

 Tài liệu Tóm Tắt Quyền Lợi và Bảo Hiểm (Summary of Benefits and Coverage (SBC)) này sẽ giúp quý vị chọn [chương trình bảo hiểm](#) sức khỏe. Bản SBC này sẽ trình bày cho quý vị biết quý vị và [chương trình](#) sẽ chia sẻ chi phí như thế nào đối với các dịch vụ chăm sóc sức khỏe được đài thọ. LƯU Ý: Thông tin về chi phí của [chương trình](#) này (được gọi là [lệ phí bảo hiểm](#)) sẽ được cung cấp riêng. Đây chỉ là bản tóm tắt. Để biết thêm thông tin về phạm vi bảo hiểm của bạn hoặc nhận bản sao toàn văn điều khoản phạm vi bảo hiểm, hãy truy cập <https://ambetter.superiorhealthplan.com/2024-brochures.html> hoặc gọi điện . Để biết định nghĩa chung về các thuật ngữ thường gặp, ví dụ như [số tiền được phép](#), [lập hóa đơn khoản chênh lệch](#), [đồng bảo hiểm](#), [khoản đồng thanh toán](#), [khoản khấu trừ](#), [nhà cung cấp](#) hoặc các thuật ngữ [được gạch dưới](#) khác, hãy tham khảo Bảng Thuật Ngữ. Quý vị có thể xem Bảng Thuật Ngữ tại địa chỉ <https://www.healthcare.gov/sbc-glossary> hoặc gọi điện để yêu cầu nhận bản sao.

| Câu Hỏi Quan Trọng                                                                                     | Câu Trả Lời                                                                                                                                                                                                                                                                 | Vì Sao Điều Này Lại Quan Trọng:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Tổng mức <a href="#">khấu trừ</a> là bao nhiêu?                                                        | \$6,000 cá nhân / \$12,000 gia đình.                                                                                                                                                                                                                                        | Thông thường, quý vị phải thanh toán toàn bộ chi phí từ nhà cung cấp cho đến số tiền khấu trừ trước khi chương trình này bắt đầu thanh toán. Nếu có thành viên khác trong gia đình quý vị tham gia chương trình, mỗi thành viên gia đình phải đáp ứng mức khấu trừ của riêng mình cho đến khi tổng chi phí khấu trừ mà tất cả các thành viên gia đình đã trả đáp ứng mức khấu trừ tổng thể của gia đình.                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| Có dịch vụ được đài thọ trước khi quý vị đạt mức <a href="#">khấu trừ</a> của mình không?              | Có. Các dịch vụ chăm sóc phòng ngừa, chăm sóc ban đầu, bác sĩ chuyên khoa và thăm khám tại văn phòng chăm sóc khẩn cấp, khám mắt và kính mắt cho trẻ em, xét nghiệm, thuốc gốc và thuốc biệt dược ưu tiên sẽ được đài thọ trước khi quý vị đáp ứng khoản khấu trừ của mình. | <a href="#">Chương trình</a> này đài thọ một số vật dụng và dịch vụ ngay cả khi quý vị chưa đạt đến mức <a href="#">khấu trừ</a> của mình. Tuy nhiên, có thể sẽ áp dụng <a href="#">khoản đồng thanh toán</a> hoặc <a href="#">đồng bảo hiểm</a> . Ví dụ, <a href="#">chương trình</a> này đài thọ một số <a href="#">dịch vụ phòng ngừa</a> mà không <a href="#">chia sẻ chi phí</a> và trước khi quý vị đạt đến mức <a href="#">khấu trừ</a> của mình. Quý vị có thể xem danh sách các <a href="#">dịch vụ phòng ngừa</a> được đài thọ tại địa chỉ <a href="https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/">https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/</a> . |
| Có <a href="#">khoản khấu trừ</a> nào khác đối với dịch vụ cụ thể không?                               | Không.                                                                                                                                                                                                                                                                      | Quý vị không cần phải đáp ứng khoản khấu trừ đối với một số dịch vụ cụ thể.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| Mức <a href="#">giới hạn chi phí tự trả</a> áp dụng cho <a href="#">chương trình</a> này là bao nhiêu? | Đối với <a href="#">nhà cung cấp trong hệ thống</a> : \$8,500 cá nhân / \$17,000 gia đình. Không áp dụng đối với <a href="#">nhà cung cấp ngoài hệ thống</a> .                                                                                                              | Mức <a href="#">giới hạn chi phí tự trả</a> là giới hạn số tiền cao nhất mà quý vị có thể chi trả trong một năm cho dịch vụ được đài thọ. Nếu quý vị có thành viên khác trong gia đình tham gia <a href="#">chương trình</a> này thì họ phải đạt đến các mức <a href="#">giới hạn chi phí tự trả</a> của riêng mình cho đến khi đạt đến tổng mức <a href="#">giới hạn chi phí tự trả</a> của cả gia đình.                                                                                                                                                                                                                                                                                        |

| Câu Hỏi Quan Trọng                                                                                   | Câu Trả Lời                                                                                                                                                                                                 | Vì Sao Điều Này Lại Quan Trọng:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>Những khoản nào không bao gồm trong <u>giới hạn chi phí tự trả</u>?</p>                           | <p><u>Lệ phí bảo hiểm</u>, lệ phí <u>lập hóa đơn khoản chênh lệch</u>, tiền phạt vì không xin <u>sự ủy quyền trước</u> cho dịch vụ và chăm sóc sức khỏe mà <u>chương trình</u> này không đòi hỏi.</p>       | <p>Ngay cả khi quý vị thanh toán thì các khoản phí tổn này cũng không tính vào <u>giới hạn chi phí tự trả</u>.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| <p>Quý vị có chi trả ít hơn nếu quý vị sử dụng <u>nhà cung cấp dịch vụ trong hệ thống</u> không?</p> | <p>Có. Hãy tham khảo <a href="https://ambetter.superiorhealthplan.com/findadoc">https://ambetter.superiorhealthplan.com/findadoc</a> hoặc gọi điện để lấy danh sách <u>nhà cung cấp trong hệ thống</u>.</p> | <p><u>Chương trình</u> này sử dụng <u>hệ thống nhà cung cấp</u>. Quý vị sẽ chi trả ít hơn nếu quý vị sử dụng <u>nhà cung cấp</u> trong <u>hệ thống</u> của <u>chương trình</u>. Quý vị sẽ chi trả nhiều nhất nếu quý vị sử dụng <u>nhà cung cấp ngoài hệ thống</u> và quý vị có thể nhận được hoá đơn từ <u>nhà cung cấp</u> cho khoản chênh lệch giữa khoản phí của <u>nhà cung cấp</u> đó và số tiền mà <u>chương trình</u> thanh toán (được gọi là "<u>lập hóa đơn khoản chênh lệch</u>"). Hãy lưu ý rằng <u>nhà cung cấp dịch vụ trong hệ thống</u> của quý vị có thể sử dụng <u>nhà cung cấp ngoài hệ thống</u> để cung cấp một số dịch vụ (ví dụ như xét nghiệm). Hãy kiểm tra với <u>nhà cung cấp</u> của quý vị trước khi nhận dịch vụ.</p> |
| <p>Quý vị có cần <u>giới thiệu</u> để thăm khám với <u>bác sĩ chuyên khoa</u> không?</p>             | <p>Có.</p>                                                                                                                                                                                                  | <p>Chương trình này sẽ thanh toán một số hoặc tất cả các chi phí để gặp bác sĩ chuyên khoa đối với các dịch vụ được bảo hiểm nhưng chỉ khi bạn có giấy giới thiệu trước khi gặp bác sĩ chuyên khoa.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |



Tất cả các khoản chi phí [khoản đồng thanh toán](#) và [đồng bảo hiểm](#) được trình bày trong bảng này đều là sau khi quý vị đã đạt đến mức [khấu trừ](#) của quý vị, nếu có áp dụng [khấu trừ](#).

| Sự Kiện Y Tế Thông Thường                                                               | Dịch Vụ Quý Vị Có Thể Cần                                                      | Số Tiền Quý Vị Sẽ Chi Trả                                       |                                                            | Các Giới Hạn, Ngoại Lệ và Thông Tin Quan Trọng Khác                                                                                                                                                                                                                                       |
|-----------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                                                         |                                                                                | Nhà Cung Cấp Dịch Vụ Trong Hệ Thống (Quý vị sẽ chi trả ít nhất) | Nhà Cung Cấp Ngoài Hệ Thống (Quý vị sẽ chi trả nhiều nhất) |                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| Nếu quý vị đến thăm khám tại văn phòng hoặc phòng khám của <a href="#">nhà cung cấp</a> | Thăm khám chăm sóc ban đầu để điều trị chấn thương hay bệnh tật                | \$30 Đồng thanh toán / lần khám; không áp dụng khoản khấu trừ   | Không được bao trả                                         | Số Lần Thăm Khám Virtual 24/7 Care Không Giới Hạn nhận được từ nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe từ xa được chỉ định của Ambetter sẽ được đài thọ Miễn Phí, các nhà cung cấp được đài thọ toàn bộ, không áp dụng khoản khấu trừ.                                                     |
|                                                                                         | Thăm khám với <a href="#">bác sĩ chuyên khoa</a>                               | \$60 Đồng thanh toán / lần khám; không áp dụng khoản khấu trừ   | Không được bao trả                                         | Không có                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|                                                                                         | <a href="#">Tiêm chủng</a> /khám sàng lọc/ <a href="#">chăm sóc phòng ngừa</a> | Không tính phí; không áp dụng khoản khấu trừ                    | Không được bao trả                                         | Quý vị có thể phải chi trả cho các dịch vụ không phải dịch vụ phòng ngừa. Hãy hỏi <a href="#">nhà cung cấp</a> của quý vị để biết dịch vụ mà quý vị cần có phải là dịch vụ phòng ngừa hay không. Sau đó, hãy kiểm tra xem <a href="#">chương trình</a> của quý vị sẽ thanh toán những gì. |

| Sự Kiện Y Tế Thông Thường                | Dịch Vụ Quý Vị Có Thể Cần                                                                                                                                                            | Số Tiền Quý Vị Sẽ Chi Trả                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                            | Các Giới Hạn, Ngoại Lệ và Thông Tin Quan Trọng Khác                                                                                                                                                                                                                                                               |
|------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                          |                                                                                                                                                                                      | Nhà Cung Cấp Dịch Vụ Trong Hệ Thống (Quý vị sẽ chi trả ít nhất)                                                                                                                                                                                                                                                                                          | Nhà Cung Cấp Ngoài Hệ Thống (Quý vị sẽ chi trả nhiều nhất) |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| Nếu quý vị được kiểm tra hoặc xét nghiệm | <a href="#">Kiểm tra chẩn đoán</a> (chụp X-quang, xét nghiệm máu)                                                                                                                    | <p>\$30 Đồng thanh toán / lần khám; không áp dụng khoản khấu trừ đối với các dịch vụ phòng thí nghiệm và chuyên nghiệp</p> <p>40% Đồng bảo hiểm đối với chụp X-quang và chẩn đoán hình ảnh</p> <p>40% Đồng bảo hiểm đối với các dịch vụ phòng thí nghiệm và chuyên nghiệp và chụp X-quang và chẩn đoán hình ảnh ở các địa điểm khác cung cấp dịch vụ</p> | Không được bao trả                                         | <p>Có thể yêu cầu sự chấp thuận trước. Được bao trả không giới hạn. Các địa điểm khác cung cấp dịch vụ có thể bao gồm: Bệnh Viện, Phòng Cấp Cứu hoặc Cơ Sở Bệnh Nhân Ngoại Trú.</p> <p>Không xin sự ủy quyền trước cho bất kỳ dịch vụ nào cần sự ủy quyền trước sẽ dẫn đến hậu quả bị từ chối hưởng phúc lợi.</p> |
| Nếu quý vị được kiểm tra hoặc xét nghiệm | Chụp hình (Chụp cắt lớp vi tính (Computed Tomography (CT))/Chụp cắt lớp phát xạ positron (Positron Emission Tomography (PET)), Chụp cộng hưởng từ (Magnetic Resonance Imaging (MRI)) | 40% Đồng bảo hiểm                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | Không được bao trả                                         | Có thể yêu cầu sự chấp thuận trước. Được bao trả không giới hạn.                                                                                                                                                                                                                                                  |

