



El Resumen de beneficios y cobertura (SBC) lo ayudará a escoger un plan de salud. El SBC muestra cómo usted y el plan compartirían los costos de los servicios de atención médica cubiertos. NOTA: La información sobre el costo de este plan (denominado prima) se proporcionará por separado. Este es solo un resumen. Para obtener más información sobre su cobertura u obtener una copia de los términos completos de la cobertura, <https://www-es.AmbetterofNorthCarolina.com/2021-brochures.html> o llamar al 1-833-863-1310 (Relay 711). Para ver las definiciones de términos frecuentes, como cantidad permitida, facturación de saldo, coseguro, copago, deductible, proveedor u otros términos subrayados, consulte el glosario. Puede consultar el glosario en <https://www.healthcare.gov/sbc-glossary> o llamar al 1-833-863-1310 (Relay 711) para pedir una copia.

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué es importante:
¿Cuánto es el <u>deductible</u> total?	\$2,995 por individuo y \$5,990 por familia.	En general, debe pagar todos los costos de los <u>proveedores</u> hasta la cantidad <u>deductible</u> antes de que este <u>plan</u> comience a pagar. Si tiene otros familiares en el <u>plan</u> , cada familiar debe satisfacer su propio <u>deductible</u> individual hasta que la cantidad total de gastos <u>deductibles</u> pagados por todos los familiares satisfagan el <u>deductible</u> familiar total.
¿Hay servicios cubiertos antes de alcanzar su <u>deductible</u> ?	Sí. Visitas al consultorio para servicios de <u>atención preventiva</u> , atención primaria, y de <u>atención de urgencia</u> , exámenes de la vista y anteojos para niños, análisis de laboratorio, medicamentos genéricos y de marca preferida están cubiertos antes de que llegue a su <u>deductible</u> .	Este <u>plan</u> cubre algunos productos y servicios aunque aún no haya alcanzado la cantidad del <u>deductible</u> . Sin embargo, se podría aplicar un <u>copago</u> o un <u>coseguro</u> . Por ejemplo, este <u>plan</u> cubre ciertos <u>servicios preventivos</u> sin <u>costos compartidos</u> antes de que alcance su <u>deductible</u> . Consulte una lista de <u>servicios preventivos</u> cubiertos en <a href="https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/">https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/</a>
¿Hay otros <u>deductibles</u> para servicios específicos?	No.	No debe pagar <u>deductibles</u> por servicios específicos.
¿Cuánto es el <u>límite de gastos de bolsillo</u> para este <u>plan</u> ?	Para <u>proveedores de la red</u> , \$5,400 por individuo y \$10,800 por familia. No es aplicable a los <u>proveedores fuera de la red</u> .	El <u>límite de gastos de bolsillo</u> es lo máximo que puede pagar en un año por servicios cubiertos. Si tiene otros familiares en este <u>plan</u> , ellos tienen que satisfacer sus propios <u>límite de gastos de bolsillo</u> hasta que se haya satisfecho el <u>límite de gastos de bolsillo</u> familiar total.
¿Qué es lo que no está incluido en el <u>límite de gastos de bolsillo</u> ?	<u>Primas</u> , <u>facturación de saldo</u> , y atención médica que este <u>plan</u> no cubre.	Aunque pague estos gastos, no cuentan para el <u>límite de gastos del bolsillo</u> .
¿Pagará menos si acude a un <u>proveedor dentro de la red</u> ?	Sí. <u>Encontrar un proveedor</u> o llame al 1-833-863-1310 (Relay 711) para una lista de <u>proveedores de la red</u> .	Este <u>plan</u> utiliza una <u>red de proveedores</u> . Pagará menos si usa un <u>proveedor</u> que esté incluido en la <u>red</u> del <u>plan</u> . Pagará más si acude a un <u>proveedor fuera de la red</u> , y es posible que reciba una factura de un <u>proveedor</u> por la diferencia entre el cargo del <u>proveedor</u> y lo que su <u>plan</u> paga ( <u>facturación de saldo</u> ). Tenga en cuenta que su <u>proveedor dentro de la red</u> puede usar un <u>proveedor fuera de la red</u> para algunos servicios (como análisis de laboratorio). Consulte con su <u>proveedor</u> antes de recibir los servicios.

