost (In-Network Providers Only)	Out-of-Network
Inpatient Facility Fee (Includes Mental Health, Substance Use and Maternity)	40% Coinsurance after deductible	Not covered
Inpatient Hospital Physician & Surgical Services	40% Coinsurance after deductible	Not covered
Outpatient Facility Fee (e.g. Ambulatory Surgery Center)	40% Coinsurance after deductible	Not covered
Outpatient Surgery Physician/Surgical Services	40% Coinsurance after deductible	Not covered

Other Medical Services	Your Cost (In-Network Providers Only)	Out-of-Network
Mental/Behavioral Health & Substance Use Disorder Outpatient Services	\$30 Copay/Office Visit (deductible does not apply); 40% Coinsurance after deductible for all other outpatient services	Not covered
Rehabilitation Outpatient Services (includes Speech, Occupational and Physical Therapy)	40% Coinsurance after deductible	Not covered

Pediatric Vision	Your Cost (In-Network Providers Only)	Out-of-Network
Routine Eye Exam (1 visit per year)	100% Covered	Not covered
Eyeglasses (frames, 1 item per year)	100% Covered	Not covered
Lenses (per pair)	100% Covered	Not covered

Prescription Drugs	Your Cost (In-Network Providers Only)	Out-of-Network
Generics*	\$20 Copay	Not covered
Preferred Brand Drugs	\$50 Copay	Not covered
Non-preferred Brand Drugs	50% Coinsurance after deductible	Not covered
Specialty Drugs	50% Coinsurance after deductible	Not covered

*If the cost of the generic drug is less than the copay, you pay the lesser amount.

Information shown represents a Standard Cost Share Plan. Our plans do not cover all health care expenses. Covered benefits will vary by state and are for in-network providers only. See next page for additional information.

For help understanding the terms used above, see the Health Insurance Terms page on AmbetterofNorthCarolina.com.

For more information about your coverage, or to get a copy of the complete terms of coverage, visit <https://ambetterofnorthcarolina.com/2020-brochures.html>, or call 1-833-863-1310 (Relay 711).

AmbetterofNorthCarolina.com • 1-833-863-1310 (Relay 711)

Our plans do not cover all health care expenses. The amount of benefits provided depends upon the plan selected and premiums will vary with the amount of the benefits selected. Benefits and premiums shown are for in-network providers only, with the exception of necessary emergency services and other medically necessary services where in network providers are not reasonably available without unreasonable delay. Qualified individuals who enroll may experience a waiting period between their date of enrollment and their effective date of coverage. For members who enroll during Open Enrollment, the plan will become effective for one year upon the following January 1st. Special enrollment periods may vary for members and their dependents according to individualized circumstances.

This policy will renew each year on the anniversary date unless terminated. This policy may terminate on the earliest date of any of the following: nonpayment of premiums, the member's request to terminate, our decision not to renew, death of the member, member's acceptance of an employer's contribution to any premium, ineligibility as determined by the Health Insurance Marketplace, and any fraud or misrepresentation of material fact by the member. We may decide not to renew the policy as of the renewal date if: we decide not to renew all policies issued on this form, with the same type and level of benefits, to residents of the state where you then live; the policy is terminated; or as required by law.

We have the right to change premiums, and we may annually change the rate table used for this policy form. Each premium will be based on the rate table in effect on that premium's due date. The policy plan, and age of members, type and level of benefits, and place of residence on the premium due date are some of the factors used in determining your premium rates. We will provide at least 60 days' notice of any plan to take an action or make a change to your policy and 90 days before we discontinue coverage, which will be delivered to your last address as shown in our records. In the event that all health insurance coverage is discontinued in the state, we will provide you with at least 180 days' notice.

No benefits will be provided or paid for any service or supply that would be provided without cost to the member, services or supplies prior to the plan effective date or after termination, any expenses, fees, taxes, or surcharges imposed on the member by a provider (including a hospital) but that are actually the responsibility of the provider to pay, any services performed by a member of a member's immediate family, and any services not identified and included as covered service expenses under this plan. You will be fully responsible for payment for any services that are not covered service expenses that have been contracted with our network providers. Even if not specifically excluded by this policy, no benefit will be paid for a service or supply unless it is administered or ordered by a physician and medically necessary to the diagnosis or treatment of an injury or illness, or preventive care expense benefits as covered under this plan. For more information please see the General Non-Covered Services and Exclusions section within the [Evidence of Coverage](#).

For more information on renewability, cancellability, termination, limitations, modifications, or exclusions in benefits or coverage, please visit our [website](#) for our Evidence of Coverage, Summaries of Benefits & Coverage for all plan levels, and any other information.