| Sự Kiện Y Tế Thông Thường                                                                                                                         | Dịch Vụ Quý Vị Có Thể Cần                                         | Số Tiền Quý Vị Sẽ Chi Trả                                                                                                                                                       |                                                                | Các Giới Hạn, Ngoại Lệ và Thông Tin Quan Trọng Khác                                                                                                                                                                                                       |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                                                                                                                   |                                                                   | Nhà Cung Cấp Dịch Vụ Trong Hệ Thống (Quý vị sẽ chi trả ít nhất)                                                                                                                 | Nhà Cung Cấp Ngoài Hệ Thống (Quý vị sẽ chi trả nhiều nhất)     |                                                                                                                                                                                                                                                           |
| <b>Nếu quý vị cần thuốc để điều trị bệnh tật hay tình trạng của quý vị</b><br>Các thông tin khác về <a href="#">bảo hiểm thuốc kê đơn</a> có tại. | Thuốc gốc (Bậc 1)                                                 | Bán Lẻ Thuốc Gốc Ưu Tiên: \$3 Đồng thanh toán / đơn thuốc; không áp dụng khoản khấu trừ<br><br>Bán Lẻ Thuốc Gốc: \$20 Đồng thanh toán / đơn thuốc; không áp dụng khoản khấu trừ | Không được bao trả                                             | Có thể yêu cầu sự chấp thuận trước. Thuốc theo toa được cung cấp cho tối đa 30 ngày tại nhà thuốc bán lẻ và tối đa 90 ngày khi đặt hàng qua bưu điện. Các đơn đặt hàng qua bưu điện có số tiền chia sẻ chi phí gấp 3 lần so với mua tại nhà thuốc bán lẻ. |
|                                                                                                                                                   | Thuốc biệt dược ưu tiên (Bậc 2)                                   | Bán Lẻ: \$55 Đồng thanh toán / đơn thuốc; không áp dụng khoản khấu trừ                                                                                                          | \$55 Đồng thanh toán / đơn thuốc; không áp dụng khoản khấu trừ | Có thể yêu cầu sự chấp thuận trước. Thuốc theo toa được cung cấp cho tối đa 30 ngày tại nhà thuốc bán lẻ và tối đa 90 ngày khi đặt hàng qua bưu điện. Các đơn đặt hàng qua bưu điện có số tiền chia sẻ chi phí gấp 3 lần so với mua tại nhà thuốc bán lẻ. |
|                                                                                                                                                   | Thuốc biệt dược không ưu tiên và thuốc gốc không ưu tiên (Bậc 3)  | Bán Lẻ: 50% Đồng bảo hiểm                                                                                                                                                       | Không được bao trả                                             | Có thể yêu cầu sự chấp thuận trước. Thuốc theo toa được cung cấp cho tối đa 30 ngày tại nhà thuốc bán lẻ và tối đa 30 ngày khi đặt hàng qua bưu điện.                                                                                                     |
|                                                                                                                                                   | <a href="#">Thuốc chuyên khoa</a> (Bậc 4)                         | Bán Lẻ: 50% Đồng bảo hiểm                                                                                                                                                       | Không được bao trả                                             | Có thể yêu cầu sự chấp thuận trước. Thuốc theo toa được cung cấp cho tối đa 30 ngày tại nhà thuốc bán lẻ và tối đa 30 ngày khi đặt hàng qua bưu điện.                                                                                                     |
| <b>Nếu quý vị thực hiện phẫu thuật ngoại trú</b>                                                                                                  | Phí cơ sở vật chất (ví dụ như trung tâm phẫu thuật không lưu trú) | 40% Đồng bảo hiểm                                                                                                                                                               | Không được bao trả                                             | Có thể yêu cầu sự chấp thuận trước. Được bao trả không giới hạn.                                                                                                                                                                                          |
|                                                                                                                                                   | Phí bác sĩ/bác sĩ phẫu thuật                                      | 40% Đồng bảo hiểm                                                                                                                                                               | Không được bao trả                                             | Có thể yêu cầu sự chấp thuận trước. Được bao trả không giới hạn.                                                                                                                                                                                          |
| <b>Nếu quý vị cần được chăm sóc y tế ngay lập tức</b>                                                                                             | <a href="#">Chăm sóc tại phòng cấp cứu</a>                        | 40% Đồng bảo hiểm                                                                                                                                                               | 40% Đồng bảo hiểm                                              | Không có                                                                                                                                                                                                                                                  |
|                                                                                                                                                   | <a href="#">Vận chuyển y tế khẩn cấp</a>                          | 40% Đồng bảo hiểm                                                                                                                                                               | 40% Đồng bảo hiểm                                              | Được bao trả không giới hạn. Lưu ý: Không yêu cầu chấp thuận trước cho vận chuyển cấp cứu, tuy nhiên, tất cả dịch vụ vận chuyển không khẩn cấp yêu cầu phải được chấp thuận trước.                                                                        |

| Sự Kiện Y Tế Thông Thường                                                                   | Dịch Vụ Quý Vị Có Thể Cần                      | Số Tiền Quý Vị Sẽ Chi Trả                                                                                                                 |                                                            | Các Giới Hạn, Ngoại Lệ và Thông Tin Quan Trọng Khác                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|---------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                                                             |                                                | Nhà Cung Cấp Dịch Vụ Trong Hệ Thống (Quý vị sẽ chi trả ít nhất)                                                                           | Nhà Cung Cấp Ngoài Hệ Thống (Quý vị sẽ chi trả nhiều nhất) |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|                                                                                             | <a href="#">Chăm sóc khẩn cấp</a>              | \$60 Đồng thanh toán / lần khám; không áp dụng khoản khấu trừ                                                                             | Không được bao trả                                         | Không có                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| Nếu quý vị nằm viện                                                                         | Phí cơ sở vật chất (ví dụ như phòng bệnh viện) | 40% Đồng bảo hiểm                                                                                                                         | Không được bao trả                                         | Có thể yêu cầu sự chấp thuận trước. Được bao trả không giới hạn.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|                                                                                             | Phí bác sĩ/bác sĩ phẫu thuật                   | 40% Đồng bảo hiểm                                                                                                                         | Không được bao trả                                         | Có thể yêu cầu sự chấp thuận trước. Được bao trả không giới hạn.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| Nếu quý vị cần các dịch vụ sức khỏe tâm thần, sức khỏe hành vi hay lạm dụng chất gây nghiện | Dịch vụ bệnh nhân ngoại trú                    | Thăm Khám Tại Phòng Mạch: \$30 Đồng thanh toán / lần khám; không áp dụng khoản khấu trừ;<br>Các Dịch Vụ Ngoại Trú Khác: 40% Đồng bảo hiểm | Không được bao trả                                         | Có thể yêu cầu sự chấp thuận trước. Được bao trả không giới hạn. (Thăm khám tại văn phòng Nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc chính (PCP) và bác sĩ khác không yêu cầu sự chấp thuận trước).                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
|                                                                                             | Dịch vụ bệnh nhân nội trú                      | 40% Đồng bảo hiểm                                                                                                                         | Không được bao trả                                         | Có thể yêu cầu sự chấp thuận trước. Được bao trả không giới hạn.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| Nếu quý vị mang thai                                                                        | Thăm khám tại văn phòng                        | \$30 Đồng thanh toán / lần khám; không áp dụng khoản khấu trừ                                                                             | Không được bao trả                                         | Không yêu cầu chấp thuận trước đối với việc giao hàng trong khung thời gian tiêu chuẩn theo quy định của liên bang, nhưng có thể được yêu cầu đối với các dịch vụ khác. Không áp dụng chia sẻ chi phí cho các dịch vụ phòng ngừa, chẳng hạn như khám sàng lọc trước sinh và sau sinh. Tùy thuộc vào loại dịch vụ, có thể áp dụng đồng bảo hiểm, tiền khấu trừ hoặc đồng thanh toán. Chăm sóc thai sản có thể bao gồm các xét nghiệm và dịch vụ được mô tả ở nơi khác trong SBC (ví dụ: Siêu âm). |
|                                                                                             | Dịch vụ chuyên môn về sinh thường/sinh sản     | 40% Đồng bảo hiểm                                                                                                                         | Không được bao trả                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |

| Sự Kiện Y Tế Thông Thường                                                                 | Dịch Vụ Quý Vị Có Thể Cần                   | Số Tiền Quý Vị Sẽ Chi Trả                                       |                                                            | Các Giới Hạn, Ngoại Lệ và Thông Tin Quan Trọng Khác                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|-------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                                                           |                                             | Nhà Cung Cấp Dịch Vụ Trong Hệ Thống (Quý vị sẽ chi trả ít nhất) | Nhà Cung Cấp Ngoài Hệ Thống (Quý vị sẽ chi trả nhiều nhất) |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|                                                                                           | Dịch vụ cơ sở vật chất sinh thường/sinh sản | 40% Đồng bảo hiểm                                               | Không được bao trả                                         | Có thể yêu cầu sự chấp thuận trước. Không áp dụng chia sẻ chi phí cho các dịch vụ phòng ngừa. Tùy thuộc vào loại dịch vụ, có thể áp dụng đồng thanh toán, đồng bảo hiểm hoặc tiền khấu trừ. Chăm sóc thai sản có thể bao gồm các xét nghiệm và dịch vụ được mô tả ở nơi khác trong SBC (ví dụ: Siêu âm).                                                                                                                                                                                     |
| Nếu quý vị cần được trợ giúp phục hồi hoặc có các nhu cầu chăm sóc sức khỏe đặc biệt khác | <a href="#">Chăm sóc sức khỏe tại nhà</a>   | 40% Đồng bảo hiểm                                               | Không được bao trả                                         | Có thể yêu cầu sự chấp thuận trước. Giới hạn ở 60 lần khám mỗi năm.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|                                                                                           | <a href="#">Dịch vụ phục hồi chức năng</a>  | Ngoại trú: 40% Đồng bảo hiểm<br>Nội trú: 40% Đồng bảo hiểm      | Không được bao trả                                         | Ngoại trú: Có thể yêu cầu sự chấp thuận trước. Phục hồi ngoại trú giới hạn ở 35 lần khám kết hợp mỗi năm (kết hợp với chăm sóc nắn khớp xương). Lưu ý: Không áp dụng giới hạn cho việc điều trị hoặc chăm sóc được xác định là cần thiết về mặt y tế do và liên quan đến chấn thương não mắc phải, để điều trị chậm phát triển hoặc cho mọi chẩn đoán về sức khỏe tâm thần/rối loạn do sử dụng chất kích thích.<br>Nội trú: Có thể yêu cầu sự chấp thuận trước. Được bao trả không giới hạn. |
|                                                                                           | <a href="#">Dịch vụ tập luyện chức năng</a> | Ngoại trú: 40% Đồng bảo hiểm<br>Nội trú: 40% Đồng bảo hiểm      | Không được bao trả                                         | Ngoại trú: Có thể yêu cầu sự chấp thuận trước. Giới hạn ở 35 lần khám mỗi năm. Lưu ý: Không áp dụng giới hạn khi được cung cấp điều trị để chẩn đoán sức khỏe tâm thần/rối loạn do sử dụng chất kích thích hoặc chậm phát triển.<br>Nội trú: Có thể yêu cầu sự chấp thuận trước. Được bao trả không giới hạn.                                                                                                                                                                                |



| Sự Kiện Y Tế Thông Thường                                         | Dịch Vụ Quý Vị Có Thể Cần                      | Số Tiền Quý Vị Sẽ Chi Trả                                       |                                                            | Các Giới Hạn, Ngoại Lệ và Thông Tin Quan Trọng Khác              |
|-------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|
|                                                                   |                                                | Nhà Cung Cấp Dịch Vụ Trong Hệ Thống (Quý vị sẽ chi trả ít nhất) | Nhà Cung Cấp Ngoài Hệ Thống (Quý vị sẽ chi trả nhiều nhất) |                                                                  |
|                                                                   | <a href="#">Chăm sóc điều dưỡng chuyên môn</a> | 40% Đồng bảo hiểm                                               | Không được bao trả                                         | Có thể yêu cầu sự chấp thuận trước. Giới hạn ở 25 ngày mỗi năm.  |
|                                                                   | <a href="#">Thiết bị y tế lâu bền</a>          | 40% Đồng bảo hiểm                                               | Không được bao trả                                         | Có thể yêu cầu sự chấp thuận trước. Được bao trả không giới hạn. |
|                                                                   | <a href="#">Dịch vụ chăm sóc cuối đời</a>      | 40% Đồng bảo hiểm                                               | Không được bao trả                                         | Có thể yêu cầu sự chấp thuận trước. Được bao trả không giới hạn. |
| <b>Nếu con em quý vị cần được chăm sóc nha khoa hay nhãn khoa</b> | Khám mắt cho trẻ em                            | Không tính phí; không áp dụng <a href="#">khoản khấu trừ</a>    | Không được bao trả                                         | Giới hạn ở 1 lần khám mỗi năm.                                   |
|                                                                   | Mắt kính cho trẻ em                            | Không tính phí; không áp dụng <a href="#">khoản khấu trừ</a>    | Không được bao trả                                         | Giới hạn ở 1 vật phẩm mỗi năm.                                   |
|                                                                   | Khám nha khoa cho trẻ em                       | Không được bao trả                                              | Không được bao trả                                         | Không có                                                         |

#### Dịch Vụ Loại Trừ Và Dịch Vụ Được Đài Thọ Khác:

Các Dịch Vụ Mà [Chương Trình](#) Của Quý Vị Thường KHÔNG Đài Thọ (Hãy xem hợp đồng bảo hiểm hoặc tài liệu [chương trình](#) của quý vị để biết thêm thông tin và xem danh sách bất kỳ [dịch vụ được loại trừ](#) nào khác.)