¿Necesita una <a href="#">derivación</a> para atenderse con un <a href="#">especialista</a> ?	No.	Puede ver al <a href="#">especialista</a> que usted elija sin una derivación.
---	-----	---

⚠️ Todos los [copagos](#) y el [coseguro](#) que se muestran en este cuadro se aplican después de alcanzar su [deductible](#), si se aplica uno.

Circunstancia médica común	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor dentro de la red (Usted pagará el mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará el máximo)	
Si acude al consultorio o clínica del proveedor	Consulta con su médico de atención primaria para tratar una afección o lesión	\$15 <a href="#">Copago</a> / visita; <a href="#">deductible</a> no se aplica	No cubierto	Visitas virtuales de Ambetter Health cubiertas a \$0, <a href="#">proveedores</a> cubiertos en su totalidad, no aplica <a href="#">deductible</a> .
	Consulta con un <a href="#">especialista</a>	35% <a href="#">Coseguro</a>	No cubierto	-----Ninguno-----
	<a href="#">Atención preventiva/evaluación/vacunas</a>	Sin cargo; <a href="#">deductible</a> no se aplica	No cubierto	Puede que tenga que pagar por servicios que no son preventivos. Pregunte a su <a href="#">proveedor</a> si los servicios necesarios son preventivos. Luego verifique por lo que su <a href="#">plan</a> pagará.
Si se realiza un examen	<a href="#">Exámenes de diagnóstico</a> (radiografías, análisis de sangre)	\$35 <a href="#">Copago</a> / prueba para servicios ambulatorios y profesionales de laboratorio (no se aplica <a href="#">deductible</a> ); <a href="#">Coseguro</a> del 35% para rayos X e imágenes diagnósticas	No cubierto	Puede que sea necesaria una autorización previa. Cubierto sin límite. Incapacidad para obtener autorización previa para cualquier servicio que requiera autorización previa puede ocasionar disminución de beneficios. Vea su póliza para obtener más detalles.
	Diagnóstico por imágenes (tomografía computarizada/tomografía por emisión de positrones, imágenes por resonancia magnética)	35% <a href="#">Coseguro</a>	No cubierto	Puede que sea necesaria una autorización previa. Cubierto sin límite.

\* Para obtener más información sobre limitaciones y excepciones, consulte el documento del [plan](#) o de la póliza en <https://api.centene.com/EOC/2021/77264NC001.pdf>.

