



El Resumen de beneficios y cobertura (SBC, por sus siglas en inglés) es un documento que le ayudará a elegir un plan médico. El SBC le muestra cómo usted y el plan compartirían el costo de los servicios médicos cubiertos. NOTA: La información sobre el costo de este plan (llamada prima) se proporcionará aparte. Esto es solo un resumen. 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). Para una definición de los términos de uso común, como monto permitido, facturación del saldo, coseguro, copago, deductible, proveedor, u otros términos delineados consulte el glosario. Puede ver una copia del glosario en <https://www.healthcare.gov/sbc-glossary> o llamar a 1-833-863-1310 (Relay 711) para solicitar una copia.

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué es importante:
¿Cuál es el <u>deductible</u> general?	\$1,950 individual / \$3,900 Familia.	Por lo general, usted debe pagar todos los costos de los <u>proveedores</u> hasta el monto <u>deducible</u> antes de que este <u>plan</u> comience a pagar. Si usted tiene otros miembros de la familia en el <u>plan</u> , cada miembro de la familia debe cumplir con su propio <u>deducible</u> individual hasta que el monto total de los gastos <u>deducibles</u> pagados por todos los miembros de la familia cumpla con el <u>deducible</u> general de la familia.
¿Se cubre algún servicio antes de pagar todo el <u>deductible</u> ?	Sí. Los servicios de <u>atención preventiva</u> , <u>atención primaria</u> , <u>especialistas</u> y <u>visitas a la oficina de atención de urgencia</u> , examen de ojos y anteojos para niños, medicamentos genéricos y de marca preferida están cubiertos antes de cumplir con su <u>deducible</u> .	Este <u>plan</u> cubre algunos artículos y servicios incluso si aún no ha cumplido con la cantidad <u>deducible</u> . Pero puede aplicarse un <u>copago</u> o <u>coseguro</u> . Por ejemplo, este <u>plan</u> cubre ciertos <u>servicios preventivos</u> sin <u>costo compartido</u> y antes de que usted cumpla con su <u>deducible</u> . Consulte una lista de <u>los servicios preventivos cubiertos</u> en https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/ .
¿Hay algún otro <u>deductibles</u> por servicios específicos?	No.	Usted no tiene que cumplir con los <u>deducibles</u> para servicios <u>específicos</u> .
¿Cuál es el máximo en gastos directos del bolsillo de este <u>plan</u> ?	Para <u>proveedores de red</u> : \$1,950 individual / \$3,900 Familia. No, <u>paraproveedores</u> que no son de red.	El <u>límite de gastos de su bolsillo</u> es lo máximo que podría pagar en un año por los servicios cubiertos. Si usted tiene otros miembros de la familia en este <u>plan</u> , tienen que cumplir con sus propios <u>límites de su bolsillo</u> hasta que se haya cumplido con el <u>límite general de gastos de la familia</u> .
¿Qué no incluye el <u>desembolso máximo</u> ?	Primas, <u>cargos por facturación de saldo</u> y <u>atención médica</u> que este <u>plan</u> no cubre.	A pesar de que usted paga estos gastos, que don't contar para el <u>límite de bolsillo</u> .

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué es importante:
¿Pagará un poco menos si acude a un proveedor dentro de la red médica?	Sí. Consulte Buscar un proveedor o llame 1-833-863-1310 (Relé 711) para obtener una lista de proveedores de red.	Este plan utiliza una red de proveedores. Usted pagará menos si utiliza un proveedor en la red del plan. Usted pagará más si utiliza un proveedor fuera de la red y puede recibir una factura de un proveedor por la diferencia entre el cargo del proveedor y lo que paga su plan (facturación de saldo). Tenga en cuenta que el proveedor de red podría usar un proveedor fuera de la red para algunos servicios (como el trabajo de laboratorio). Consulte con su proveedor antes de recibir servicios.
¿Necesita un referido para ver a un especialista?	No.	Puede ver al especialista que elija sin una referencia.



Todos los costos de copago and coseguro que se indican en esta tabla son después de que se haya completado el deductible si aplica un deductible.