Statement of Non-Discrimination

Ambetter of North Carolina Inc. complies with applicable Federal civil rights laws and does not discriminate on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex. Ambetter of North Carolina Inc. does not exclude people or treat them differently because of race, color, national origin, age, disability, or sex.

Ambetter of North Carolina Inc.:

- Provides free aids and services to people with disabilities to communicate effectively with us, such as:
 - Qualified sign language interpreters
 - Written information in other formats (large print, audio, accessible electronic formats, other formats)
- Provides free language services to people whose primary language is not English, such as:
 - Qualified interpreters
 - Information written in other languages

If you need these services, contact Ambetter of North Carolina Inc. at 1-833-863-1310 (Relay 711).

If you believe that Ambetter of North Carolina Inc., has failed to provide these services or discriminated in another way on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex, you can file a grievance with Ambetter of North Carolina Inc., ATTN: Ambetter Grievances and Appeals Department, 12515-8 Research Blvd, Suite 400, Austin, TX 78759, 1-833-863-1310 (Relay 711), Fax 1-833-886-7956. You can file a grievance by mail or fax. If you need help filing a grievance, Ambetter of North Carolina Inc., is available to help you. You can also file a civil rights complaint with the U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights electronically through the Office for Civil Rights Complaint Portal, available at <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, or by mail or phone at: 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).

Complaint forms are available at <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.



Ambetter

SU SALUD. NUESTRA PRIORIDAD.

Ambetter of North Carolina Inc. brinda soluciones de atención médica.

Su salud es importante para nosotros. Y usted se merece obtener lo máximo de su plan de seguro de salud.

Al elegir Ambetter of North Carolina Inc., recibirá cobertura de atención médica al alcance de su bolsillo que incluye atención preventiva y servicios de salud integrales. Y también, nuestros planes le brindan acceso a valiosos programas, herramientas educativas y apoyo. Para que pueda enfocarse en mantenerse saludable.

Nuestro compromiso con usted va más allá del consultorio médico. En Ambetter of North Carolina Inc. estamos activos en su comunidad local — porque estamos dedicados a ayudarle a gozar de una vida plena.

Para obtener más información,
visite AmbetterofNorthCarolina.com.



Telesalud de Ambetter

Conveniente acceso las 24 horas por teléfono o video a proveedores de atención médica para tratar asuntos que no son de emergencia.



Servicios de atención médica

Cobertura médica que incluye todos sus beneficios de salud esenciales.



Programa de recompensas *myhealthpays*[®]

Inscríbase en nuestro programa de recompensas y gane hasta \$500 en recompensas en 2020 por tomar medidas para estar saludable. Los fondos caducan 90 días después de la terminación de la cobertura de seguro.



Cobertura de medicamentos de venta con receta

Obtenga cobertura para sus medicamentos de venta con receta médica.



Línea de consejo de enfermería que atiende 24/7

Llame y hable con personal de enfermería registrado las 24 horas del día, los 7 días de la semana para hacer preguntas u obtener consejo médico.

Para más información sobre su cobertura, o para obtener una copia de los términos de cobertura completos, visita <https://ambetterofnorthcarolina.com/2020-brochures.html>, o llamar a 1-833-863-1310 (Relay 711).

Ambetter of North Carolina Inc. es una compañía Autorizada que ofrece Planes de salud calificados en el Mercado de seguros de salud de North Carolina. Ambetter of North Carolina Inc. cumple con las leyes de derechos civiles federales aplicables y no discrimina basándose en la raza, color, origen nacional, edad, discapacidad, o sexo.

Esta es publicidad para la venta de seguros. © 2019 Ambetter of North Carolina Inc. Todos los derechos reservados.

Ambetter Balanced Care 11 (2020)

(Nivel Plata)

Deducible médico annual	Individual: \$6,000; Familiar: \$12,000
Coseguro médico	Coseguro del 40%
Deducible anual para medicamentos recetados	Individual: Integrado con el deducible médico; Familiar: Integrado con el deducible médico
Coseguro para medicamentos recetados	Coseguro del 50%
Máximo anual de su propio bolsillo	Individual: \$8,100; Familiar: \$16,200

Los beneficios cubiertos son solo para proveedores dentro de la red. Para encontrar nuestra lista más actualizada de proveedores dentro de la red, visite nuestro sitio web en AmbetterofNorthCarolina.com y elija "Encontrar un proveedor" en el menú principal. Los proveedores que aparecen en el directorio en línea de Ambetter of North Carolina Inc. están dentro de la red.