Circunstancia médica común	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor dentro de la red (Usted pagará el mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará el máximo)	
<b>Si necesita un medicamento para tratar su enfermedad o condición médica.</b>  Hay más información disponible sobre la <a href="#">cobertura de medicamentos con receta médica</a> en <a href="#">Lista de Medicamentos Preferidos</a> .	Medicamentos genéricos	Al por menor: \$30 <a href="#">Copago</a> / receta; <a href="#">deductible</a> no se aplica	No cubierto	Los <a href="#">medicamentos con receta</a> se proporcionan hasta por 30 días al por menor y hasta 90 días por pedidos por correo. Los pedidos por correo están sujetos a una cantidad de <a href="#">costo compartido</a> de 2.5x del precio de venta al por menor.
	Medicamentos de marca preferidos	Al por menor: \$75 <a href="#">Copago</a> / receta; <a href="#">deductible</a> no se aplica	No cubierto	Puede que sea necesaria una autorización previa. Los <a href="#">medicamentos con receta</a> se proporcionan hasta por 30 días al por menor y hasta por 90 días por pedidos por correo. Los pedidos por correo están sujetos a una cantidad de <a href="#">costo compartido</a> de 2.5x del precio de venta al por menor.
	Medicamentos de marca no preferidos	Al por menor: 50% <a href="#">Coseguro</a>	No cubierto	Puede que sea necesaria una autorización previa. Los <a href="#">medicamentos con receta</a> se proporcionan hasta 30 días al por menor y hasta 30 días por pedidos por correo.
	<a href="#">Medicamentos de especialidad</a>	Al por menor: 50% <a href="#">Coseguro</a>	No cubierto	Puede que sea necesaria una autorización previa. Los <a href="#">medicamentos con receta</a> se proporcionan hasta 30 días al por menor y hasta 30 días por pedidos por correo.
<b>Si le hacen una cirugía ambulatoria</b>	Tarifa del centro (p. ej., centro de cirugía ambulatoria)	35% <a href="#">Coseguro</a>	No cubierto	Puede que sea necesaria una autorización previa. Cubierto sin límite.
	Tarifas del médico/cirujano	35% <a href="#">Coseguro</a>	No cubierto	Puede que sea necesaria una autorización previa. Cubierto sin límite.
<b>Si necesita atención médica inmediata</b>	<a href="#">Atención en la Sala de Emergencias</a>	35% <a href="#">Coseguro</a>	35% <a href="#">Coseguro</a>	-----Ninguno-----
	<a href="#">Transporte médico de emergencia</a>	35% <a href="#">Coseguro</a>	35% <a href="#">Coseguro</a>	-----Ninguno-----
	<a href="#">Atención de urgencia</a>	\$50 <a href="#">Copago</a> / visita; <a href="#">deductible</a> no se aplica	No cubierto	-----Ninguno-----
<b>Si necesita hospitalización</b>	Tarifa del centro (p. ej., habitación del hospital)	35% <a href="#">Coseguro</a>	No cubierto	Puede que sea necesaria una autorización previa. Cubierto sin límite.
	Tarifas del médico/cirujano	35% <a href="#">Coseguro</a>	No cubierto	Puede que sea necesaria una autorización previa. Cubierto sin límite.

\* Para obtener más información sobre limitaciones y excepciones, consulte el documento del [plan](#) o de la póliza en <https://api.centene.com/EOC/2021/77264NC001.pdf>.

Circunstancia médica común	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor dentro de la red (Usted pagará el mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará el máximo)	
<b>Si necesita servicios de salud mental, salud conductual o de abuso de sustancias</b>	Servicios para pacientes ambulatorios	<u>Coseguro</u> del 20% / visita al consultorio ( <u>deductible</u> no aplica); <u>Coseguro</u> del 35% para todos los demás servicios como paciente ambulatorio	No cubierto	Puede que sea necesaria una autorización previa. Cubierto sin límite. (PCP y otras visitas de médico no requieren autorización previa).
	Servicios para pacientes hospitalizados	35% <u>Coseguro</u>	No cubierto	Puede que sea necesaria una autorización previa. Cubierto sin límite.
<b>Si está embarazada</b>	Visitas al consultorio	\$15 <u>Copago</u> / visita; <u>deductible</u> no se aplica	No cubierto	No se requiere Autorización previa para entregas dentro del marco de tiempo estándar según las normas federales, pero se puede requerir para otros servicios. El <u>costo compartido</u> no aplica a <u>servicios preventivos</u> , tales como evaluaciones de rutina prenatales y posnatales. Dependiendo del tipo de servicios, puede que aplique un <u>coseguro</u> , <u>deductible</u> o <u>copago</u> . La atención por maternidad puede incluir las pruebas y servicios descritos en otro sitio en el SBC (por ej. ecografía).
	Servicios profesionales para el nacimiento y el parto	35% <u>Coseguro</u>	No cubierto	Puede que sea necesaria una autorización previa. Los <u>costos compartidos</u> no aplican para <u>servicios preventivos</u> . Dependiendo del tipo de servicios, puede que aplique un <u>copago</u> , <u>coseguro</u> o <u>deductible</u> . La atención por maternidad puede incluir las pruebas y servicios descritos en otro sitio en el SBC (por ej. ecografía).
	Servicios hospitalarios para el nacimiento y el parto	35% <u>Coseguro</u>	No cubierto	Puede que sea necesaria una autorización previa. Limitado a 30 visitas al año para terapia del habla en pacientes ambulatorios; limitado a 30 visitas al año para terapia
	<u>Atención médica en el hogar</u>	35% <u>Coseguro</u>	No cubierto	Puede que sea necesaria una autorización previa. Cubierto sin límite.
	<u>Servicios de rehabilitación</u>	35% <u>Coseguro</u>	No cubierto	Puede que sea necesaria una autorización previa. Limitado a 30 visitas al año para terapia del habla en pacientes ambulatorios; limitado a 30 visitas al año para terapia