Eventos médicos comunes	Servicios que podría necesitar	Lo que usted paga		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor en la red (Usted pagará lo mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará lo máximo)	
<u>Si acude a la oficina o clínica de un proveedor de salud</u>	Visita de atención primaria para tratar una lesión o enfermedad	Sin cargo	No cubierto	----Ninguno----
	Visita al <u>especialista</u>	\$5 Copago / visita; deductible no se aplica	No cubierto	----Ninguno----
	<u>Atención preventiva/ examen colectivo/ vacuna</u>	Sin cargo	No cubierto	----Ninguno----
<u>Si se realiza un examen</u>	<u>Prueba diagnóstica</u> (radiografía, análisis de sangre)	Sin cargo después del deductible	No cubierto	Es posible que se requiera autorización previa. Si no se obtiene una autorización previa para cualquier servicio que requiera autorización previa, puede resultar en una reducción de los beneficios. Consulte su política para obtener más detalles.
	Estudios de imágenes (tomografía computarizada, estudio PET, resonancia magnética)	Sin cargo después del deductible	No cubierto	Es posible que se requiera autorización previa.

Eventos médicos comunes	Servicios que podría necesitar	Lo que usted paga		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor en la red (Usted pagará lo mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará lo máximo)	
Si necesita medicamentos para tratar su enfermedad o infección. Hay más información disponible acerca de la cobertura de medicamentos con receta en lista de medicamentos preferidos .	Medicamentos genéricos (Nivel 1)	Sin cargo	No cubierto	Se proporcionan <u>medicamentos recetados</u> hasta 30 días al por menor y hasta 90 días a través de la orden por correo. Los pedidos por correo están sujetos a 2.5x importe <u>de costo compartido</u> al por menor.
	Medicamentos de marcas preferidas (Nivel 2)	venta al por menor: \$25 <u>Copago</u> / receta; Pedido por correo: \$62.50 <u>Copago</u> / receta; <u>deducible</u> no se aplica	No cubierto	Es posible que se requiera autorización previa. Se proporcionan <u>medicamentos recetados</u> hasta 30 días al por menor y hasta 90 días a través de la orden por correo. Los pedidos por correo están sujetos a 2.5x importe <u>de costo compartido</u> al por menor.
	Medicamentos de marcas no preferidas (Nivel 3)	Sin cargo después <u>del deducible</u>	No cubierto	Es posible que se requiera autorización previa. Se proporcionan <u>medicamentos recetados</u> hasta 30 días al por menor y hasta 90 días a través de la orden por correo. Los pedidos por correo están sujetos a 2.5x importe <u>de costo compartido</u> al por menor.
	<u>Medicamentos especializados</u> (Nivel 4)	Sin cargo después <u>del deducible</u>	No cubierto	Es posible que se requiera autorización previa. Se proporcionan <u>medicamentos recetados</u> hasta 30 días al por menor y hasta 30 días a través de la orden por correo.
Si se somete a una operación ambulatoria	Cargo de instalaciones (p. ej., centro de cirugía ambulatoria)	Sin cargo después <u>del deducible</u>	No cubierto	Es posible que se requiera autorización previa.
	Honorarios del médico/cirujano	Sin cargo después <u>del deducible</u>	No cubierto	Es posible que se requiera autorización previa.

Eventos médicos comunes	Servicios que podría necesitar	Lo que usted paga		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor en la red (Usted pagará lo mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará lo máximo)	
Si necesita atención médica inmediata	<u>Atención en la sala de emergencias</u>	Sin cargo después <u>del deducible</u>	Sin cargo después <u>del deducible</u>	----Ninguno----
	<u>Transporte médico de emergencia</u>	Sin cargo después <u>del deducible</u>	Sin cargo después <u>del deducible</u>	----Ninguno----
	<u>Atención de urgencia</u>	\$10 <u>Copago / visita; deducible no se aplica</u>	No cubierto	----Ninguno----
Si le hospitalizan	Cargo de instalaciones (p. ej., habitación de hospital)	Sin cargo después <u>del deducible</u>	No cubierto	Es posible que se requiera autorización previa.
	Honorarios del médico/cirujano	Sin cargo después <u>del deducible</u>	No cubierto	Es posible que se requiera autorización previa.
Si necesita servicios de salud mental, conductual o toxicomanías	Sevicios ambulatorios	Sin cargo / visita a la oficina; Sin cargo después <u>del deducible</u> por todos los demás servicios ambulatorios	No cubierto	Es posible que se requiera autorización previa. (Las visitas de PCP y otras visitas profesionales no requieren autorización previa)
	Servicios internos	Sin cargo después <u>del deducible</u>	No cubierto	Es posible que se requiera autorización previa.

