

 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://ambetterhealth.com/2025-brochures.html> hoặc gọi điện 1-833-543-3145 (TTY 711). 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 1-833-543-3145 (TTY 711) 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?                                                        | \$1,500 cá nhân / \$3,000 gia đình.                                                                                                                                                                                                                                                                                   | Thông thường, quý vị phải thanh toán toàn bộ chi phí từ <a href="#">nhà cung cấp</a> cho đến số tiền khấu trừ trước khi <a href="#">chương trình</a> này bắt đầu thanh toán. Nếu có thành viên khác trong gia đình quý vị tham gia <a href="#">chương trình</a> , 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 <a href="#">chăm sóc phòng ngừa</a> , chăm sóc ban đầu, thăm khám với chuyên gia và thăm khám <a href="#">chăm sóc khẩn cấp</a> cũng như một số <a href="#">thuốc theo toa</a> nhất định được bao trả trước khi quý vị đạt đến <a href="#">khoản khấu trừ</a> của mình (xem thêm thông tin bên dưới). | <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 <a href="#">khoản khấu trừ</a> 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> : \$6,000 cá nhân / \$12,000 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:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Những khoản nào không bao gồm trong <a href="#">giới hạn chi phí tự trả</a> ?                          | <a href="#">Lệ phí bảo hiểm</a> , lệ phí <a href="#">lập hóa đơn khoản chênh lệch</a> , tiền phạt vì không xin <a href="#">sự ủy quyền trước</a> cho dịch vụ và chăm sóc sức khỏe mà <a href="#">chương trình</a> này không đài thọ. | Ngay cả khi quý vị thanh toán thì các khoản phí tổn này cũng không tính vào <a href="#">giới hạn chi phí tự trả</a> .                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| Quý vị có chi trả ít hơn nếu quý vị sử dụng <a href="#">nhà cung cấp dịch vụ trong hệ thống</a> không? | Có. Hãy tham khảo <a href="https://ambetterhealth.com/findadoc">https://ambetterhealth.com/findadoc</a> hoặc gọi điện 1-833-543-3145 (TTY 711) để lấy danh sách <a href="#">nhà cung cấp trong hệ thống</a> .                        | <a href="#">Chương trình</a> này sử dụng <a href="#">hệ thống nhà cung cấp</a> . Quý vị sẽ chi trả ít hơn nếu quý vị sử dụng <a href="#">nhà cung cấp</a> trong <a href="#">hệ thống</a> của <a href="#">chương trình</a> . Quý vị sẽ chi trả nhiều nhất nếu quý vị sử dụng <a href="#">nhà cung cấp ngoài hệ thống</a> và quý vị có thể nhận được hoá đơn từ <a href="#">nhà cung cấp</a> cho khoản chênh lệch giữa khoản phí của <a href="#">nhà cung cấp</a> đó và số tiền mà <a href="#">chương trình</a> thanh toán (được gọi là " <a href="#">lập hóa đơn khoản chênh lệch</a> "). Hãy lưu ý rằng <a href="#">nhà cung cấp dịch vụ trong hệ thống</a> của quý vị có thể sử dụng <a href="#">nhà cung cấp ngoài hệ thống</a> để cung cấp một số dịch vụ (ví dụ như xét nghiệm). Hãy kiểm tra với <a href="#">nhà cung cấp</a> của quý vị trước khi nhận dịch vụ. |
| Quý vị có cần <a href="#">giới thiệu</a> để thăm khám với <a href="#">bác sĩ chuyên khoa</a> không?    | Không.                                                                                                                                                                                                                               | Bạn có thể gặp <a href="#">bác sĩ chuyên khoa</a> mà bạn chọn mà không cần <a href="#">giấy giới thiệu</a> .                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |



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 | \$20 <a href="#">Đồng thanh toán</a> / lần khám; không áp dụng <a href="#">khoản khấu trừ</a> | Không được bao trả                                         | Số Lần Thăm Khám Virtual 24/7 Care Không Giới Hạn nhận được từ <a href="#">nhà cung cấp</a> dịch vụ chăm sóc sức khỏe từ xa được chỉ định của Ambetter sẽ được đài thọ Miễn Phí, các <a href="#">nhà cung cấp</a> được đài thọ toàn bộ, không áp dụng khoản khấu trừ. |
|                                                                                         | Thăm khám với <a href="#">bác sĩ chuyên khoa</a>                | \$60 <a href="#">Đồng thanh toán</a> / lần khám; không áp dụng <a href="#">khoản khấu trừ</a> | Không được bao trả                                         | Không có                                                                                                                                                                                                                                                              |

| 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="#">Tiêm chủng</a> /khám sàng lọc/<br><a href="#">chăm sóc phòng ngừa</a>                                                                                                    | Không tính phí; không áp dụng <a href="#">khoản khấu trừ</a>                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 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.                                         |
| Nếu quý vị được kiểm tra hoặc xét nghiệm | <a href="#">Kiểm tra chẩn đoán</a> (chụp X-quang, xét nghiệm máu)                                                                                                                    | <p>20% <a href="#">Đồng bảo hiểm</a> đối với các dịch vụ phòng thí nghiệm và chuyên nghiệp</p> <p>20% <a href="#">Đồng bảo hiểm</a> đối với chụp X-quang và chẩn đoán hình ảnh</p> <p>20% <a href="#">Đồng bảo hiểm</a> 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 <a href="#">chấp thuận trước</a>. 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)) | 20% <a href="#">Đồng bảo hiểm</a>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | Không được bao trả                                         | Có thể yêu cầu sự <a href="#">chấp thuận trước</a> . 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)                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| <p><b>Nếu quý vị cần thuốc để điều trị bệnh tật hay tình trạng của quý vị</b></p> <p>Các thông tin khác về <a href="#">bảo hiểm thuốc kê đơn</a> có tại.</p> | Thuốc gốc                                                         | <p>Bậc 1a - Bán Lẻ Thuốc Gốc Ưu Tiên: \$3 <a href="#">Đồng thanh toán</a> / đơn thuốc; không áp dụng <a href="#">khoản khấu trừ</a></p> <p>Bậc 1b - Bán Lẻ Thuốc Gốc: \$15 <a href="#">Đồng thanh toán</a> / đơn thuốc; không áp dụng <a href="#">khoản khấu trừ</a></p> | Không được bao trả                                                                             | Có thể yêu cầu sự <a href="#">chấp thuận trước</a> . <a href="#">Thuốc theo toa</a> 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 2.5 lần so với mua tại nhà thuốc bán lẻ. |
|                                                                                                                                                              | Thuốc biệt dược ưu tiên                                           | Bậc 2 - Bán Lẻ: \$45 <a href="#">Đồng thanh toán</a> / đơn thuốc; không áp dụng <a href="#">khoản khấu trừ</a>                                                                                                                                                           | \$45 <a href="#">Đồng thanh toán</a> / đơn thuốc; không áp dụng <a href="#">khoản khấu trừ</a> | Có thể yêu cầu sự <a href="#">chấp thuận trước</a> . <a href="#">Thuốc theo toa</a> 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 2.5 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: \$75 <a href="#">Đồng thanh toán</a> / đơn thuốc; không áp dụng <a href="#">khoản khấu trừ</a>                                                                                                                                                           | Không được bao trả                                                                             | Có thể yêu cầu sự <a href="#">chấp thuận trước</a> . <a href="#">Thuốc theo toa</a> 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: 20% <a href="#">Đồng bảo hiểm</a>                                                                                                                                                                                                                        | Không được bao trả                                                                             | Có thể yêu cầu sự <a href="#">chấp thuận trước</a> . <a href="#">Thuốc theo toa</a> được cung cấp cho tối đa 30 ngày tại nhà thuốc bán lẻ và tối đa 30 ngày khi đặt hàng qua bưu điện.                                                                                                       |
