

福利和承保范围摘要 (SBC) 文档将帮助您选择健康计划。本 SBC 文档介绍了您与计划将如何共同承担承保的健康护理服务费用。

注意：有关本计划费用（称为保费）的信息将另外提供。本文档仅为计划摘要。如需了解有关您的承保范围的更多信息，或希望获取承保完整术语的副本，请访问

<https://ambetter.coordinatedcarehealth.com/2024-brochures.html>，或致电 1-877-687-1197 (TTY 711)。有关常用术语的一般定义，如[准许金额](#)、[差额账单](#)、[共同保险](#)、[共付额](#)、[免赔额](#)、[医疗服务提供者](#)或其他带下划线的术语，请参阅术语表。您可以在以下网址查看术语表

<https://www.healthcare.gov/sbc-glossary> 或致电 1-877-687-1197 (TTY 711) 索取一份术语表副本。

| 重要问题                 | 答案                                                                                                                         | 为什么这很重要：                                                                                                                                                                                                                                       |
|----------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 整体免赔额是多少？            | 个人 \$2,500 / 家庭 \$5,000。                                                                                                   | 一般来说，在本计划开始支付之前，您必须支付医疗服务提供者的所有费用，直至满足免赔额。如果您的计划中有其他家庭成员，每个家庭成员都必须满足自己的个人免赔额，直到所有家庭成员支付的免赔额费用总额达到家庭总免赔额。                                                                                                                                       |
| 在您达到您的免赔额前，是否有承保的服务？ | 是。在您达到自付额前，预防性护理服务、初级护理、精神健康/药物滥用障碍 (MH/SUD)、专科、紧急护理门诊、儿童眼科检查和配镜、化验、诊断成像、门诊康复和门诊适应性服务、救护车服务、居家保健、临终关怀服务、仿制药和首选品牌药物都在承保范围内。 | 即使您还没达到免赔额，此计划亦承保一些项目和服务。但可能需要支付共付额或共同保险。例如，在达到您的免赔额前，此计划会承保特定的预防性服务且没有费用分摊。请在以下网址查看承保的预防性服务清单：<br><a href="https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/">https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/</a> 。 |
| 特定服务是否还有其他免赔额？       | 否。                                                                                                                         | 您不必达到特定服务的免赔额。                                                                                                                                                                                                                                 |
| 此计划的最高自付额是多少？        | 对于网络内医疗服务提供者：个人 \$9,200 / 家庭 \$18,400。不适用于网络外医疗服务提供者。                                                                      | 最高自付额为您可能在一年内为承保的服务支付的最大金额。如果您还有其他家庭成员投保此计划。在达到家庭整体最高自付额之前，其他家庭成员必须达到其自己的最高自付额。                                                                                                                                                                |

| 重要问题                                         | 答案                                                                                                                                                                                         | 为什么这很重要：                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
|----------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 哪些不包含在 <b>最高自付额</b> 中？                       | <a href="#">保费</a> 、 <a href="#">差额账单</a> 费用、此 <b>计划</b> 未承保的健康护理、非承保服务费用以及 <a href="#">网络外医疗服务提供者</a> 提供的服务。                                                                              | 即使您已支付这些费用，相关费用亦不计入 <b>最高自付额</b> 。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| 如果使用 <a href="#">网络内医疗服务提供者</a> ，您支付的金额是否会少？ | 是。请参阅 <a href="https://ambetter.coordinatedcarehealth.com/findadoc">https://ambetter.coordinatedcarehealth.com/findadoc</a> 或致电 1-877-687-1197 (TTY 711) 索取 <a href="#">网络内医疗服务提供者</a> 清单。 | 此 <b>计划</b> 使用 <a href="#">医疗服务提供者网络</a> 。如果您使用 <b>计划网络</b> 内的 <a href="#">医疗服务提供者</a> ，您会支付较少费用。如果您使用 <a href="#">网络外医疗服务提供者</a> ，您会支付较多的费用，且可能会收到来自 <a href="#">医疗服务提供者</a> 的账单，其中为 <a href="#">医疗服务提供者</a> 的收费及您的 <b>计划</b> 支付的费用差额（ <a href="#">差额账单</a> ）。请注意，您的 <a href="#">网络内医疗服务提供者</a> 可能使用 <a href="#">网络外医疗服务提供者</a> 以提供某些服务（如化验）。请在获取服务前与您的 <a href="#">医疗服务提供者</a> 确认。 |
| 您是否需要 <b>转诊</b> 才能看 <a href="#">专科医生</a> ？   | 否。                                                                                                                                                                                         | 您可在不转诊的情况下至您选择的专科医生处就诊。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |



此表中所示的所有[共付额](#)和[共同保险](#)费用仅适用于您已经达到您的[免赔额](#)（如果[免赔额](#)适用）。

| 常见医疗事件                                  | 您可能需要的服务                         | 您需要支付的费用                                                                                                                                                    |                          | 限制、例外和其他重要信息                                                                                       |
|-----------------------------------------|----------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                         |                                  | 网络内医疗服务提供者<br>(您会支付最少费用)                                                                                                                                    | 网络外医疗服务提供者<br>(您会支付最多费用) |                                                                                                    |
| 如果您前往 <a href="#">医疗服务提供者</a> 的办公室或诊所就诊 | 初级护理就诊以治疗受伤或疾病                   | \$30 2 共付额前两次就诊费用为 \$1。； <a href="#">免赔额</a> 不适用                                                                                                            | 未覆盖                      | 从 Ambetter 网络提供商获得的无限制全天候虚拟护理就诊属于承保范围且免费，提供商全额承保，自付额不适用。                                           |
|                                         | 到 <a href="#">专科医生</a> 处就诊       | 共同支付额 \$65/就诊； <a href="#">免赔额</a> 不适用                                                                                                                      | 未覆盖                      | 无限制承保。                                                                                             |
|                                         | <a href="#">预防性护理/筛查</a> /疫苗接种   | 免费； <a href="#">免赔额</a> 不适用                                                                                                                                 | 未覆盖                      | 您可能需要为非预防性服务支付费用。请向您的 <a href="#">医疗服务提供者</a> 咨询您所需的服务是否为预防性服务。然后查看您的 <a href="#">计划</a> 将会支付哪些费用。 |
| 如果您进行检查                                 | <a href="#">诊断性检测</a> （X 光、血液检测） | 实验室和专业服务为共同支付额 \$40/就诊； <a href="#">免赔额</a> 不适用<br><br>X 光和诊断性影像为共同支付额 \$65/就诊； <a href="#">免赔额</a> 不适用<br><br>在其他服务地点获取实验室和专业服务以及 X 光及诊断性影像为共同支付额 \$600/就诊 | 未覆盖                      | 可能需要取得事先授权。无限制承保。其他服务地点可能包括医院、急诊室或门诊设施。<br><br>对于任何需要事先授权的服务，如果未能获得事先授权，将会导致保险福利被拒。                |
|                                         | 影像（CT/PET 扫描、MRI）                | 共同保险金 30%                                                                                                                                                   | 未覆盖                      | 可能需要取得事先授权。无限制承保。                                                                                  |

| 常见医疗事件                                                                                                                                                                                                                                                       | 您可能需要的服务                     | 您需要支付的费用                 |                          | 限制、例外和其他重要信息                                                                            |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|--------------------------|--------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                                                                                                                                                                                                                              |                              | 网络内医疗服务提供者<br>(您会支付最少费用) | 网络外医疗服务提供者<br>(您会支付最多费用) |                                                                                         |
| <p>如果您需要药物治疗您的疾病或病况</p> <p>如需了解有关<a href="https://ambetter.coordinatedcarehealth.com/2024formulary">处方药承保范围</a>的更多信息，请访问<a href="https://ambetter.coordinatedcarehealth.com/2024formulary">https://ambetter.coordinatedcarehealth.com/2024formulary</a>。</p> | 非专利药（第 1 级）                  | 零售：共同支付额 \$25/处方；免赔额不适用  | 未覆盖                      | 可能需要取得事先授权。处方药的零售到货期为 30 天内，邮购到货期为 90 天内。邮购需支付 2.5 倍零售分摊费用。                             |
|                                                                                                                                                                                                                                                              | 首选品牌药（第 2 级）                 | 零售：共同支付额 \$75/处方；免赔额不适用  | 未覆盖                      | 可能需要取得事先授权。处方药的零售到货期为 30 天内，邮购到货期为 90 天内。邮购需支付 2.5 倍零售分摊费用。                             |
|                                                                                                                                                                                                                                                              | 非首选品牌药（第 3 级）                | 零售：共同支付额 \$250/处方        | 未覆盖                      |                                                                                         |
|                                                                                                                                                                                                                                                              | <a href="#">特殊药物</a> （第 4 级） | 零售：共同支付额 \$250/处方        | 未覆盖                      | 可能需要取得事先授权。处方药的零售到货期为 30 天内，邮购到货期为 30 天内。                                               |
| 如果您进行门诊手术                                                                                                                                                                                                                                                    | 设施费（例如，非住院手术中心）              | 共同支付额 \$600/就诊           | 未覆盖                      | 可能需要取得事先授权。无限制承保。                                                                       |
|                                                                                                                                                                                                                                                              | 医师/外科手术费                     | 共同支付额 \$200/就诊           | 未覆盖                      | 可能需要取得事先授权。无限制承保。                                                                       |
| 如果您需要立即就医                                                                                                                                                                                                                                                    | <a href="#">急诊护理</a>         | 共同支付额 \$800/就诊           | 共同支付额 \$800/就诊           | 无限制承保。Washington 州内外的急诊服务仅适用网络内分摊费用；提供者/医院不论是否仍在我们的网络中，均不允许向会员收取差额。（请参见本图表上方关于差额收取的说明。） |
|                                                                                                                                                                                                                                                              | <a href="#">急救医疗转运</a>       | 共同支付额 \$375/就诊；免赔额不适用    | 共同支付额 \$375/就诊；免赔额不适用    | 无限制承保。备注：急诊运送不需要事先授权，但所有非急诊运送都需要事先授权。                                                   |
|                                                                                                                                                                                                                                                              | <a href="#">紧急护理</a>         | 共同支付额 \$65/就诊；免赔额不适用     | 未覆盖                      | 无限制承保。                                                                                  |