Eventos médicos comunes	Servicios que podría necesitar	Lo que usted paga		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor en la red (Usted pagará lo mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará lo máximo)	
Si está embarazada	Visitas al consultorio	Sin cargo	No cubierto	No se requiere autorización previa para las entregas dentro del plazo estándar según la regulación federal, pero puede ser necesaria para otros servicios. <u>La distribución de costos</u> no se aplica a los <u>servicios preventivos</u> . Dependiendo del tipo de servicios, se pueden aplicar <u>coseguros, deducibles o copago</u> . La atención de la maternidad puede incluir pruebas y servicios descritos en otra parte del SBC (es decir, ultrasonido).
	Servicios de parto profesionales	Sin cargo después <u>del deducible</u>	No cubierto	No se requiere autorización previa para las entregas dentro del plazo estándar según la regulación federal, pero puede ser necesaria para otros servicios. <u>La distribución de costos</u> no se aplica a los <u>servicios preventivos</u> . Dependiendo del tipo de servicios, se pueden aplicar <u>coseguros, deducibles o copago</u> . La atención de la maternidad puede incluir pruebas y servicios descritos en otra parte del SBC (es decir, ultrasonido).
	Servicios de instalaciones de partos profesionales	Sin cargo después <u>del deducible</u>	No cubierto	No se requiere autorización previa para las entregas dentro del plazo estándar según la regulación federal, pero puede ser necesaria para otros servicios. <u>La distribución de costos</u> no se aplica a los <u>servicios preventivos</u> . Dependiendo del tipo de servicios, se pueden aplicar <u>coseguros, deducibles o copago</u> . La atención de la maternidad puede incluir pruebas y servicios descritos en otra parte del SBC (es decir, ultrasonido).

Eventos médicos comunes	Servicios que podría necesitar	Lo que usted paga		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor en la red (Usted pagará lo mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará lo máximo)	
Si necesita ayuda recuperándose o tiene otras necesidades de salud especiales	<u>Cuidado de la salud en el hogar</u>	Sin cargo después <u>del deducible</u>	No cubierto	Es posible que se requiera autorización previa.
	<u>Servicios de rehabilitación</u>	Sin cargo después <u>del deducible</u>	No cubierto	30 visitas por año combinadas para terapias ocupacionales y físicas y quiropráctica; 30 visitas al año para la terapia del habla.
	<u>Servicios de habilitación</u>	Sin cargo después <u>del deducible</u>	No cubierto	30 visitas por año combinadas para terapias ocupacionales y físicas y quiropráctica; 30 visitas al año para la terapia del habla.
	<u>Cuidado de enfermería especializada</u>	Sin cargo después <u>del deducible</u>	No cubierto	Es posible que se requiera autorización previa. 60 Días al año.
	<u>Equipo médico duradero</u>	Sin cargo después <u>del deducible</u>	No cubierto	Es posible que se requiera autorización previa.
	<u>Servicios de cuidados paliativos o enfermos terminales</u>	Sin cargo después <u>del deducible</u>	No cubierto	Es posible que se requiera autorización previa.
Si su niño necesita servicios odontológicos o de la vista	Examen de la vista pediátrico	Sin cargo	No cubierto	1 examen por año.
	Anteojos para niños	Sin cargo	No cubierto	1 artículo por año.
	Chequeo dental pediátrico	No cubierto	No cubierto	----Ninguno----

Servicios excluidos y otros servicios cubiertos:

Servicios que su [plan](#) generalmente NO cubre (consulte el documento de su [plan](#) o póliza para encontrar más información y una lista de otros [servicios excluidos](#).)

- | | | | |
|---|--|-------------------------------------|--------------------------------|
| • Aborto (excepto en casos de violación, incesto o cuando la vida de la madre está en peligro) fuera de los EE. UU. | • Atención que no es de emergencia cuando se viaja | • Cuidado a largo plazo | • Odontólogos |
| • Acupuntura | • Cirugía estética | • Cuidado ocular de rutina (adulto) | • Programas de pérdida de peso |

Otros servicios cubiertos (podrían aplicarse limitaciones a estos servicios. Esto no es una lista completa. Consulte el documento de su [plan](#) document.)