\* Para obtener más información sobre limitaciones y excepciones, consulte el documento del plan o de la póliza en <https://api.centene.com/EOC/2021/77264NC001.pdf>.

Circunstancia médica común	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor dentro de la red (Usted pagará el mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará el máximo)	
<b>Si necesita servicios de recuperación o tiene otras necesidades especiales de salud</b>				ocupacional, terapia física y atención de quiropráctico ambulatoria.
	<u>Servicios de habilitación</u>	35% <u>Coseguro</u>	No cubierto	Puede que sea necesaria una autorización previa. Limitado a 30 visitas al año para terapia del habla en pacientes ambulatorios; limitado a 30 visitas al año para terapia ocupacional, terapia física y atención de quiropráctico ambulatoria.
	<u>Atención de enfermería especializada</u>	35% <u>Coseguro</u>	No cubierto	Puede que sea necesaria una autorización previa. Limitado a 60 días al año.
	<u>Equipo médico duradero</u>	35% <u>Coseguro</u>	No cubierto	Puede que sea necesaria una autorización previa. Cubierto sin límite.
<b>Si su hijo necesita servicios dentales o de la vista</b>	<u>Servicios en un programa de cuidados paliativos</u>	35% <u>Coseguro</u>	No cubierto	Puede que sea necesaria una autorización previa. Cubierto sin límite.
	Examen de la vista para niños	Sin costo; <u>deducible</u> no se aplica	No están cubiertos	Limitado a 1 examen al año.
	Anteojos para niños	Sin costo; <u>deducible</u> no se aplica	No están cubiertos	Limitado a 1 artículo al año.
	Control dental para niños	No están cubiertos	No están cubiertos	-----Ninguno-----

#### **Servicios excluidos y otros servicios cubiertos:**

**Servicios que su Plan, por lo general, NO cubre (consulte la póliza o documento del plan para obtener 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)
- Acupuntura
- Atención a largo plazo
- Atención de la vista de rutina (Adulto)
- Atención dental
- Cirugía estética
- Cuidado que no es de emergencia al viajar fuera de Estado Unidos
- Programas de pérdida de peso

\* Para obtener más información sobre limitaciones y excepciones, consulte el documento del plan o de la póliza en <https://api.centene.com/EOC/2021/77264NC001.pdf>.

**Otros servicios cubiertos (es posible que se apliquen limitaciones a estos servicios. Esta no es una lista completa. Consulte el documento del [plan](#)).**

- Audífonos (Limitado a 1 audífono por oído con problemas de audición, y reemplazo de los audífonos, una vez cada 36 meses.)
- Cirugía bariátrica ([Medicamento necesario](#) para el tratamiento de enfermedades y enfermedades causadas por o como resultado de la obesidad o de la obesidad mórbida.)
- Cuidado quiropráctico (Limitado a 30 consultas con [especialistas](#) combinadas con terapia ocupacional y física.)
- Cuidado rutinario de los pies (La cobertura está limitada a la atención de la diabetes solamente.)
- Servicio de enfermería privada
- Tratamiento de la infertilidad (Limitado a 3 tratamientos de por vida)

**Su derecho a continuar con la cobertura:** Hay organismos que pueden ayudarlo si quiere mantener la cobertura después de que esta finalice. La información de contacto de esos organismos es: Ambetter of North Carolina Inc. a 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.. Es posible que haya otras opciones de cobertura disponibles para usted, como contratar una cobertura de seguro individual a través del [Mercado de Seguros Médicos](#). Para obtener más información sobre el [Mercado](#), visite [www.HealthCare.gov](http://www.HealthCare.gov) o llame al 1-800-318-2596.