| 常见医疗事件                | 您可能需要的服务     | 您需要支付的费用                                                                              |                          | 限制、例外和其他重要信息                                                                                                          |
|-----------------------|--------------|---------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                       |              | 网络内医疗服务提供者<br>(您会支付最少费用)                                                              | 网络外医疗服务提供者<br>(您会支付最多费用) |                                                                                                                       |
| 如果您需要住院               | 设施费（例如，医院病房） | 每日共同支付额 \$800，最多 5 天。                                                                 | 未覆盖                      | 可能需要取得事先授权。每次留院限 5 次每日共付额。                                                                                            |
|                       | 医师/外科手术费     | 免费；免赔额不适用                                                                             | 未覆盖                      | 可能需要取得事先授权。无限制承保。                                                                                                     |
| 如果您需要心理健康、行为健康或药物滥用服务 | 门诊服务         | 办公室就诊：\$30 2 共付额前两次就诊费用为 \$1。； <a href="#">免赔额</a> 不适用<br>其他门诊服务：共同支付额 \$30/就诊；免赔额不适用 | 未覆盖                      | 可能需要取得事先授权。无限制承保。（在主治医生 (PCP) 和其他诊所执业者处就诊不需要事先授权。）                                                                    |
|                       | 住院服务         | 每日共同支付额 \$800，最多 5 天。                                                                 | 未覆盖                      | 可能需要取得事先授权。每次留院限 5 次每日共付额。                                                                                            |
| 如果您怀孕                 | 办公室就诊        | \$30 2 共付额前两次就诊费用为 \$1。； <a href="#">免赔额</a> 不适用                                      | 未覆盖                      | 在联邦法规规定的标准时间范围内寄送不需要事先授权，但其他服务可能需要事先授权。根据服务类型，可能适用共同保险金、自付额或共付额。产妇照护可能包括在其他福利类别下有分摊费用的检查和服务，如超音波等诊断性检查。分摊费用不适用于预防性服务。 |
|                       | 分娩专业服务       | 免费；免赔额不适用                                                                             | 未覆盖                      |                                                                                                                       |

| 常见医疗事件              | 您可能需要的服务               | 您需要支付的费用                                            |                          | 限制、例外和其他重要信息                                                                                                                          |
|---------------------|------------------------|-----------------------------------------------------|--------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                     |                        | 网络内医疗服务提供者<br>(您会支付最少费用)                            | 网络外医疗服务提供者<br>(您会支付最多费用) |                                                                                                                                       |
|                     | 分娩设施服务                 | 每日共同支付额 \$800，最多 5 天。                               | 未覆盖                      | 可能需要取得事先授权。每次留院限 5 次每日住院共付额。根据服务类型，可能适用共付额、共同保险金或自付额。产妇照护可能包括在其他福利类别下有分摊费用的检查和服务，如超音波等诊断性检查。分摊费用不适用于预防性服务。                            |
| 如果您需要康复协助或有其他特殊健康需求 | <a href="#">家庭健康护理</a> | 共同支付额 \$30/天；免赔额不适用                                 | 未覆盖                      | 可能需要取得事先授权。每年限 130 次就诊。                                                                                                               |
|                     | <a href="#">功能康复服务</a> | 门诊：共同支付额 \$40/就诊；免赔额不适用<br>住院：每日共同支付额 \$800，最多 5 天。 | 未覆盖                      | 门诊：第 6 次就诊后，可能需要取得事先授权。每年限 25 次门诊就诊。备注：提供用于心理健康/物质滥用诊断时，上述限制不适用。住院：可能需要取得事先授权。每年限 30 个住院日。每次留院限 5 次每日共付额。备注：提供用于心理健康/物质滥用诊断时，上述限制不适用。 |
| 如果您需要康复协助或有其他特殊健康需求 | <a href="#">功能培养服务</a> | 门诊：共同支付额 \$40/就诊；免赔额不适用<br>住院：每日共同支付额 \$800，最多 5 天。 | 未覆盖                      | 门诊：第 6 次就诊后，可能需要取得事先授权。每年限 25 次门诊就诊。备注：提供用于心理健康/物质滥用诊断时，上述限制不适用。住院：可能需要取得事先授权。每年限 30 个住院日。每次留院限 5 次每日共付额。备注：提供用于心理健康/物质滥用诊断时，上述限制不适用。 |
|                     | <a href="#">专业护理</a>   | 共同支付额 \$800/天                                       | 未覆盖                      | 可能需要取得事先授权。每年限 60 天。                                                                                                                  |



| 常见医疗事件          | 您可能需要的服务               | 您需要支付的费用                    |                          | 限制、例外和其他重要信息                           |
|-----------------|------------------------|-----------------------------|--------------------------|----------------------------------------|
|                 |                        | 网络内医疗服务提供者<br>(您会支付最少费用)    | 网络外医疗服务提供者<br>(您会支付最多费用) |                                        |
|                 | <a href="#">耐用医疗设备</a> | 共同保险金 30%                   | 未覆盖                      | 可能需要取得事先授权。无限制承保。                      |
|                 | <a href="#">临终关怀服务</a> | 共同支付额 \$30/天;<br>免赔额不适用     | 未覆盖                      | 可能需要取得事先授权。终生限 14 天承保喘息照护（与安宁服务并用）。    |
| 如果您的子女需要牙科或眼科护理 | 儿童眼科检查                 | 免费; <a href="#">免赔额</a> 不适用 | 未覆盖                      | 每年限 1 次就诊。                             |
|                 | 儿童眼镜                   | 免费; <a href="#">免赔额</a> 不适用 | 未覆盖                      | 每年限 1 件商品。每个日历年限一副镜框和一对（两片）镜片，或一对隐形眼镜。 |
|                 | 儿童牙科检查                 | 未覆盖                         | 未覆盖                      | 无                                      |