Servicios de emergencia	Su costo (solo Proveedores dentro de la red)	Fuera de la red
Servicios en la sala de emergencia	Coseguro del 40% después del deducible	Coseguro del 40% después del deducible
Transporte de emergencia/Ambulancia (aéreo o terrestre)	Coseguro del 40% después del deducible	Coseguro del 40% después del deducible
Atención médica de urgencia	Copago de \$60	No están cubiertos

Servicios de proveedores	Su costo (solo Proveedores dentro de la red)	Fuera de la red
Visita anual de la persona sana/Evaluaciones/Inmunizaciones/Del bebé sano	Sin costo	No están cubiertos
Visita de atención primaria para tratar una lesión o enfermedad y maternidad	Copago de \$30	No están cubiertos
Visita al especialista (p. ej., cardiología, podiatría, cuidado quiropráctico)	Copago de \$60	No están cubiertos
Obtención de imágenes (CT/PET, MRI)	Coseguro del 40% después del deducible	No están cubiertos
Radiografías y obtención de imágenes diagnósticas	Coseguro del 40% después del deducible	No están cubiertos
Análisis de diagnóstico* Análisis de laboratorio/Otro (es decir, electrocardiograma, prueba de esfuerzo)	Copago de \$30	No están cubiertos

Servicios para pacientes internados y ambulatorios	Su costo (solo Proveedores dentro de la red)	Fuera de la red
Tarifa en instalaciones para pacientes internados (incluye salud mental, abuso de sustancias y maternidad)	Coseguro del 40% después del deducible	No están cubiertos
Servicios quirúrgicos y de médicos en hospitales como paciente internado	Coseguro del 40% después del deducible	No están cubiertos
Tarifas de instituciones para pacientes ambulatorios (p.ej., centro quirúrgico para pacientes ambulatorios)	Coseguro del 40% después del deducible	No están cubiertos
Médico cirujano/Servicios quirúrgicos para pacientes ambulatorios	Coseguro del 40% después del deducible	No están cubiertos

Otros servicios médicos	Su costo (solo Proveedores dentro de la red)	Fuera de la red
Salud mental/del comportamiento y servicios para pacientes ambulatorios para trastorno por abuso de sustancias	Copago de \$30 /visita al consultorio (deducible no aplica); coseguro del 40% después del deducible para todos los demás servicios como paciente ambulatorio	No están cubiertos
Servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios (incluye terapia del habla, ocupacional y física)	Coseguro del 40% después del deducible	No están cubiertos

Vista pediátrica	Su costo (solo Proveedores dentro de la red)	Fuera de la red
Examen de los ojos de rutina (1 visita por año)	Cubierto 100%	No están cubiertos
Anteojos (monturas, 1 artículo por año)	Cubierto 100%	No están cubiertos
Lentes (por par)	Cubierto 100%	No están cubiertos

Medicamentos recetados	Su costo (solo Proveedores dentro de la red)	Fuera de la red
Genéricos*	Copago de \$20	No están cubiertos
Medicamentos de marca preferidos	Copago de \$50	No están cubiertos
Medicamentos de marca no preferidos	Coseguro del 50% después del deducible	No están cubiertos
Medicamentos especializados	Coseguro del 50% después del deducible	No están cubiertos

* Si el costo del medicamento genérico es menor que el copago, usted paga la menor cantidad.

La información que se muestra representa un plan de costo compartido estándar. Nuestros planes no cubren todos los gastos de atención médica. Los beneficios cubiertos variarán por estado y son solo para proveedores dentro de la red. Vea la página siguiente para más información.

Si necesita ayuda para entender los términos que se usan arriba, consulte la página Términos de seguro médico en AmbetterofNorthCarolina.com.

Para más información sobre su cobertura, o para obtener una copia de los términos de cobertura completos, visita <https://ambetterofnorthcarolina.com/2020-brochures.html>, o llamar a 1-833-863-1310 (Relay 711).

Nuestros planes no cubren todos los gastos de atención de la salud. La cantidad de beneficios proporcionados depende del plan seleccionado y las primas variarán según la cantidad de beneficios seleccionada. Los beneficios y las primas que se muestran corresponden únicamente a los proveedores dentro de la red, a excepción de los servicios de emergencia necesarios y otros servicios médicamente necesarios para los cuales los proveedores dentro de la red no están razonablemente disponibles en un plazo de tiempo razonable. Las personas elegibles que se inscriban podrían pasar por un periodo de espera entre su fecha de inscripción y la fecha en que su cobertura entra en vigor. Para los afiliados que se inscriben durante la Inscripción abierta, el plan entrará en vigor por un año a partir del 1ero de enero. Los periodos de inscripción especial pueden variar para los afiliados y sus dependientes según sus circunstancias individualizadas.