| <p><b>Nếu quý vị thực hiện phẫu thuật ngoại trú</b></p>                                                                                                      | Phí cơ sở vật chất (ví dụ như trung tâm phẫu thuật không lưu trú) | 20% <a href="#">Đồng bảo hiểm</a>                                                                                                                                                                                                                                        | Không được bao trả                                                                             | Có thể yêu cầu sự <a href="#">chấp thuận trước</a> . Được bao trả không giới hạn.                                                                                                                                                                                                            |
|                                                                                                                                                              | Phí bác sĩ/bác sĩ phẫu thuật                                      | 20% <a href="#">Đồng bảo hiểm</a>                                                                                                                                                                                                                                        | Không được bao trả                                                                             | Có thể yêu cầu sự <a href="#">chấp thuận trước</a> . 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) |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| Nếu quý vị cần được chăm sóc y tế ngay lập tức                                              | <a href="#">Chăm sóc tại phòng cấp cứu</a>     | 20% <a href="#">Đồng bảo hiểm</a>                                                                                                                                                       | 20% <a href="#">Đồng bảo hiểm</a>                          | Không có                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
|                                                                                             | <a href="#">Vận chuyển y tế khẩn cấp</a>       | 20% <a href="#">Đồng bảo hiểm</a>                                                                                                                                                       | 20% <a href="#">Đồng bảo hiểm</a>                          | Được bao trả không giới hạn. Lưu ý: Không yêu cầu <a href="#">chấp thuận trước</a> cho vận chuyển cấp cứu, tuy nhiên, tất cả dịch vụ vận chuyển không khẩn cấp yêu cầu phải được <a href="#">chấp thuận trước</a> . Nếu nhận dịch vụ từ <a href="#">nhà cung cấp</a> cứu thương đường thủy/đường bộ ngoài <a href="#">mạng lưới</a> , quý vị có thể phải thanh toán <a href="#">hóa đơn cho chi phí chênh lệch</a> . |
|                                                                                             | <a href="#">Chăm sóc khẩn cấp</a>              | \$20 <a href="#">Đồng thanh toán</a> / lần khám; không áp dụng <a href="#">khoản khấu trừ</a>                                                                                           | Không được bao trả                                         | Không có                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| Nếu quý vị nằm viện                                                                         | Phí cơ sở vật chất (ví dụ như phòng bệnh viện) | 20% <a href="#">Đồng bảo hiểm</a>                                                                                                                                                       | Không được bao trả                                         | Có thể yêu cầu sự <a href="#">chấp thuận trước</a> . Được bao trả không giới hạn.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
|                                                                                             | Phí bác sĩ/bác sĩ phẫu thuật                   | 20% <a href="#">Đồng bảo hiểm</a>                                                                                                                                                       | Không được bao trả                                         | Có thể yêu cầu sự <a href="#">chấp thuận trước</a> . 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: \$20 <a href="#">Đồng thanh toán</a> / lần khám; không áp dụng <a href="#">khoản khấu trừ</a> ; Các Dịch Vụ Ngoại Trú Khác: 20% <a href="#">Đồng bảo hiểm</a> | Không được bao trả                                         | Có thể yêu cầu sự <a href="#">chấp thuận trước</a> . Được bao trả không giới hạn. (Thăm khám tại văn phòng <a href="#">Nhà cung cấp</a> dịch vụ chăm sóc chính (PCP) và bác sĩ khác không yêu cầu sự <a href="#">chấp thuận trước</a> ).                                                                                                                                                                             |