#### 不包含的服务和其他承保的服务:

|                                                                                                       |                                                                                                                 |                                                                                                                 |  |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| 您的 <a href="#">计划</a> 一般不承保的服务（查看您的保单或 <a href="#">计划</a> 文档以了解更多信息以及任何其他 <a href="#">不包含的服务</a> 列表。） |                                                                                                                 |                                                                                                                 |  |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>减重手术</li> <li>整容手术</li> <li>牙科护理（成人）</li> </ul>                | <ul style="list-style-type: none"> <li>长期护理（长期急性护理是一项承保福利。长期护理/监护护理不属于承保福利。）</li> <li>在美国境外旅行时的非紧急护理</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>私人护理</li> <li>常规眼部护理（成人）</li> <li>减肥计划</li> </ul>                        |  |
| 其他承保的服务（此类服务可能有限制。这不是完整列表。请查阅您的 <a href="#">计划</a> 文档。）                                               |                                                                                                                 |                                                                                                                 |  |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>流产</li> <li>针灸（每年限 12 次。注：化学依赖性治疗不限次数。）</li> </ul>             | <ul style="list-style-type: none"> <li>脊椎按摩治疗（每年限 10 次就诊。）</li> <li>助听器（仅涵盖人工耳蜗和骨锚式助听器 (BAHA)。)</li> </ul>      | <ul style="list-style-type: none"> <li>不孕不育症治疗（仅限于寻找不孕不育原因的<a href="#">诊断性检测</a>服务。）</li> <li>常规足部护理</li> </ul> |  |

**您的续保权利：**如果您想在保险结束后继续承保，有些机构可以提供帮助。这些机构的联系信息是：Ambetter from Coordinated Care Corporation 电话：1-877-687-1197 (TTY 711); Consumer Advocacy/SHIBA Office of the Insurance Commissioner, 5000 Capitol Blvd., SE, Turnwater, WA 98501, Phone No. (800) 562-6900 or (360) 725-7080.; 劳工部雇员福利保障管理局电话：1-866-444-EBSA (3272); 或人事管理多州计划项目办公室，网址：<https://www.opm.gov/healthcare-insurance/multi-state-plan-program/external-review/>。您也可以选择其他保险选项，包括通过[健康保险市场](#)购买个人保险。如需关于[保险市场](#)的更多信息，请访问 [www.HealthCare.gov](http://www.HealthCare.gov)，或致电 1-800-318-2596。

**您的申诉和上诉权利：**如果您对您的[计划](#)拒绝您的[索赔](#)提出投诉，一些机构可以为您提供协助。此类投诉被称为[申诉](#)或[上诉](#)。如需了解有关您的权利的更多信息，请查看您在进行医疗[索赔](#)时将获得的福利说明。您的[计划](#)文档也会提供有关如何出于任何理由就您的[计划](#)提交[索赔](#)、[上诉](#)或[申诉](#)的完整信息。如需有关您的权利、此通知或协助的更多信息，请联系：Consumer Advocacy/SHIBA Office of the Insurance Commissioner, 5000 Capitol Blvd., SE, Turnwater, WA 98501, Phone No. (800) 562-6900 or (360) 725-7080.

**此计划是否提供最低基本保险？**是。

[最低基本保险](#)一般包括可通过[保险市场](#)或其他独立市场保单取得的[计划](#)、[健康保险](#)、Medicare、Medicaid、CHIP、TRICARE 和其他特定保险。如果您符合特定类别[最低基本保险](#)的资格，您可能不符合[保费税额抵免优惠](#)资格。

**此计划是否符合最低价值标准？**不适用。

如果您的[计划](#)不符合[最低价值标准](#)，您可能符合[保费税额抵免优惠](#)资格，可通过[保险市场](#)帮助您支付[计划](#)费用。

**语言服务：**

Spanish (Español): Para obtener asistencia en Español, llame al 1-877-687-1197 (TTY 711).

Tagalog (Tagalog): Kung kailangan ninyo ang tulong sa Tagalog tumawag sa 1-877-687-1197 (TTY 711).

Chinese (中文): 如果需要中文的帮助，请拨打这个号码 1-877-687-1197 (TTY 711)。

Navajo (Dine): Dinek'ehgo shika at'ohwol ninisingo, kwijigo holne' 1-877-687-1197 (TTY 711).

要查看此[计划](#)承保范例医疗状况费用的示例，请参阅下一节。



## 关于此类承保范围的示例：



这不是费用预估。所示的治疗仅为在此[计划](#)承保的医疗护理的示例。您的具体费用取决于您获取的实际护理、您的[医疗服务提供者](#)收取的费用和其他许多因素。重点关注于本[计划](#)下[费用分摊](#)金额（[免赔额](#)、[共付额](#)和[共同保险](#)）和[不包含的服务](#)。使用此信息来比较您在不同健康[计划](#)中可能需要支付的费用部分。请注意，此类承保范围示例基于仅以个人为对象的承保。

### Peg 怀孕了

（9 个月的网络内产前护理和医院分娩）

|                                              |         |
|----------------------------------------------|---------|
| ■ <a href="#">计划</a> 的整体 <a href="#">免赔额</a> | \$2,500 |
| ■ <a href="#">专科医生 copayment</a>             | \$65    |
| ■ 医院（设施） <a href="#">coinsurance</a>         | \$800   |
| ■ 其他 <a href="#">共同保险</a>                    | 30%     |