A menos que se cancele, esta póliza se renovará cada año en la fecha de aniversario. Esta póliza podría cancelarse en la fecha más temprana de cualquiera de las siguientes: al no pagarse las primas, al afiliado solicitar su cancelación, si decidimos no renovarla, al fallecer el afiliado, cuando un afiliado acepte la contribución de su empleador para cualquier prima, cuando deje de ser elegible según lo determine el Mercado de Seguros de Salud, y si el afiliado comete fraude o hace representaciones falsas de un hecho material. Podríamos decidir no renovar la póliza en la fecha de renovación si: decidimos no renovar todas las pólizas emitidas en esta forma, con el mismo tipo y nivel de beneficios, a los residentes del estado en donde viva en ese momento; la póliza se cancela; o según lo exija la ley.

Tenemos derecho de cambiar las primas y podríamos cambiar la tabla de tarifas usada para esta forma de póliza anualmente. Cada prima se basará en la tabla de tarifas vigente en la fecha de vencimiento de esa prima. El plan de la póliza y la edad de los afiliados, el tipo y nivel de los beneficios y el lugar de residencia en la fecha de vencimiento de la prima son algunos de los factores que se utilizan para determinar sus tarifas de la prima. Le notificaremos con por lo menos 60 días de anticipación antes de que el plan tome cualquier acción o realice un cambio a su póliza y 90 días antes de que discontinuemos la cobertura. Recibirá dicha notificación en su última dirección que aparezca en nuestros registros. En caso de que toda la cobertura de seguro médico se discontinúe en el estado, le avisaremos con al menos 180 días de antelación.

No se brindará o pagará beneficio alguno en relación con cualquier servicio o suministro que se hubiera proporcionado sin costo al afiliado, servicios o suministros antes de la fecha de entrada en vigor del plan o después de su cancelación, cualesquiera gastos, cuotas, impuestos o recargos que un proveedor (incluido un hospital) imponga al afiliado, pero que en realidad sean la responsabilidad financiera del proveedor, cualesquiera servicios prestados por un miembro de su familia inmediata y cualesquiera servicios no identificados e incluidos como gastos de servicios cubiertos en virtud de este plan. Usted será completamente responsable del pago de todo servicio que no sea un gasto de servicio cubierto para el cual hayamos celebrado un contrato con los proveedores de nuestra red. Incluso si esta póliza no lo excluye específicamente, no se pagará monto alguno por un servicio o suministro a menos que un médico lo administre u ordene y que sea necesario desde el punto de vista médico para el diagnóstico o tratamiento de una lesión o enfermedad o beneficios de gastos de atención preventiva según se cubran en virtud de este plan. Para obtener más información, por favor consulte la sección Exclusiones y servicios no cubiertos generales (General Non-Covered Services and Exclusions) en la [Evidencia de Cobertura](#).

Para obtener más información sobre cómo renovar, cancelar, dar de baja, las limitaciones, modificaciones o exclusiones de los beneficios o la cobertura, por favor visite nuestro [sitio de Internet](#) para ver nuestra Evidencia de Cobertura, Resúmenes de Beneficios y Cobertura correspondientes a todos los niveles de plan, así como cualquier otra información.

Declaración de no discriminación

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

Ambetter of North Carolina Inc.:

- 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 of North Carolina Inc. a 1-833-863-1310 (Relay 711).