|                                                                                             | Dịch vụ bệnh nhân nội trú                      | 20% <a href="#">Đồng bảo hiểm</a>                                                                                                                                                       | Không được bao trả                                         | Có thể yêu cầu sự <a href="#">chấp thuận trước</a> . 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) |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| Nếu quý vị mang thai                                                                      | Thăm khám tại văn phòng                     | \$20 <a href="#">Đồng thanh toán</a> / lần khám; không áp dụng <a href="#">khoản khấu trừ</a> | Không được bao trả                                         | Không yêu cầu <a href="#">chấp thuận trước</a> 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 <a href="#">khám sàng lọc</a> trước sinh và sau sinh. Tùy thuộc vào loại dịch vụ, có thể áp dụng <a href="#">đồng bảo hiểm</a> , tiền khấu trừ hoặc <a href="#">đồng thanh toán</a> . 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  | 20% <a href="#">Đồng bảo hiểm</a>                                                             | Không được bao trả                                         | Có thể yêu cầu sự <a href="#">chấp thuận trước</a> . Không áp dụng chia sẻ chi phí cho các dịch vụ phòng ngừa. Tùy thuộc vào loại dịch vụ, có thể áp dụng <a href="#">đồng thanh toán</a> , <a href="#">đồng bảo hiểm</a> 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).                                                                                                                                                                                                         |
|                                                                                           | Dịch vụ cơ sở vật chất sinh thường/sinh sản | 20% <a href="#">Đồng bảo hiểm</a>                                                             | Không được bao trả                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| 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>   | 20% <a href="#">Đồng bảo hiểm</a>                                                             | Không được bao trả                                         | Có thể yêu cầu sự <a href="#">chấp thuận trước</a> . Giới hạn ở 120 lần khám mỗi năm.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|                                                                                           | <a href="#">Dịch vụ phục hồi chức năng</a>  | Ngoại trú: 20% <a href="#">Đồng bảo hiểm</a><br>Nội trú: 20% <a href="#">Đồng bảo hiểm</a>    | Không được bao trả                                         | Ngoại trú: Có thể yêu cầu sự <a href="#">chấp thuận trước</a> . Giới hạn ở tổng số 40 lần khám mỗi năm cho chăm sóc nắn khớp xương, âm ngữ trị liệu, vật lý trị liệu và trị liệu cơ năng. Lưu ý: Không áp dụng giới hạn khi được cung cấp để chẩn đoán sức khỏe tâm thần/rối loạn do sử dụng chất kích thích. Nội trú: Có thể yêu cầu sự <a href="#">chấp thuận trước</a> . 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="#">Dịch vụ tập luyện chức năng</a>    | Ngoại trú: 20% <a href="#">Đồng bảo hiểm</a><br>Nội trú: 20% <a href="#">Đồng bảo hiểm</a> | Không được bao trả                                         | Ngoại trú: Có thể yêu cầu sự <a href="#">chấp thuận trước</a> . Giới hạn ở tổng số 40 lần khám mỗi năm cho chăm sóc nắn khớp xương, âm ngữ trị liệu, vật lý trị liệu và trị liệu cơ năng. Lưu ý: Không áp dụng giới hạn khi được cung cấp để chẩn đoán sức khỏe tâm thần/rối loạn do sử dụng chất kích thích. Nội trú: Có thể yêu cầu sự <a href="#">chấp thuận trước</a> . Được bao trả không giới hạn. |
|                                                            | <a href="#">Chăm sóc điều dưỡng chuyên môn</a> | 20% <a href="#">Đồng bảo hiểm</a>                                                          | Không được bao trả                                         | Có thể yêu cầu sự <a href="#">chấp thuận trước</a> . Giới hạn ở 60 ngày mỗi năm.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
|                                                            | <a href="#">Thiết bị y tế lâu bền</a>          | 20% <a href="#">Đồng bảo hiểm</a>                                                          | Không được bao trả                                         | Có thể yêu cầu sự <a href="#">chấp thuận trước</a> . Được bao trả không giới hạn.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|                                                            | <a href="#">Dịch vụ chăm sóc cuối đời</a>      | 20% <a href="#">Đồng bảo hiểm</a>                                                          | Không được bao trả                                         | Có thể yêu cầu sự <a href="#">chấp thuận trước</a> . Được bao trả không giới hạn.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| Nếu con em quý vị cần được chăm sóc nha khoa hay nhãn khoa | 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 các trường hợp tính mạng của hội viên gặp nguy hiểm)
- Phẫu thuật giảm cân
- Phẫu thuật thẩm mỹ
- Chăm sóc nha khoa (Trẻ em)
- Điều trị vô sinh
- Chăm sóc dài hạn
- Chăm sóc không cấp cứu khi ở ngoài lãnh thổ Hoa Kỳ
- Điều dưỡng phụ trách riêng
- [Chương trình](#) giảm cân