- | | | | |
|---|--|----------------------------------|--|
| • Audífonos (Un audífono por oído con discapacidad auditiva y audífonos de reemplazo, una vez cada tres años) | • Cuidado quiropráctico (limitado a 30 visitas de especialistas con PT y OT) | • Enfermería de servicio privado | • Tratamiento de la infertilidad (Tres tratamientos de por vida) |
| • Cirugía bariátrica (Para el tratamiento quirúrgico de la obesidad mórbida) | • Cuidado rutinario del pie (relacionado con el tratamiento de la diabetes) | | |

Sus derechos a continuar con su cobertura Hay agencias que pueden ayudarle si desea continuar con su cobertura cuando esta termine. La información de contacto de estas agencias es: Ambetter of North Carolina at 1-833-863-1310 (Relay 711); North Carolina Department of Insurance, 1201 Mail Service Center Raleigh, NC 27699-1201, Phone No. 1-800-546-5664 or 1-919-807-6750. Podría tener también otras opciones de cobertura, como comprar cobertura de seguro individual a través del [Mercado](#) de Seguro Médico. Para más información acerca del [Mercado](#), visite www.CuidadDeSalud.gov o llame al 1-800-318-2596.

Sus derechos para presentar quejas o apelaciones: Hay agencias que pueden ayudarle si tiene una queja contra su [plan](#) por negarle una [reclamación](#). Esta queja se llama [reclamo](#) or [apelación](#). Para más información acerca de sus derechos, consulte la explicación de beneficios que recibirá para este [reclamo](#) médico. Sus documentos del [plan](#) también incluirán información completa sobre cómo presentar un [reclamo](#), [apelación](#), o una [queja](#) a su [plan](#) por cualquier motivo. Para más información sobre sus derechos, esta notificación o para recibir asistencia, comuníquese con: North Carolina Department of Insurance, 1201 Mail Service Center Raleigh, NC 27699-1201, Phone No. 1-800-546-5664 or 1-919-807-6750. Additionally, a consumer assistance program can help you file your appeal. Contact 877-885-0231.

¿Este plan proporciona cobertura esencial mínima?

Si no tiene [cobertura esencial mínima](#) durante un mes, tendrá que realizar un pago con su declaración de impuestos, a menos que califique para una exención del requisito de tener cobertura médica ese mes.

¿Este plan cumple con los estándares de valor mínimo?

Si su [plan](#) [estándares de valor mínimo](#), usted podría calificar para un [crédito fiscal para las primas](#) para ayudarle a pagar un [plan](#) a través del [Mercado](#).

Servicios lingüísticos:

Spanish (Español): Para obtener asistencia en Español, llame al 1-833-863-1310 (Relay 711)

Tagalog (Tagalog): Kung kailangan ninyo ang tulong sa Tagalog tumawag sa 1-833-863-1310 (Relay 711)

Chinese (中文): 如果需要中文的帮助, 请拨打这个号码 1-833-863-1310 (Relay 711)

Navajo (Dine): Dinek'ehgo shika a'ohwol ninisingo, kwijigo holne' 1-833-863-1310 (Relay 711)

Para ver ejemplos de cómo este [plan](#) podría cubrir los costos de una situación médica hipotética, consulte la próxima sección.

Acerca de los ejemplos de cobertura:



Este no es un estimador de costos.. Los tratamientos ilustrados son ejemplos de cómo este [plan](#) podría cubrir atención médica. Los costos en sí serán diferentes, en función de la atención que termine recibiendo, los precios que cobren sus proveedores y dentro del [plan](#). Utilice esta información para comparar la porción de los costos que usted tendría que pagar con otros [planes](#) médicos distintos. Tenga en mente que estos ejemplos de cobertura se basan solo en la cobertura individual.