- Phá thai (ngoại trừ trường hợp mạng sống của người mẹ gặp nguy hiểm nếu mang thai đến đủ tháng hoặc đến lúc sinh.)
- Châm cứu
- Phẫu thuật chữa trị chứng béo phì
- Phẫu thuật thẩm mỹ
- Chăm sóc nha khoa (người lớn)
- Chăm sóc nha khoa (Trẻ em)
- Điều trị vô sinh
- Chăm sóc dài hạn
- Chăm sóc không cấp cứu khi đi du lịch bên ngoài Hoa Kỳ
- Y tá phụ trách riêng
- Chăm sóc mắt định kỳ (Người lớn)
- Chương trình giảm cân



**Các Dịch Vụ Được Đề Xuất Khác (Có thể áp dụng giới hạn cho các dịch vụ này. Đây không phải là danh sách đầy đủ. Vui lòng xem tài liệu [chương trình](#) của quý vị.)**

- Điều trị nắn khớp xương (Giới hạn ở 35 lần khám kết hợp mỗi năm (kết hợp với liệu pháp hồi phục ngoại trú).)
- Thiết bị trợ thính (Giới hạn ở 2 thiết bị mỗi 3 năm.)
- Chăm sóc chân định kỳ

**Quyền Tiếp Tục Được Bảo Hiểm Của Quý Vị:** Có các cơ quan có thể trợ giúp nếu quý vị muốn tiếp tục bảo hiểm sau khi bảo hiểm đó kết thúc. Thông tin liên hệ của các cơ quan đó như sau: Ambetter from Superior HealthPlan theo số 1-877-687-1196 (Relay Texas/TTY 1-800-735-2989); Sở Bảo Hiểm Texas, 333 Guadalupe, Austin, TX 78701, Số Điện Thoại: 1-800-578-4677; Cục Quản Lý Bảo Đảm Phúc Lợi Cho Người Lao Động thuộc Bộ Lao Động theo số 1-866-444-EBSA (3272) hoặc <https://www.dol.gov/agencies/ebsa/about-ebsa/ask-a-question/ask-ebsa>; hoặc Văn Phòng Quản Lý Nhân Sự của Chương Trình Chung Của Nhiều Tiểu Bang tại địa chỉ <https://www.opm.gov/healthcare-insurance/multi-state-plan-program/external-review/>. Quý vị cũng có thể có các tùy chọn bảo hiểm khác, bao gồm mua bảo hiểm cá nhân thông qua Thị Trường Bảo Hiểm Y Tế. Để biết thêm thông tin về Thị Trường, hãy truy cập [www.HealthCare.gov](http://www.HealthCare.gov) hoặc gọi số 1-800-318-2596.

**Đơn Than Phiền và Kháng Cáo của Quý Vị:** Có nhiều cơ quan có thể trợ giúp nếu quý vị có khiếu nại về [chương trình](#) của quý vị vì bị từ chối [yêu cầu thanh toán](#). Khiếu nại này được gọi là [đơn than phiền](#) hoặc [kháng cáo](#). Để biết thêm thông tin về quyền của quý vị, hãy xem phần giải thích phúc lợi mà quý vị sẽ nhận được liên quan đến [yêu cầu thanh toán](#) y tế đó. Tài liệu về [chương trình](#) của quý vị cũng cung cấp đầy đủ thông tin về cách nộp [yêu cầu thanh toán](#), [đơn than phiền](#) hoặc [kháng cáo](#) vì bất cứ lý do gì cho [chương trình](#) của quý vị. Để biết thêm thông tin về quyền của quý vị, thông báo này hay để được trợ giúp, hãy liên hệ với: Texas Department of Insurance, 333 Guadalupe, Austin, TX 78701, Phone No. 1-800-578-4677.

**Chương trình này có cung cấp Bảo Hiểm Thiết Yếu Tối Thiểu không? Có.**

[Bảo Hiểm Thiết Yếu Tối Thiểu](#) thường bao gồm các [chương trình](#), [bảo hiểm sức khỏe](#) được cung cấp thông qua [Thị Trường](#) hoặc các loại bảo hiểm cá nhân khác trên thị trường, Medicare, Medicaid, CHIP, TRICARE và một số loại bảo hiểm khác. Nếu quý vị đủ điều kiện hưởng một số loại [Bảo Hiểm Thiết Yếu Tối Thiểu](#) nhất định thì quý vị có thể không đủ điều kiện hưởng [tín dụng thuế cho phí bảo hiểm](#).

**Chương trình này có đáp ứng các Tiêu Chuẩn Giá Trị Tối Thiểu không? Không áp dụng.**

Nếu [chương trình](#) của quý vị không đáp ứng [Tiêu Chuẩn Giá Trị Tối Thiểu](#) thì quý vị có thể đủ điều kiện hưởng [tín dụng thuế cho phí bảo hiểm](#) để giúp quý vị chi trả cho [chương trình](#) thông qua [Thị Trường](#).

**Dịch Vụ Tiếp Cận Ngôn Ngữ:**

Tiếng Tây Ban Nha (Español): Para obtener asistencia en Español, llame al .

Tiếng Tagalog (Tagalog): Kung kailangan ninyo ang tulong sa Tagalog tumawag sa .

Tiếng Trung (中文): 如果需要中文的帮助, 请拨打这个号码 .

Tiếng Navajo (Dine): Dinek'ehgo shika at'ohwol ninisingo, kwiiijigo holne' .

**Để xem các ví dụ về cách thức [chương trình](#) này có thể đài thọ các chi phí cho trường hợp y tế mẫu như thế nào, hãy xem mục tiếp theo.**

## Giới Thiệu về Các Ví Dụ Bảo Hiểm này:



**Đây không phải là một công thức ước tính chi phí.** Các biện pháp điều trị được đưa ra chỉ là ví dụ về cách thức [chương trình](#) này có thể đài thọ dịch vụ chăm sóc y tế. Chi phí thực tế của quý vị sẽ khác, tùy vào dịch vụ chăm sóc thực tế mà quý vị nhận được, các mức giá do [nhà cung cấp](#) tính và nhiều yếu tố khác. Hãy tập trung vào các khoản [chia sẻ chi phí](#) ([khoản khấu trừ](#), [khoản đồng thanh toán](#) và [đồng bảo hiểm](#)) và [dịch vụ được loại trừ](#) thuộc khuôn khổ [chương trình](#). Hãy dùng thông tin này để so sánh phần chi phí mà quý vị có thể trả theo các [chương trình bảo hiểm](#) sức khỏe khác nhau. Xin lưu ý rằng các ví dụ về bảo hiểm này căn cứ theo mức bảo hiểm chỉ dành cho bản thân.