Si considera que Ambetter of North Carolina Inc., no le ha proporcionado estos servicios, o en cierto modo le ha discriminado debido a su raza, color, origen nacional, edad, discapacidad o sexo, puede presentar una queja ante: Ambetter of North Carolina Inc., ATTN: Ambetter Grievances and Appeals Department, 12515-8 Research Blvd, Suite 400, Austin, TX 78759, 1-833-863-1310 (Relay 711), Fax 1-833-886-7956. Usted puede presentar una queja por correo o fax. Si necesita ayuda para presentar una queja, Ambetter of North Carolina Inc., está disponible para brindarle ayuda. También puede presentar una queja 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 quejas de la Oficina de derechos civiles, disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o por correo o vía telefónica llamando al: 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 queja 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 of North Carolina Inc., tiene derecho a obtener ayuda e información en su idioma sin costo alguno. Para hablar con un intérprete, llame al 1-833-863-1310 (Relay 711).
Chinese:	如果您，或是您正在協助的對象，有關於 Ambetter of North Carolina Inc.，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 1-833-863-1310 (Relay 711)。
Vietnamese:	Nếu quý vị, hay người mà quý vị đang giúp đỡ, có câu hỏi về Ambetter of North Carolina Inc., 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 1-833-863-1310 (Relay 711).
Korean:	만약 귀하 또는 귀하가 돕고 있는 어떤 사람이 Ambetter of North Carolina Inc.,에 관해서 질문이 있다면 귀하는 그러한 도움과 정보를 귀하의 언어로 비용 부담없이 얻을 수 있는 권리가 있습니다. 그렇게 통역사와 얘기하기 위해서는 1-833-863-1310 (Relay 711). 로 전화하십시오.
French:	Si vous-même ou une personne que vous aidez avez des questions à propos d'Ambetter of North Carolina Inc., vous avez le droit de bénéficier gratuitement d'aide et d'informations dans votre langue. Pour parler à un interprète, appelez le 1-833-863-1310 (Relay 711).
Arabic:	إذا كان لديك أو لدى شخص تساعد أسئلة حول ، Ambetter of North Carolina Inc. ، لديك الحق في الحصول على المساعدة والمعلومات الضرورية بلغتك من دون أية تكلفة. للتحدث مع مترجم اتصل 1-833-863-1310 (Relay 711).
Hmong:	Yog koj, los yog tej tus neeg uas koj pab ntawd, muaj lus nug txog Ambetter of North Carolina Inc., koj muaj cai kom lawv muab cov ntshiab lus qhia uas tau muab sau ua koj hom lus pub dawb rau koj. Yog koj xav nrog ib tug neeg txhais lus tham, hu rau 1-833-863-1310 (Relay 711).
Russian:	В случае возникновения у вас или у лица, которому вы помогаете, каких-либо вопросов о программе страхования Ambetter of North Carolina Inc., вы имеете право получить бесплатную помощь и информацию на своем родном языке. Чтобы поговорить с переводчиком, позвоните по телефону 1-833-863-1310 (Relay 711).
Tagalog:	Kung ikaw, o ang iyong tinutulongan, ay may mga katanungan tungkol sa Ambetter of North Carolina Inc., may karapatan ka na makakuha nang tulong at impormasyon sa iyong wika ng walang gastos. Upang makausap ang isang tagasalin, tumawag sa 1-833-863-1310 (Relay 711).
Gujarati:	જે તમને અથવા તમે જેમની મદદ કરી રહો છો તેમને, Ambetter of North Carolina Inc., વિશે કોઈ પરસ્પર હોય તો તમને, કોઈ ખચર વિના તમારી ભાષામાં મદદ અને માહિતી પ્રસ્તુત કરવાનો અધિકાર છે. દુભાષિયા સાથે વાત કરવા માટે 1-833-863-1310 (Relay 711) ઉપર શોલ કરો.
Mon-Khmer, Cambodian:	បសិនេលាកអ្នកឬ នរណាម្នាក់ដែលអ្នកកំពុងកែជួយមានបញ្ហាអំពី Ambetter of North Carolina Inc., អ្នកមានសិទ្ធិទទួលបានជំនួយសេរីឥតមានជាកាសា លាកអ្នកដោយគ្រឿងគ្រឿងស្រវឹង សូមទូរស័ព្ទទៅកាន់អ្នកបកប្រែលេខ 1-833-863-1310 (Relay 711)។
German:	Falls Sie oder jemand, dem Sie helfen, Fragen zu Ambetter of North Carolina Inc., 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 1-833-863-1310 (Relay 711) an.
Hindi:	आप या जिसकी आप मदद कर रहे हैं उनका Ambetter of North Carolina Inc., कबारे में कोई सवाल हों, तो आपको बिना किसी खचरकअपनी भाषा में मदद और जानकारी प्राप्त करने का अधिकार है। किसी दुभाषिये से बात करने के लिए 1-833-863-1310 (Relay 711) पर कॉल करें।
Laotian:	ຖ້າທ່ານ ຫຼື ຄົນທີ່ທ່ານກຳລັງຊ່ວຍເຫຼືອ ມີຄຳຖາມ ກ່ຽວ ກັບ Ambetter of North Carolina Inc., ທ່ານມີສິດທີ່ຈະໄດ້ ຮັບການ ຊ່ວຍເຫຼືອ ຕະຫຼອດ ຂໍ້ມູນ ຂ່າວສານ ທີ່ເປັນ ພາສາ ຂອງທ່ານ ໂດຍບໍ່ມີຄ່າໃຊ້ຈ່າຍ. ຕົວອະ ຕົວ ກັບ ນາຍພາສາ ໃຫ້ໂທຫາ 1-833-863-1310 (Relay 711).
Japanese:	Ambetter of North Carolina Inc., 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、1-833-863-1310 (Relay 711). までお電話ください。