**Su derecho a presentar una queja o una apelación:** Hay organismos que pueden ayudarlo si tiene una queja contra su [plan](#) por la denegación de una [reclamación](#). Esta queja se denomina [queja formal](#) o [apelación](#). Para obtener más información sobre sus derechos, consulte la explicación de beneficios que recibirá por dicha [reclamación](#) médica. Los documentos de su [plan](#) también dan toda la información para presentar una [reclamación](#), una [apelación](#) o una [queja formal](#) por cualquier motivo a su [plan](#). Para obtener más información sobre sus derechos, sobre este aviso o si necesita ayuda, 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.

#### **¿Este plan proporciona cobertura esencial mínima? Sí**

La [cobertura esencial mínima](#) generalmente incluye [planes](#), [seguros médicos](#) disponibles a través del [Mercado](#) u otras pólizas de mercado individuales, Medicare, Medicaid, CHIP, TRICARE y otras coberturas específicas. Si usted es elegible para determinados tipos de [cobertura esencial mínima](#), tal vez no sea elegible para el [crédito fiscal para primas del plan](#).

#### **¿Cumple este plan el valor mínimo estándar? Sí**

Si su [plan](#) no cumple con el [valor mínimo estándar](#), es posible que cumpla con los requisitos para recibir un [crédito fiscal para primas del plan](#) que lo ayudará a pagar un [plan](#) en el [Mercado](#).

#### **Servicio de acceso a idiomas:**

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 at'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 de ejemplo, consulte la siguiente sección.**

## Acerca de estos ejemplos de cobertura:



**Esta no es una herramienta de cálculo de costos.** Los tratamientos que se muestran son solo ejemplos de cómo puede este [plan](#) cubrir la atención médica. Sus costos reales pueden variar según el tratamiento real que reciba, los precios que sus [proveedores](#) cobren y muchos otros factores. Fíjese en las cantidades de [costo compartido \(deducibles, copagos y coseguro\)](#) y en los [servicios excluidos](#) por el [plan](#). Use esta información para comparar la parte de los costos que podría pagar con los distintos [planes médicos](#). Tenga presente que estos ejemplos de cobertura se basan solo en una cobertura individual.

### Peg va a tener un bebé

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

■ El <a href="#">deductible</a> general del <a href="#">plan</a>	\$2,995
■ <a href="#">Especialista coseguro</a>	35%
■ Hospital (establecimiento) <a href="#">coseguro</a>	35%
■ Otro <a href="#">coseguro</a>	35%

Este EJEMPLO de evento incluye servicios como:

Visitas al consultorio del [especialista](#) (atención prenatal)  
Servicios profesionales para el nacimiento y el parto  
Servicios hospitalarios para el nacimiento y el parto  
[Exámenes de diagnóstico](#) (ecografías y análisis de sangre)  
Consulta con un [especialista](#) (anestesia)

Costo total del ejemplo	\$12,700
-------------------------	----------

En este ejemplo, Peg pagaría:

Costo compartidos	
Deducibles	\$2,995
Copagos	\$500
Coseguro	\$1,900
<i>Lo que no está cubierto</i>	
Límites o exclusiones	\$60
<b>El total que Peg pagaría es</b>	<b>\$5,455</b>

### Control de la diabetes tipo 2 de Joe

(un año de atención de rutina dentro de la red de una condición bien controlada)

■ El <a href="#">deductible</a> general del <a href="#">plan</a>	\$2,995
■ <a href="#">Especialista coseguro</a>	35%
■ Hospital (establecimiento) <a href="#">coseguro</a>	35%
■ Otro <a href="#">coseguro</a>	35%