### Peg Sắp Có Con

(9 tháng chăm sóc tiền sản trong hệ thống và sinh con tại bệnh viện)

|                                                                        |         |
|------------------------------------------------------------------------|---------|
| ■ Tổng <a href="#">khoản khấu trừ</a> của <a href="#">chương trình</a> | \$6,000 |
| ■ <a href="#">Bác Sĩ Chuyên Khoa copayment</a>                         | \$60    |
| ■ Bệnh viện (cơ sở vật chất) <a href="#">coinsurance</a>               | 40%     |
| ■ Khoản <a href="#">đồng bảo hiểm</a> khác                             | 40%     |

Trường hợp MẪU này bao gồm các dịch vụ như:

Thăm khám tại văn phòng [bác sĩ chuyên khoa](#) (chăm sóc tiền sản)

Dịch Vụ Chuyên Môn về Sinh Thường/Sinh Sản

Dịch Vụ Cơ Sở Vật Chất Sinh Thường/Sinh Sản

[Kiểm tra chẩn đoán](#) (siêu âm và xét nghiệm máu)

Thăm khám với [bác sĩ chuyên khoa](#) (gây mê/gây tê)

|                  |          |
|------------------|----------|
| Tổng Chi Phí Mẫu | \$12,700 |
|------------------|----------|

Trong ví dụ này, Peg sẽ chi trả:

| Chia Sẻ Chi Phí                       |         |
|---------------------------------------|---------|
| <a href="#">Khoản khấu trừ</a>        | \$6,000 |
| <a href="#">Khoản đồng thanh toán</a> | \$400   |
| <a href="#">Khoản đồng bảo hiểm</a>   | \$1,100 |
| Nội dung ngoài phạm vi bảo hiểm       |         |
| Giới hạn hoặc ngoại lệ                | \$60    |
| Tổng số tiền Peg sẽ trả là            | \$7,560 |

### Kiểm Soát Bệnh Tiểu Đường Tuýp 2 của Joe

(một năm chăm sóc thường kỳ trong hệ thống cho tình trạng được kiểm soát tốt)

|                                                                        |         |
|------------------------------------------------------------------------|---------|
| ■ Tổng <a href="#">khoản khấu trừ</a> của <a href="#">chương trình</a> | \$6,000 |
| ■ <a href="#">Bác Sĩ Chuyên Khoa copayment</a>                         | \$60    |
| ■ Bệnh viện (cơ sở vật chất) <a href="#">coinsurance</a>               | 40%     |
| ■ Khoản <a href="#">đồng bảo hiểm</a> khác                             | 40%     |

Trường hợp MẪU này bao gồm các dịch vụ như:

Thăm khám tại văn phòng [bác sĩ chăm sóc ban đầu](#)

(kể cả hướng dẫn về bệnh)

[Kiểm tra chẩn đoán](#) (xét nghiệm máu)

[Thuốc kê đơn](#)

[Thiết bị y tế lâu bền](#) (máy đo đường huyết)

|                  |         |
|------------------|---------|
| Tổng Chi Phí Mẫu | \$5,600 |
|------------------|---------|

Trong ví dụ này, Joe sẽ chi trả:

| Chia Sẻ Chi Phí                       |         |
|---------------------------------------|---------|
| <a href="#">Khoản khấu trừ</a>        | \$800   |
| <a href="#">Khoản đồng thanh toán</a> | \$1,300 |
| <a href="#">Khoản đồng bảo hiểm</a>   | \$0     |
| Nội dung ngoài phạm vi bảo hiểm       |         |
| Giới hạn hoặc ngoại lệ                | \$20    |
| Tổng số tiền Joe sẽ trả là            | \$2,120 |

### Tình Trạng Gãy Xương Kín của Mia

(thăm khám tại phòng cấp cứu và chăm sóc theo dõi trong hệ thống)

|                                                                        |         |
|------------------------------------------------------------------------|---------|
| ■ Tổng <a href="#">khoản khấu trừ</a> của <a href="#">chương trình</a> | \$6,000 |
| ■ <a href="#">Bác Sĩ Chuyên Khoa copayment</a>                         | \$60    |
| ■ Bệnh viện (cơ sở vật chất) <a href="#">coinsurance</a>               | 40%     |
| ■ Khoản <a href="#">đồng bảo hiểm</a> khác                             | 40%     |

Trường hợp MẪU này bao gồm các dịch vụ như:

[Chăm sóc tại phòng cấp cứu](#) (bao gồm cả vật tư y tế)

[Kiểm tra chẩn đoán](#) (chụp X-quang)

[Thiết bị y tế lâu bền](#) (nạng)

[Dịch vụ phục hồi chức năng](#) (trị liệu vật lý)

|                  |         |
|------------------|---------|
| Tổng Chi Phí Mẫu | \$2,800 |
|------------------|---------|

Trong ví dụ này, Mia sẽ chi trả:

| Chia Sẻ Chi Phí                       |         |
|---------------------------------------|---------|
| <a href="#">Khoản khấu trừ</a>        | \$2,500 |
| <a href="#">Khoản đồng thanh toán</a> | \$200   |
| <a href="#">Khoản đồng bảo hiểm</a>   | \$0     |
| Nội dung ngoài phạm vi bảo hiểm       |         |
| Giới hạn hoặc ngoại lệ                | \$0     |
| Tổng số tiền Mia sẽ trả là            | \$2,700 |

**English:**

If you, or someone you are helping, have questions about Ambetter from Superior HealthPlan, 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 1-877-687-1196 (Relay Texas/TTY 1-800-735-2989).

**Spanish:**

Si usted, o alguien a quien está ayudando, tiene preguntas acerca de Ambetter de Superior HealthPlan 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 1-877-687-1196 (Relay Texas/TTY 1-800-735-2989).

**Vietnamese:**

Nếu quý vị hoặc người mà quý vị đang giúp đỡ có câu hỏi về Ambetter from Superior HealthPlan 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 1-877-687-1196 (Relay Texas/TTY 1-800-735-2989).