此事件示例包含如下服务：

[专科医生](#) 办公室就诊（[产前护理](#)）  
分娩专业服务  
分娩设施服务  
[诊断性检测](#)（[超声波和血液检查](#)）  
[专科医生](#) 就诊（[麻醉](#)）

|       |          |
|-------|----------|
| 总示例费用 | \$12,700 |
|-------|----------|

在此示例中，Peg 将支付：

| 费用分摊                 |         |
|----------------------|---------|
| <a href="#">免赔额</a>  | \$2,500 |
| <a href="#">共付额</a>  | \$1,400 |
| <a href="#">共同保险</a> | \$0     |
| 不承保项目                |         |
| 限制或例外                | \$60    |
| Peg 将支付的总金额为         | \$3,960 |

### 管理 Joe 的 2 型糖尿病

（一年的病情可控例行网络内护理）

|                                              |         |
|----------------------------------------------|---------|
| ■ <a href="#">计划</a> 的整体 <a href="#">免赔额</a> | \$2,500 |
| ■ <a href="#">专科医生 copayment</a>             | \$65    |
| ■ 医院（设施） <a href="#">coinsurance</a>         | \$800   |
| ■ 其他 <a href="#">共同保险</a>                    | 30%     |

此事件示例包含如下服务：

[初级保健医生](#) 办公室就诊（包括疾病教育）  
[诊断性检测](#)（[血液检查](#)）  
[处方药](#)  
[耐用医疗设备](#)（[血糖仪](#)）

|       |         |
|-------|---------|
| 总示例费用 | \$5,600 |
|-------|---------|

在此示例中，Joe 将支付：

| 费用分摊                 |         |
|----------------------|---------|
| <a href="#">免赔额</a>  | \$800   |
| <a href="#">共付额</a>  | \$1,600 |
| <a href="#">共同保险</a> | \$0     |
| 不承保项目                |         |
| 限制或例外                | \$20    |
| Joe 将支付的总金额为         | \$2,420 |

### Mia 的简单骨折

（网络内急诊室就诊和后续护理）

|                                              |         |
|----------------------------------------------|---------|
| ■ <a href="#">计划</a> 的整体 <a href="#">免赔额</a> | \$2,500 |
| ■ <a href="#">专科医生 copayment</a>             | \$65    |
| ■ 医院（设施） <a href="#">coinsurance</a>         | \$800   |
| ■ 其他 <a href="#">共同保险</a>                    | 30%     |

此事件示例包含如下服务：

[急诊室护理](#)（包括医疗用品）  
[诊断性检测](#)（X 光）  
[耐用医疗设备](#)（[拐杖](#)）  
[康复服务](#)（[物理治疗](#)）

|       |         |
|-------|---------|
| 总示例费用 | \$2,800 |
|-------|---------|

在此示例中，Mia 将支付：

| 费用分摊                 |         |
|----------------------|---------|
| <a href="#">免赔额</a>  | \$600   |
| <a href="#">共付额</a>  | \$1,000 |
| <a href="#">共同保险</a> | \$0     |
| 不承保项目                |         |
| 限制或例外                | \$0     |
| Mia 将支付的总金额为         | \$1,600 |