Peg está embarazada

(nueve meses de atención prenatal en la red y parto en el hospital)

El proveedores general del plan	\$1,950
Especialista copago	\$5
Hospital (Instalaciones) coseguro	0%
Otro coseguro	0%

Este EJEMPLO incluye servicios como:

Visitas al especialista (*atención prenatal*)
Servicios de parto profesionales
Servicios de instalaciones de partos profesionales
Pruebas diagnósticas (*sonogramas y análisis de sangre*)
Visita al especialista (*anestesia*)

Costo total hipotético \$12,800

En este ejemplo, Peg pagaría:

Costo compartido	
Deductibles	\$1,950
Copagos	\$0
Coseguro	\$0
Qué no está cubierto	
Límites o exclusiones	\$60
El total que Peg pagaría es	\$2,010

Control de la diabetes tipo 2 de Joe

(un año de atención en la red de rutina de una enfermedad bien manejada)

El proveedores general del plan	\$1,950
Especialista copago	\$5
Hospital (Instalaciones) coseguro	0%
Otro coseguro	0%

Este EJEMPLO incluye servicios como:

Visitas al consultorio del médico primario (*incluye sesiones informativas sobre la enfermedad*)
Pruebas diagnósticas (*análisis de sangre*)
Medicamentos por recetas
Equipo médico duradero (*medidor de glucosa*)

Costo total hipotético \$7,400

En este ejemplo, Joe pagaría:

Costo compartido	
Deductibles	\$1,600
Copagos	\$300
Coseguro	\$0
Qué no está cubierto	
Límites o exclusiones	\$60
El total que Joe pagaría es	\$1,960

Fractura simple de Mia

(visita a la sala de emergencias dentro de la red y visitas de seguimiento)

El proveedores general del plan	\$1,950
Especialista copago	\$5
Hospital (Instalaciones) coseguro	0%
Otro coseguro	0%

Este EJEMPLO incluye servicios como:

Sala de emergencias (*incluye materiales médicos*)
Prueba diagnóstica (*radiografía*)
Equipo médico duradero (*muletas*)
Servicios de rehabilitación (*terapia física*)

Costo total hipotético \$1,900

En este ejemplo, Mia pagaría:

Costo compartido	
Deductibles	\$1,100
Copagos	\$20
Coseguro	\$0
Qué no está cubierto	
Límites o exclusiones	\$0
El total que Mia pagaría es	\$1,120

El [plan](#) sería responsable de los demás costos por estos servicios cubiertos en este EJEMPLO.

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 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., 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 대해서 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 تساعدك أسلمة حول Ambetter of North Carolina Inc., لديك الحق في الحصول على المساعدة والمعلومات المضورية بلغتك من دون آية تكلفة، للتتحدث مع مترجم اتصل بـ 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 ntshiaib 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 tinutulangan, ay may mga katanungan tungkol sa Ambetter of North Carolina Inc., may karapatán 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 રહ્યે છો તેમને, Ambetter of North Carolina Inc., વિશે બોઈ પરરક્ષ હોય તો તમને, બોઈ ખરચ વિના તમારી ભાષામાં મદદ અને માહિતી પરશપ કરવાનો અધિકાર છે. દુઃખાણિયા સાથે વાત કરવા માટે 1-833-863-1310 (Relay 711) ઉપર બોલ કરો.
Mon-Khmer, Cambodian:	បាសិនធភាមុន្តោះ ធនាគារកំណត់សម្បាក់ការិយាល័យបានបញ្ជីរក្សា Ambetter of North Carolina Inc., ឬដែលមានសិទ្ធិខ្ពស់បាន និងអាយុវជ្ជកម្មរបស់បានជាតិ។ សាកល្ប័ន្តការិយាល័យនៅក្នុង សូចក្រើមយោទេសការិយាល័យ 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 जसिकी आप मदद कर रहे हैं। उनको, Ambetter of North Carolina Inc., केवारे कोई सवाल है, तो आपको बिना किसी खर्च के अपनी भाषा मदद और जानकारी प्राप्त करने का अधिकार है। किसी दुष्कषिय से बात करने के लिए 1-833-863-1310 (Relay 711) पर कॉल करें।
Laotian:	ຖ້າ ທ່ານ ຫຼື ຄົນທີ່ທ່ານກ່າວ້າ ຢັງຈຳລໍ່າທີ່ມີຄ່າຖາມ ທ່ານ ກໍາ Ambetter of North Carolina Inc., ທ່ານມີວິທີ່ທີ່ຈະໄດ້ ຂັບການຊ່ວຍເຫຼືອແວ່ຂໍ້ມູນ ຂ່າວ່າວ່ານທີ່ເປັນພາສາຂອງທ່ານ ໂດຍບໍ່ມີຄ່າໃຊ້ ລໍາລ. ເພື່ອຈະ ດັ່ງ ກໍາປັນຍາທີ່ໃຫ້ໄທທ່ານ 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。