Các Dịch Vụ Được Đài Thọ 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.)

- Chăm cứu (Giới hạn 12 lần thăm khám mỗi năm)
- Chăm sóc nắn xương (Giới hạn tối đa 40 lần thăm khám mỗi năm cho dịch vụ nắn xương, trị liệu ngôn ngữ, vật lý trị liệu và trị liệu vận động)
- Chăm sóc nha khoa (Áp dụng giới hạn số lần khám và vật dụng cho người lớn mỗi năm. Giới hạn \$1,000 mỗi năm cho mỗi người.)
- Máy trợ thính (Giới hạn 1 máy trợ thính cho mỗi tai sau mỗi 4 năm)
- Chăm sóc mắt định kỳ (Một lần thăm khám cho người lớn, một gọng kính và một cặp mắt kính. Trợ cấp bằng tiền áp dụng cho phần cứng.)
- Chăm sóc bàn 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 khoản đài thọ sau khi khoản đài thọ của quý vị kết thúc. Thông tin liên hệ của các cơ quan đó là: Ambetter Health theo số 1-833-543-3145 (TTY 711); Georgia Office of Insurance and Safety Fire Commissioner, Two Martin Luther King, Jr. Drive, West Tower, Suite 716, Atlanta, Georgia 30334, Phone No. 1-404-656-2070 or 1-800-656-2298.; Cục Quản Lý Bảo Đảm Quyền Lợi Cho Người Lao Động của Bộ Lao Động theo số 1-866-444-EBSA (3272); hoặc [Chương Trình](#) thuộc Chương Trình Chung của Nhiều Tiểu Bang thuộc Văn Phòng Quản Lý Nhân Sự tại địa chỉ <https://www.opm.gov/healthcare-insurance/multi-state-plan-program/external-review/>. Quý vị cũng có thể có các tùy chọn khoản đài thọ khác, bao gồm mua khoản đài thọ bảo hiểm cá nhân thông qua [Thị Trường Bảo Hiểm Y Tế](#). Để biết thêm thông tin về [Georgia Access](#), hãy truy cập <https://georgiaaccess.gov/> hoặc gọi số 1-888-687-1503.



**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: Georgia Office of Insurance and Safety Fire Commissioner, Two Martin Luther King, Jr. Drive, West Tower, Suite 716, Atlanta, Georgia 30334, Phone No. 1-404-656-2070 or 1-800-656-2298.

**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 1-833-543-3145 (TTY 711).

Tiếng Tagalog (Tagalog): Kung kailangan ninyo ang tulong sa Tagalog tumawag sa 1-833-543-3145 (TTY 711).

Tiếng Trung (中文): 如果需要中文的帮助, 请拨打这个号码 1-833-543-3145 (TTY 711).

Tiếng Navajo (Dine): Dinek'ehgo shika at'ohwol ninisingo, kwiiijigo holne' 1-833-543-3145 (TTY 711).

*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.*

 **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.

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

|                                                          |         |
|----------------------------------------------------------|---------|
| ■ Tổng <u>khoản khấu trừ</u> của <u>chương trình</u>     | \$1,500 |
| ■ <u>Bác Sĩ Chuyên Khoa</u> <u>Khoản đồng thanh toán</u> | \$60    |
| ■ <u>Bệnh viện (cơ sở vật chất)</u> <u>Đồng bảo hiểm</u> | 20%     |
| ■ <u>Khoản đồng bảo hiểm</u> khác                        | 20%     |