|                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>English:</b>              | If you, or someone you are helping, have questions about Ambetter from Coordinated Care Corporation, and are not proficient in English, you have the right to get help and information in your language at no cost and in a timely manner. If you, or someone you are helping, have an auditory and/or visual condition that impedes communication, you have the right to receive auxiliary aids and services at no cost and in a timely manner. To receive translation or auxiliary services, please contact Member Services at 1-877-687-1197 (TTY 711).                                                                                                                          |
| <b>Spanish:</b>              | Si usted, o alguien a quien está ayudando, tiene preguntas acerca de Ambetter de Coordinated Care Corporation y no domina el inglés, tiene derecho a obtener ayuda e información en su idioma sin costo alguno y de manera oportuna. Si usted, o alguien a quien está ayudando, tiene un impedimento auditivo o visual que le dificulta la comunicación, tiene derecho a recibir ayuda y servicios auxiliares sin costo alguno y de manera oportuna. Para recibir servicios auxiliares o de traducción, comuníquese con Servicios para Miembros al 1-877-687-1197 (TTY 711).                                                                                                        |
| <b>Chinese:</b>              | 如果您，或是您正在協助的對象，有關於 Ambetter from Coordinated Care Corporation 方面的問題，且不精通英語，您有權利免費並及時以您的母語獲幫助和訊息。如果您，或您正在協助的對象有聽力和/或視力上的問題，阻礙了溝通，您有權利免費並及時獲得輔助支援與服務。若要取得翻譯或輔助服務，請聯絡會員服務部，電話是 1-877-687-1197 (TTY 711)。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| <b>Vietnamese:</b>           | Nếu quý vị hoặc người mà quý vị đang giúp đỡ có câu hỏi về Ambetter from Coordinated Care Corporation và không thành thạo tiếng Anh, quý vị có quyền được trợ giúp và nhận thông tin bằng ngôn ngữ của mình miễn phí và kịp thời. Nếu quý vị hoặc người mà quý vị đang giúp đỡ mắc bệnh về thính giác và/hoặc thị giác gây cản trở giao tiếp, quý vị có quyền được nhận các hỗ trợ và dịch vụ phụ trợ miễn phí và kịp thời. Để nhận dịch vụ thông dịch hoặc dịch vụ phụ trợ, vui lòng liên hệ bộ phận Dịch Vụ Thành Viên theo số 1-877-687-1197 (TTY 711).                                                                                                                          |
| <b>Korean:</b>               | 귀하 또는 귀하의 도움을 받는 분이 Ambetter from Coordinated Care Corporation에 대한 질문이 있는 경우 영어에 능숙하지 않으시면 해당 언어로 시의적절하게 무료 지원과 정보를 받을 권리가 있습니다. 귀하 또는 귀하의 도움을 받는 분이 청각 및/또는 시각적으로 의사소통에 장애가 있는 경우 시의적절하게 무료 보조 도구 및 서비스를 받을 권리가 있습니다. 번역 또는 보조 서비스를 받으시려면 1-877-687-1197(TTY 711)번으로 가입자 서비스부에 연락해주시요.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| <b>Russian:</b>              | Если у вас или у лица, которому вы помогаете, возникли какие-либо вопросы о программе страхования Ambetter from Coordinated Care Corporation, при этом вы недостаточно хорошо владеете английским языком, вы имеете право на бесплатную и своевременную помощь и информацию на своем родном языке. Если у вас или у лица, которому вы помогаете, наблюдается какое-либо нарушение слуха и/или зрения, которое препятствует коммуникации, вы имеете право на бесплатные и своевременные вспомогательные услуги и помощь. Для получения услуг перевода или вспомогательных услуг обратитесь в отдел обслуживания участников программы страхования по номеру 1-877-687-1197 (TTY 711). |
| <b>Tagalog:</b>              | Kung ikaw, o ang iyong tinutulongan, ay may mga katanungan tungkol sa Ambetter from Coordinated Care Corporation, at hindi ka mahusay sa Ingles, may karapatan ka na makakuha ng tulong at impormasyon sa iyong wika nang walang gastos at sa maagap na paraan. Kung ikaw, o ang iyong tinutulongan, ay may kondisyon sa pandinig at/o paningin na nakakaapekto sa komunikasyon, may karapatan kang makatanggap ng mga karagdagang tulong at serbisyo nang walang gastos at sa maagap na paraan. Para makatanggap ng mga serbisyo sa pagsasalin o mga karagdagang serbisyo, mangyaring makipag-ugnayan sa Mga Serbisyo para sa Miyembro sa 1-877-687-1197 (TTY 711).                |
| <b>Ukrainian:</b>            | Якщо у вас або особи, якій ви допомагаєте, виникли запитання щодо плану Ambetter from Coordinated Care Corporation, але ви чи ця особа не володієте англійською мовою, ви маєте право отримати допомогу та інформацію своєю мовою безкоштовно й своєчасно. Якщо у вас або особи, якій ви допомагаєте, є вади слуху або зору, які заважають спілкуванню, ви маєте право отримати допоміжні засоби та послуги безкоштовно й своєчасно. Щоб отримати переклад або додаткові послуги, зв'яжіться зі Службою обслуговування учасників за номером 1-877-687-1197 (TTY 711).                                                                                                               |
| <b>Mon-Khmer, Cambodian:</b> | ប្រសិនបើអ្នក ឬនរណាម្នាក់ដែលអ្នកកំពុងជួយ មានសំណួរអំពី Ambetter from Coordinated Care Corporation ហើយមិនមានភាពស្ទាបជំនាញក្នុងការប្រើភាសាអង់គ្លេស អ្នកមានសិទ្ធិទទួលបានជំនួយ និងព័ត៌មានជាភាសារបស់អ្នកដោយឥតគិតថ្លៃ និងទៅតាមពេលវេលាសមស្រប។ ប្រសិនបើអ្នក ឬនរណាម្នាក់ដែលអ្នកកំពុងជួយ មានបញ្ហាភ្នែក និង/ឬការស្តាប់ដែលរារាំងដល់ការទំនាក់ទំនង អ្នកមានសិទ្ធិទទួលបានជំនួយ និងសេវាកម្មចាំបាច់នានាដោយឥតគិតថ្លៃ និងក្នុងពេលវេលាសមស្រប។ ដើម្បីទទួលបានសេវាកម្មបកប្រែ ឬសេវាកម្មចាំបាច់នានា សូមទាក់ទង សេវាកម្មសមាជិក តាមរយៈលេខ 1-877-687-1197 (TTY 711)។                                                                                                                                                |
| <b>Japanese:</b>             | ご自身やあなたが介護している他の人が、Ambetter from Coordinated Care Corporationについてご質問をお持ちの場合、英語に自信がなくても無料かつタイムリーにご希望の言語でヘルプや情報を得ることができます。ご自身や、あなたが介護している他の人の聴覚や視覚の状態のためやり取りが難しい場合でも、無料かつタイムリーに補助サービスを受けることができます。翻訳や補助サービスを受けるには、1-877-687-1197 (TTY 711)のメンバーサービスにご連絡ください。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| <b>Amharic:</b>              | እርስዎ ወይም ሌላ የሚያግዙት ሰው፣ ስለ Ambetter from Coordinated Care Corporation ጥያቄ ካለዎት እና እንግሊዝኛ ብቁ ካልሆኑ፣ ያለምንም ወጪ እና በጊዜው በቋንቋዎ እርዳታ እና መረጃ የማግኘት መብት አልዎት። እርስዎ ወይም ሌላ የሚያግዙት ሰው፣ ግንኙነትን የሚያደናቅፍ የመስማት                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |

|          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
|----------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|          | እና/ወይም የእይታ ችግር ካልዎት፣ አጋዥ እርዳታዎችን እና አገልግሎቶችን ያለ ምንም ወጪ እና በጊዜው የሚቀበል ሙብት አልዎት። የትርጉም ወይም ረዳት አገልግሎቶችን ለማግኘት እባክዎ በ 1-877-687-1197 (TTY 711) የአባል አገልግሎቶች ን ያናግሩ።                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| Cushite: | Isin, ykn namni biraa isin gargaartan, Ambetter from Coordinated Care Corporation gaaffii qabdu yoo ta'ee fiAfaan Ingiliffaa hin beektanu taanan, yeroodhaan afaan barbaaddaniin kaffaltii tokko malee odeeffannoo barbaaddan argachuudhaaf mirga qabdu. Isin, ykn namni isin gargaartan, rakkoo dhageettii fi/ykn agartii kan haasaa keessan irratti dhiibbaa qabu qabdu taanan, gargaarsa dhageettii argachuu fi tajaajiloota kaffaltii malee argachuudhaaf mirga qabdu. Tajaajiloota hiikkaa afaanii fi dhageettii argachuudhaaf, maaloo Tajaajiloota Maamilaa karaa 1-877-687-1197 (TTY 711)qunnamaa.                  |
| Arabic:  | إذا كان لديك أو لدى شخص تساعد أسئلة حول Ambetter from Coordinated Care Corporation، ولم تكن بارعًا باللغة الإنكليزية، فلدنياك الحق في الحصول على المساعدة والمعلومات بلغتك من دون أي تكلفة وفي الوقت المناسب. إذا كنت أنت أو أي شخص تساعد تعاني من حالة سمعية و/أو بصرية تعيق التواصل، فلدنياك الحق في تلقي مساعدات وخدمات إضافية من دون أي تكلفة وفي الوقت المناسب. لتلقي خدمات الترجمة أو خدمات إضافية، يرجى الاتصال بخدمات الأعضاء على 1-877-687-1197 (TTY 711).                                                                                                                                                        |
| Panjabi: | ਜੇ ਤੁਸੀਂ, ਜਾਂ ਤੁਹਾਡੇ ਦੁਆਰਾ ਮਦਦ ਕੀਤੇ ਜਾਣ ਵਾਲੇ ਕਿਸੇ ਵਿਅਕਤੀ ਦੇ Ambetter from Coordinated Care Corporation ਬਾਰੇ ਕੋਈ ਸਵਾਲ ਹਨ, ਅਤੇ ਤੁਸੀਂ ਅੰਗਰੇਜ਼ੀ ਵਿੱਚ ਮੁਹਾਰਤ ਨਹੀਂ ਰੱਖਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਤੁਹਾਨੂੰ ਆਪਣੀ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਬਿਨਾਂ ਕਿਸੇ ਕੀਮਤ ਦੇ ਅਤੇ ਸਮੇਂ ਸਿਰ ਮਦਦ ਅਤੇ ਜਾਣਕਾਰੀ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰਨ ਦਾ ਅਧਿਕਾਰ ਹੈ। ਜੇ ਤੁਹਾਨੂੰ, ਜਾਂ ਤੁਹਾਡੇ ਦੁਆਰਾ ਮਦਦ ਕੀਤੇ ਜਾਣ ਵਾਲੇ ਕਿਸੇ ਵਿਅਕਤੀ ਨੂੰ ਸੁਣਨ ਅਤੇ/ਜਾਂ ਦੇਖਣ ਸੰਬੰਧੀ ਕੋਈ ਸਮੱਸਿਆ ਹੈ, ਜੋ ਸੰਚਾਰ ਵਿੱਚ ਰੁਕਾਵਟ ਪਾਉਂਦੀ ਹੈ, ਤਾਂ ਤੁਹਾਨੂੰ ਬਿਨਾਂ ਕਿਸੇ ਕੀਮਤ ਅਤੇ ਸਮੇਂ ਸਿਰ ਸਹਾਇਕ ਸਹਾਇਤਾ ਅਤੇ ਸੇਵਾਵਾਂ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰਨ ਦਾ ਅਧਿਕਾਰ ਹੈ। ਅਨੁਵਾਦ ਜਾਂ ਸਹਾਇਕ ਸੇਵਾਵਾਂ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰਨ ਲਈ, ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ 1-877-687-1197 (TTY 711) 'ਤੇ ਮੈਂਬਰ ਸੇਵਾਵਾਂ ਨਾਲ ਸੰਪਰਕ ਕਰੋ। |
| German:  | Falls Sie oder jemand, dem Sie helfen, Fragen zu Ambetter from Coordinated Care Corporation hat und nicht Englisch spricht, haben Sie das Recht, kostenlos und zeitnah Hilfe und Informationen in Ihrer Sprache zu erhalten. Falls Sie oder jemand, dem Sie helfen, eine Hör- und/oder Sehbeeinträchtigung hat, die die Kommunikation beeinflusst, haben Sie das Recht, kostenlos und zeitnah zusätzliche Hilfe und Dienstleistungen zu erhalten. Um eine Übersetzung oder zusätzliche Dienstleistungen zu erhalten, wenden Sie sich an den Kundendienst unter 1-877-687-1197 (TTY 711).                                   |
| Laotian: | ຖ້າຫາກທ່ານ ຫຼື ຜູ້ໃດຜູ້ໜຶ່ງທີ່ທ່ານກຳລັງໃຫ້ການຊ່ວຍເຫຼືອ, ມີຄຳຖາມກ່ຽວກັບ Ambetter from Coordinated Care Corporation, ແລະ ບໍ່ຊ່ຽວຊານພາສາອັງກິດ, ທ່ານມີສິດໄດ້ຮັບການຊ່ວຍເຫຼືອ ແລະ ຂໍ້ມູນທີ່ເປັນພາສາຂອງທ່ານໄດ້ຍິນດີພໍທີ່ຈະຮູ້ ແລະ ທັນເວລາ. ຖ້າຫາກທ່ານ ຫຼື ຜູ້ໃດຜູ້ໜຶ່ງທີ່ທ່ານກຳລັງໃຫ້ການຊ່ວຍເຫຼືອ, ມີສະພາບທາງການໄດ້ຍິນ ແລະ/ຫຼື ການເບິ່ງເຫັນທີ່ຂັດຂວາງການສື່ສານ, ທ່ານມີສິດໄດ້ຮັບການຊ່ວຍເຫຼືອ ແລະ ການບໍລິການເສີມໄດ້ຍິນດີພໍທີ່ຈະຮູ້ ແລະ ທັນເວລາ. ເພື່ອໃຫ້ໄດ້ຮັບການບໍລິການແປພາສາ ຫຼື ບໍລິການເສີມ, ກະລຸນາຕິດຕໍ່ຫາ Member Services (ການບໍລິການສະມາຊິກ) ໄດ້ທີ 1-877-687-1197 (TTY 711).                                                 |