**Chinese:**

如果您，或是您正在協助的對象，有關於 Ambetter from Superior HealthPlan 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得幫助和訊息。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 1-877-687-1196 (Relay Texas/TTY 1-800-735-2989)。

**Korean:**

귀하 또는 귀하의 도움을 받는 분이 Ambetter from Superior HealthPlan에 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 1-877-687-1196(Relay Texas/TTY 1-800-735-2989)번으로 가입자 서비스부에 연락해주시십시오.

**Arabic:**

إذا كان لديك أو لدى شخص تساعد أسئلة حول Ambetter from Superior HealthPlan، ولم تكن بارعاً باللغة الإنكليزية، ف لديك 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، ف لديك الحق في تلقي مساعدات وخدمات إضافية من دون أي تكلفة وفي الوقت المناسب. لتلقي خدمات الترجمة أو خدمات إضافية، يرجى الاتصال بخدمات الأعضاء على 1-877-687-1196 (Relay Texas/TTY 1-800-735-2989).

**Urdu:**

اگر آپ، یا جس کی آپ مدد کر رہے ہیں وہ Ambetter from Superior HealthPlan کے بارے میں سوالات کرنا چاہتے ہیں، اور وہ انگریزی میں ماہر نہیں ہیں، تو آپ کو اپنی زبان میں بلا معاوضہ اور بروقت مدد اور معلومات حاصل کرنے کا حق ہے۔ اگر آپ، یا جس کی آپ مدد کر رہے ہیں، انہیں سماعت اور/یا بصارت میں کوئی پریشانی درپیش ہو جس سے مواصلت میں رکاوٹ پیدا ہوتی ہے، تو آپ کو مفت اور ہر وقت معاون امداد اور خدمات حاصل کرنے کا حق ہے۔ ترجمہ یا معاون خدمات حاصل کرنے کے لیے، براہ کرم 1-877-687-1196 (Relay Texas/TTY 1-800-735-2989) پر ممبر سروسز سے رابطہ کریں۔

**Tagalog:**

Kung ikaw, o ang iyong tinutulongan, ay may mga katanungan tungkol sa Ambetter from Superior HealthPlan, 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 pagsasalín o mga karagdagang serbisyo, mangyaring makipag-ugnayan sa Mga Serbisyo para sa Miyembro sa 1-877-687-1196 (Relay Texas/TTY 1-800-735-2989).

**French:**

Si vous-même ou une personne que vous aidez avez des questions à propos d'Ambetter from Superior HealthPlan et que vous ne maîtrisez pas l'anglais, vous pouvez bénéficier gratuitement et en temps utile d'aide et d'informations dans votre langue. Si vous-même ou une personne que vous aidez souffrez d'un trouble auditif ou visuel qui entrave la communication, vous pouvez bénéficier gratuitement et en temps utile d'aides et de services auxiliaires. Pour profiter de services de traduction ou de services auxiliaires, veuillez contacter Services aux membres au 1-877-687-1196 (Relay Texas/TTY 1-800-735-2989).

**Hindi:**

अगर आप या कोई ऐसा व्यक्ति जिसकी आप सहायता कर रहे हैं, के पास Ambetter from Superior HealthPlan से जुड़े प्रश्न हैं और आप दोनों अंग्रेजी में माहिर नहीं हैं, तो आपको अपनी भाषा में मुफ्त और समय पर सहायता और जानकारी प्राप्त करने का अधिकार है। अगर आपको या किसी ऐसे व्यक्ति को जिसकी आप मदद कर रहे हैं, सुनने और/या देखने में समस्या होती है और इससे बातचीत बाधित होती है, तो आपको बिना किसी लागत के और समय पर सहायक सहायता और सेवाएं प्राप्त करने का अधिकार है। अनुवाद या सहायक सेवाएं प्राप्त करने के लिए कृपया 1-877-687-1196 (Relay Texas/TTY 1-800-735-2989) पर सदस्य सेवाएं से संपर्क करें।

**Persian:**

اگر شما یا فردی که دارید به او کمک می‌کنید، سؤالی درباره Ambetter from Superior HealthPlan دارید، و انگلیسی نمی‌دانید، حق دارید کمک و اطلاعات را به زبان خودتان به رایگان و به موقع دریافت کنید. اگر شما یا فردی که دارید به او کمک می‌کنید مشکلات شنوایی یا بینایی دارد که برقراری ارتباط را سخت می‌کند، حق دارید کمک‌ها و خدمات امدادی را به زبان خودتان به رایگان و به موقع دریافت کنید. برای دریافت کمک‌ها و خدمات امدادی لطفاً با خدمات اعضا به شماره