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)

|                         |                 |
|-------------------------|-----------------|
| <b>Tổng Chi Phí Mẫu</b> | <b>\$12,700</b> |
|-------------------------|-----------------|

| Chia Sẻ Chi Phí                        |                |
|----------------------------------------|----------------|
| <u>Khoản khấu trừ</u>                  | \$1,500        |
| <u>Khoản đồng thanh toán</u>           | \$30           |
| <u>Khoản đồng bảo hiểm</u>             | \$1,700        |
| <i>Nội dung ngoài phạm vi bảo hiểm</i> |                |
| Giới hạn hoặc ngoại lệ                 | \$60           |
| <b>Tổng số tiền Peg sẽ trả là</b>      | <b>\$3,290</b> |

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

|                                                                 |         |
|-----------------------------------------------------------------|---------|
| ■ Tổng <u>khoản khấu trừ</u> của <u>chương trình</u>            | \$1,500 |
| ■ <u>Bác Sĩ Chuyên Khoa</u> <u>Khoản</u> <u>đồng thanh toán</u> | \$60    |
| ■ Bệnh viện (cơ sở vật chất) <u>Đồng bảo hiểm</u>               | 20%     |
| ■ Khoản <u>đồng bảo hiểm</u> khác                               | 20%     |

Kiểm tra chẩn đoán (xét nghiệm máu)  
Thuốc kê đơn  
Thiết bị y tế lâu bền (máy đo đường huyết)

|                         |                |
|-------------------------|----------------|
| <b>Tổng Chi Phí Mẫu</b> | <b>\$5,600</b> |
|-------------------------|----------------|

| Chia Sẻ Chi Phí                        |                |
|----------------------------------------|----------------|
| <u>Khoản khấu trừ</u>                  | \$900          |
| <u>Khoản đồng thanh toán</u>           | \$1,000        |
| <u>Khoản đồng bảo hiểm</u>             | \$0            |
| <i>Nội dung ngoài phạm vi bảo hiểm</i> |                |
| Giới hạn hoặc ngoại lệ                 | \$20           |
| <b>Tổng số tiền Joe sẽ trả là</b>      | <b>\$1,920</b> |

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

|                                                                 |         |
|-----------------------------------------------------------------|---------|
| ■ Tổng <u>khoản khấu trừ</u> của <u>chương trình</u>            | \$1,500 |
| ■ <u>Bác Sĩ Chuyên Khoa</u> <u>Khoản</u> <u>đồng thanh toán</u> | \$60    |
| ■ <u>Bệnh viện (cơ sở vật chất)</u> <u>Đồng bảo hiểm</u>        | 20%     |
| ■ <u>Khoản đồng bảo hiểm</u> khác                               | 20%     |

Thiết bị y tế lâu bền (nặng)  
Dịch vụ phục hồi chức năng (trị liệu vật lý)

|                         |                |
|-------------------------|----------------|
| <b>Tổng Chi Phí Mẫu</b> | <b>\$2,800</b> |
|-------------------------|----------------|

| Chia Sẻ Chi Phí                        |                |
|----------------------------------------|----------------|
| <u>Khoản khấu trừ</u>                  | \$1,500        |
| <u>Khoản đồng thanh toán</u>           | \$200          |
| <u>Khoản đồng bảo hiểm</u>             | \$200          |
| <i>Nội dung ngoài phạm vi bảo hiểm</i> |                |
| Giới hạn hoặc ngoại lệ                 | \$0            |
| <b>Tổng số tiền Mia sẽ trả là</b>      | <b>\$1,900</b> |