## 无歧视声明

Ambetter from Coordinated Care Corporation 遵守适用联邦和 Washington 州民权法，不会因种族、肤色、原国籍、年龄、残疾或性别、性别认同或性身份而歧视他人。Ambetter from Coordinated Care 不会因种族、肤色、原国籍、年龄、残疾或性别、性别认同或性取向而排斥或区别对待任何人。

### Ambetter from Coordinated Care:

- 为残疾人提供免费的帮助和服务，以便与我们有效沟通，如：
  - 合格的手语译员
  - 其他格式的书面信息（大字体、音频、可访问的电子格式、其他格式）
- 为主要语言不是英语的人提供免费语言服务，例如：
  - 合格的口译员
  - 以其他语言编写的信息

如果您需要这些服务，请联系 Ambetter from Coordinated Care，电话：1-877-687-1197 (TTY 711)。

如果您认为 Ambetter from Coordinated Care 未能提供这些服务，或因为种族、肤色、原国籍、年龄、残疾或性别、性别认同或性取向而以其他方式歧视您，您可以向以下部门提出申诉：Ambetter from Coordinated Care, Grievance Department, 1145 Broadway, Suite 700, Tacoma, WA 98402, 1-877-687-1197 (TTY 711), 传真 1-855-218-0588。您可以通过邮件、传真或发送电子邮件至 [WAQualitydept@centene.com](mailto:WAQualitydept@centene.com) 提出申诉。如果您在提出申诉时需要帮助，Ambetter from Coordinated Care 可向您提供帮助。您还可以向以下机构提出民权投诉：

- 通过民权办公室投诉入口网站 <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>，以电子方式向美国卫生与公众服务部民权办公室提出民权投诉，或者通过邮件或电话进行此投诉，地址和电话为：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)。投诉表格可在以下网址获取：  
<http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>。
- 通过保险业监理处投诉入口网站 <https://www.insurance.wa.gov/file-complaint-or-check-your-complaint-status>，以电子方式向 Washington 州保险业监理处提出民权投诉，或通过电话进行此投诉：800-562-6900, 360-586-0241 (TDD)。投诉表格可在以下网址获取：  
<https://fortress.wa.gov/oic/online services/cc/pub/complaintinformation.aspx>。

Statement of Non-  
Discrimination

Ambetter from Coordinated Care Corporation complies with applicable Federal and Washington state civil rights laws and does not discriminate on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex, gender identity or sexual identity. Ambetter from Coordinated Care does not exclude people or treat them differently because of race, color, national origin, age, disability, or sex, gender identity or sexual orientation.

Ambetter from Coordinated Care:

- 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 from Coordinated Care at 1-877-687-1197 (TTY 711).

If you believe that Ambetter from Coordinated Care has failed to provide these services or discriminated in another way on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex, gender identity or sexual orientation, you can file a grievance with: Ambetter from Coordinated Care, Grievance Department, 1145 Broadway, Suite 700, Tacoma, WA 98402, 1- 877-687-1197 (TTY 711), Fax 1-855-218-0588. You can file a grievance by mail, fax, or email [WAqualitydept@centene.com](mailto:WAqualitydept@centene.com). If you need help filing a grievance, Ambetter from Coordinated Care 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>.
- The Washington State Office of the Insurance Commissioner, electronically through the Office of the Insurance Commissioner Complaint portal available at <https://www.insurance.wa.gov/file-complaint-or-check-your-complaint-status>, or by phone at 800-562-6900, 360-586-0241 (TDD). Complaint forms are available at <https://fortress.wa.gov/oic/online services/cc/pub/complaintinformation.aspx>.

AMB23-WA-C-00056

Ambetter from Coordinated Care is underwritten by Coordinated Care Corporation, which is a Qualified Health Plan issuer in the Washington Health Insurance Marketplace. This is a solicitation for insurance.

© 2023 Coordinated Care Corporation. All rights reserved.