Este EJEMPLO de evento incluye servicios como:

Visitas en el consultorio del [médico de atención primaria](#) (incluye la educación sobre enfermedades)  
[Exámenes de diagnóstico](#) (análisis de sangre)  
[Medicamentos con receta médica](#)  
[Equipo médico duradero](#) (glucómetro)

Costo total del ejemplo	\$5,600
-------------------------	---------

En este ejemplo, Joe pagaría:

Costo compartidos	
Deducibles	\$1,100
Copagos	\$1,400
Coseguro	\$0
<i>Lo que no está cubierto</i>	
Límites o exclusiones	\$20
<b>El total que Joe pagaría es</b>	<b>\$2,520</b>

### Fractura simple de Mia

(visita a la Sala de Emergencias dentro de la red y atención de seguimiento)

■ El <a href="#">deductible</a> general del <a href="#">plan</a>	\$2,995
■ <a href="#">Especialista coseguro</a>	35%
■ Hospital (establecimiento) <a href="#">coseguro</a>	35%
■ Otro <a href="#">coseguro</a>	35%

Este EJEMPLO de evento incluye servicios como:

[Atención en la Sala de Emergencias](#) (incluye suministros médicos)  
[Exámenes de diagnóstico](#) (radiografías)  
[Equipo médico duradero](#) (muletas)  
[Servicios de rehabilitación](#) (fisioterapia)

Costo total del ejemplo	\$2,800
-------------------------	---------

En este ejemplo, Mia pagaría:

Costo compartidos	
Deducibles	\$2,800
Copagos	\$0
Coseguro	\$0
<i>Lo que no está cubierto</i>	
Límites o exclusiones	\$0
<b>El total que Mia pagaría es</b>	<b>\$2,800</b>

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 كن لديك أو لدى شخص تساعدك أسلمة حول Ambetter of North Carolina Inc., لديك الحق في الحصول على المساعدة والمعلومات الضرورية بلغتك من دون آية تكلفة. للتحدث 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 horu 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 tinutulungan, 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 હોય તેમને, Ambetter of North Carolina Inc., વિશે કોઈ પરરાશ હોય તો તમને, કોઈ ખચર વિના તમારી ભાષામાં મદદ અને માહિતી પરસપર કરવાનો અપિકાર છે. દુઃખિયા સાથે વાત કરવા માટે 1-833-863-1310 (Relay 711) ઉપર કોલ કરો.
Mon-Khmer, Cambodian:	បសិនធភាពអ្នកជូន ទៅរាយក្រឹមអ្នកជូនយុទ្ធមានបច្ចុប្បន្ន Ambetter of North Carolina Inc., អ្នកជូនសិក្សាតួន្យេបាន និងខ្លួនឯកសារពាណិជ្ជកម្ម । លាក្ខអ្នកជូនយុទ្ធមានបច្ចុប្បន្ន 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 जसिकीं आप मदद कर रहे हैं उनके, Ambetter of North Carolina Inc., के बारे कोई सवाल हो, तो आपको बिना किसी खर्च के अपनी भाषा मदद और जानकारी प्राप्त करने का अधिकार है। किसी दुश्मिय से बात करने के लिए 1-833-863-1310 (Relay 711) पर कॉल करें।
Laotian:	ຖ້າ ທ່ານ ຫຼື ຄົນທີ່ ທ່ານກໍ່ວັງຈຳລົງທຶນ ມີຄໍາຖາມ ກ່ຽວ ກັບ Ambetter of North Carolina Inc., ຖ້ານມີສິດທີ່ຈະໄດ້ ຂັບການຊ່ວຍເຫຼືອແລະຂໍ້ມູນ ຂ່າວຂານທີ່ເປັນພາກຂອງທ່ານ ໂດຍບໍ່ມີຄໍາໄຊ ຈໍາລັງ。 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。

### 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>.