|                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>German:</b>   | Falls Sie oder jemand, dem Sie helfen, Fragen zu Ambetter from Superior HealthPlan 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 1-877-687-1196 (Relay Texas/TTY 1-800-735-2989).                                                                                            |
| <b>Gujarati:</b> | જો તમને અથવા તમે જેમની મદદ કરી રહ્યા છો એવી કોઈ વ્યક્તિને Ambetter from Superior HealthPlan વિશે પ્રશ્નો હોય અને અંગ્રેજીમાં પ્રવીણ ન હોય, તો તમને કોઈ ખર્ચ કર્યા વિના અને સમયસર તમારી ભાષામાં મદદ તથા માહિતી મેળવવાનો અધિકાર છે. જો તમે અથવા તમે જેમની મદદ કરી રહ્યા છો એવી કોઈ વ્યક્તિ શ્રવણશક્તિ અને/અથવા દૃષ્ટિવિષયક અવસ્થાથી પીડિત હોય કે જે સંચારને અવરોધતી હોય, તો તમને કોઈ ખર્ચ કર્યા વિના અને સમયસર સહાયક સહાય તથા સેવાઓ પ્રાપ્ત કરવાનો અધિકાર છે. અનુવાદ અથવા સહાયક સેવાઓ પ્રાપ્ત કરવા માટે, કૃપા કરીને 1-877-687-1196 (Relay Texas/TTY 1-800-735-2989) પર સભ્યની સેવાઓનો સંપર્ક કરો.                                                                                                   |
| <b>Russian:</b>  | Если у вас или у лица, которому вы помогаете, возникли какие-либо вопросы о программе страхования Ambetter from Superior HealthPlan, 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 1-877-687-1196 (Relay Texas/TTY 1-800-735-2989). |
| <b>Japanese:</b> | ご自身やあなたが介護している他の人が、Ambetter from Superior HealthPlan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、1-877-687-1196 (Relay Texas/TTY 1-800-735-2989)のメンバーサービスにご連絡ください。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| <b>Laotian:</b>  | ຖ້າຫາກທ່ານ ຫຼື ຜູ້ໃດຜູ້ໜຶ່ງທີ່ທ່ານກຳລັງໃຫ້ການຊ່ວຍເຫຼືອ, ມີຄຳຖາມກ່ຽວກັບ Ambetter from Superior HealthPlan, ແລະ ບໍ່ຊ່ຽວຊານພາສາອັງກິດ, ທ່ານມີສິດໄດ້ຮັບການຊ່ວຍເຫຼືອ ແລະ ຂໍ້ມູນທີ່ເປັນພາສາຂອງທ່ານໂດຍບໍ່ມີຄ່າໃຊ້ຈ່າຍ ແລະ ທັນເວລາ. ຖ້າຫາກທ່ານ ຫຼື ຜູ້ໃດຜູ້ໜຶ່ງທີ່ທ່ານກຳລັງໃຫ້ການຊ່ວຍເຫຼືອ, ມີສະພາບທາງການໄດ້ຍິນ ແລະ/ຫຼື ການເບິ່ງເຫັນທີ່ຂັດຂວາງການສື່ສານ, ທ່ານມີສິດໄດ້ຮັບການຊ່ວຍເຫຼືອ ແລະ ການບໍລິການເສີມໂດຍບໍ່ມີຄ່າໃຊ້ຈ່າຍ ແລະ ທັນເວລາ. ເພື່ອໃຫ້ໄດ້ຮັບການບໍລິການແປພາສາ ຫຼື ບໍລິການເສີມ, ກະລຸນາຕິດຕໍ່ຫາ Member Services (ການບໍລິການສະມາຊິກ) ໄດ້ທີ່ 1-877-687-1196 (Relay Texas/TTY 1-800-735-2989).                                                                                                         |



FROM

superior  
healthplan

### Tuyên bố không phân biệt đối xử

Ambetter from Superior HealthPlan bao gồm các sản phẩm EPO được Celtic Insurance Company bảo lãnh và các sản phẩm HMO được Superior HealthPlan, Inc. bảo lãnh. Những công ty này là đơn vị cấp Chương Trình Sức Khỏe Đủ Điều Kiện trong Thị Trường Bảo Hiểm Y Tế Texas. Những công ty này tuân thủ luật pháp hiện hành của Liên bang về dân quyền và không phân biệt đối xử dựa trên chủng tộc, màu da, nguồn gốc quốc gia (bao gồm ngôn ngữ chính và trình độ tiếng Anh hạn chế), tuổi tác, tình trạng khuyết tật hoặc giới tính (bao gồm mang thai, xu hướng tính dục, bản dạng giới hoặc đặc điểm giới tính). Đây là lời chào bán bảo hiểm. © 2023 Celtic Insurance Company. © Superior HealthPlan, Inc. Bảo lưu mọi quyền. [Ambetter.SuperiorHealthPlan.com](https://Ambetter.SuperiorHealthPlan.com)

Nếu quý vị hoặc người nào đó mà quý vị đang giúp đỡ có câu hỏi về Ambetter from Superior HealthPlan và không thành thạo tiếng Anh, quý vị có quyền xin trợ giúp và thông tin bằng ngôn ngữ của mình mà không mất phí và kịp thời. Nếu quý vị hoặc người nào đó mà quý vị đang trợ giúp, có tình trạng thính giác và/hoặc thị giác cản trở giao tiếp, quý vị có quyền xin hỗ trợ và dịch vụ phụ trợ miễn phí và kịp thời. Để nhận dịch vụ dịch thuật hoặc dịch vụ phụ trợ, vui lòng liên hệ Bộ Phận Dịch Vụ Thành Viên theo số 1-877-687-1196 (Tiếp âm Texas/TTY 1-800-735-2989). Nếu quý vị tin rằng Celtic Insurance Company hoặc Superior HealthPlan, Inc. không cung cấp các dịch vụ này hoặc phân biệt đối xử theo hình thức khác dựa trên chủng tộc, màu da, nguồn gốc quốc gia (bao gồm ngôn ngữ chính và trình độ tiếng Anh hạn chế), tuổi tác, tình trạng khuyết tật hoặc giới tính (bao gồm mang thai, xu hướng tính dục, bản dạng giới hoặc đặc điểm giới tính), vui lòng liên hệ với Bộ Phận Dịch Vụ Thành Viên theo số 1-877-687-1196 (Tiếp âm Texas/TTY 1-800-735-2989). Quý vị cũng có thể khiếu nại qua điện thoại theo số 1-877-687-1196 (Tiếp âm Texas/TTY 1-800-735-2989). Để biết thông tin về việc nộp đơn khiếu nại về phân biệt đối xử trực tiếp với Bộ Y Tế Và Dịch Vụ Nhân Sinh Hoa Kỳ, Phòng Dân Quyền, vui lòng truy cập <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/smartscreen/main.jsf>.

---

### Statement of Non-Discrimination

Ambetter from Superior HealthPlan includes EPO products that are underwritten by Celtic Insurance Company, and HMO products that are underwritten by Superior HealthPlan, Inc. These companies are each Qualified Health Plan issuers in the Texas Health Insurance Marketplace. These companies comply with applicable Federal civil rights laws and do not discriminate on the basis of race, color, national origin (including limited English proficiency and primary language), age, disability, or sex (including pregnancy, sexual orientation, gender identity, or sex characteristics). This is a solicitation for insurance. © 2023 Celtic Insurance Company. © Superior HealthPlan, Inc. All rights reserved. [Ambetter.SuperiorHealthPlan.com](https://Ambetter.SuperiorHealthPlan.com)

If you, or someone you are helping, have questions about Ambetter from Superior HealthPlan, 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 1-877-687-1196 (Relay Texas/TTY 1-800-735-2989). If you believe that Celtic Insurance Company or Superior HealthPlan, Inc. has failed to provide these services or discriminated in another way on the basis of race, color, national origin (including limited English proficiency and primary language), age, disability, or sex (including pregnancy, sexual orientation, gender identity, or sex characteristics), please contact Member Services at 1-877-687-1196 (Relay Texas/TTY 1-800-735-2989). You may also submit a complaint by phone to 1-877-687-1196 (Relay Texas/TTY 1-800-735-2989). For information on filing a discrimination complaint directly with the U.S. Department of Health and Human Services, Office of Civil Rights, please visit <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/smartscreen/main.jsf>.