|            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| English    | <p>If you, or someone you're helping, have questions about any of the Ambetter Health offerings, 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're 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 for your specific Health Plan by electronic mail or by phone by referencing the Health Plan Contact Information page below.</p>                                                                                                            |
| Spanish    | <p>Si usted o alguien a quien ayuda tiene preguntas sobre cualquiera de las ofertas de Ambetter Health y no domina el inglés, tiene derecho a recibir ayuda e información en su idioma sin costo y de manera oportuna. Si usted o alguien a quien ayuda tiene una condición auditiva o visual que impide la comunicación, tiene derecho a recibir ayudas y servicios auxiliares sin costo y de manera oportuna. Para recibir servicios de traducción o auxiliares, comuníquese con Servicios para Miembros de su plan de salud específico por correo electrónico o por teléfono. Consulte la página de información de contacto del plan de salud que figura más adelante.</p>                                                                                       |
| Chinese    | <p>若您或您協助的某人對 Ambetter Health 提供的任何產品有疑問，且不熟悉英文，您有權免費以您的語言及時取得協助和資訊。若您或您協助的某人難以用聽覺和/或視覺溝通，您有權免費及時取得輔助工具和服務。若要取得翻譯或輔助服務，請參考以下的健康計畫聯絡資訊頁面，以電子郵件或電話聯絡特定健康計畫的保戶服務部。</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| Vietnamese | <p>Nếu quý vị hoặc người đang được quý vị giúp đỡ có thắc mắc về bất kỳ gói phúc lợi nào của Ambetter Health và không thông thạo Anh ngữ, quý vị có quyền nhận trợ giúp và thông tin bằng ngôn ngữ của mình một cách kịp thời và hoàn toàn miễn phí. Nếu quý vị hoặc người đang được quý vị giúp đỡ có vấn đề về thính lực và/hoặc thị lực khiến việc giao tiếp khó khăn, quý vị có quyền nhận dịch vụ và thiết bị phụ trợ một cách kịp thời và hoàn toàn miễn phí. Để nhận dịch vụ dịch thuật hoặc dịch vụ phụ trợ, vui lòng liên hệ với bộ phận Dịch Vụ Hội Viên của Chương Trình Bảo Hiểm Y Tế cụ thể của quý vị qua thư điện tử hoặc qua điện thoại bằng cách tham chiếu trang Thông Tin Liên Hệ của Chương Trình Bảo Hiểm Y Tế dưới đây.</p>                   |
| German     | <p>Wenn Sie oder eine Person, der Sie helfen, Fragen zu den Ambetter Health-Angeboten haben, jedoch kein flüssiges Englisch sprechen, sind Sie berechtigt, kostenfrei und zeitnah Hilfe und Informationen in Ihrer Sprache zu erhalten. Wenn Sie oder eine Person, der Sie helfen, an einer Hör- und/oder Sehbehinderung leiden, die die Kommunikation beeinträchtigt, sind Sie berechtigt, kostenfrei und zeitnah Hilfsmittel und Hilfsdienste zu erhalten. Um Übersetzungen oder Hilfsdienste zu erhalten, wenden Sie sich an unsere Services für Mitglieder, um Ihren individuellen Gesundheitsplan telefonisch oder per E-Mail anzufordern. Die entsprechenden Kontaktdaten finden Sie auf der folgenden Webseite mit den Kontaktdaten zum Gesundheitsplan.</p> |
| Korean     | <p>귀하 또는 귀하에게 도움을 받는 사람이 Ambetter Health 서비스에 대해 질문이 있고 영어에 능숙하지 않은 경우, 귀하는 무료로 적시에 귀하가 사용하는 언어로 도움과 정보를 받을 권리가 있습니다. 귀하 또는 귀하에게 도움을 받는 사람의 청각 및/또는 시각 장애로 인해 의사소통이 원활하지 않은 경우, 귀하는 무료로 적시에 보조 지원 및 서비스를 받을 권리가 있습니다. 번역 또는 보조 서비스를 받으려면 아래의 건강 플랜 연락처 정보 페이지를 참조하여 전자 메일 또는 전화로 특정 건강 플랜의 가입자 서비스부에 문의해 주십시오.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |

|                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
|-----------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Arabic                | <p>إذا كان لديك أو لدى شخص تساعد أسئلة حول أي من عروض Ambetter Health ولست متقنًا للغة الإنجليزية، فلديك الحق في الحصول على المساعدة والمعلومات بلغتك دون تكلفة عليك وفي الوقت المناسب. إذا كنت أنت أو شخص تساعد تعاني من حالة سمعية و/أو بصرية تحول دون التواصل، فلديك الحق في الحصول على معينات سمع وخدمات مساعدة دون تكلفة عليك وفي الوقت المناسب. للحصول على خدمات الترجمة أو الخدمات المساعدة، يرجى التواصل مع خدمات الأعضاء الخاصة بخطتك الصحية عن طريق البريد الإلكتروني أو عبر الهاتف من خلال الرجوع إلى صفحة معلومات الاتصال بالخطة الصحية أدناه.</p>                                                                                                                                                                                                                                |
| Serbo-Croatian        | <p>Ako vi ili neko kome pomažete imate pitanja o bilo kojoj od ponuda od Ambetter Health, a ne govorite dobro engleski, imate pravo da besplatno i pravovremeno dobijete pomoć i informacije na svom jeziku. Ako vi ili neko kome pomažete imate problema sa sluhom i/ili vidom što ometa komunikaciju, imate pravo da besplatno i pravovremeno dobijete dodatna pomagala i usluge. Da biste dobili prevod ili dodatne usluge, kontaktirajte Službu za članove za vaš određeni zdravstveni plan putem elektronske pošte ili telefonom pozivajući se na stranicu sa kontakt informacijama zdravstvenog plana u nastavku.</p>                                                                                                                                                                   |
| French                | <p>Si vous, ou une personne que vous aidez, avez des questions sur l'une des offres d'Ambetter Health et que vous ne maîtrisez pas l'anglais, vous avez le droit d'obtenir de l'aide et des informations dans votre langue, gratuitement et dans les meilleurs délais. Si vous, ou une personne que vous aidez, souffrez d'un trouble auditif et/ou visuel qui entrave la communication, vous avez le droit de bénéficier d'aides et de services auxiliaires gratuitement et dans les meilleurs délais. Pour bénéficier de services de traduction ou de services auxiliaires, veuillez contacter le service adhérents de votre régime d'assurance maladie par courrier électronique ou par téléphone en vous référant à la page des coordonnées du régime d'assurance maladie ci-dessous.</p> |
| Pennsylvania<br>Dutch | <p>Wann du, odder epper der du helpscht, hen Frooge iwwer die Ambetter Health Offerings, un sin net gut in Englisch, du hoscht die Recht um Hilfe un Information zu griege in die Schprooch mitaus Koscht un in en zeitliche Manner. Wann du, odder epper der du helpscht, hen en Auditory un/odder Sehlich Condition die schtoppt Communication, du hoscht die Recht um Auxiliary Aids un Services zu griege mitaus Koscht un in en zeitliche Manner. Um Iwwersetzung odder Auxiliary Services zu griege, sei so gut un contacte Member Services fer dei abbaddiche Health Plan bei Electronic Mail odder bei Phone bei noochgucke die Health Plan Contact Information Blatt donunner.</p>                                                                                                   |
| Burmese               | <p>သင် သို့မဟုတ် သင်ကူညီပေးနေသည့်တစ်စုံတစ်ဦးတွင် Ambetter Health က စီစဉ်ပေးလျက်ရှိသည့်အရာတစ်ခုခုအကြောင်း မေးမြန်းလိုသည်များရှိပြီး အင်္ဂလိပ်ဘာသာစကားကို မကျွမ်းကျင်ပါက သင်သည် အကူအညီနှင့် အချက်အလက်များကို အခကြေးငွေမကုန်ကျဘဲ သင့်ဘာသာစကားဖြင့် အချိန်မီ ရယူပိုင်ခွင့်ရှိပါသည်။ သင် သို့မဟုတ် သင်ကူညီနေသူတစ်စုံတစ်ဦးတွင် ပြောဆိုဆက်သွယ်မှုကို အဟန့်အတားဖြစ်စေသည့် အကြားအာရုံ နှင့်/သို့မဟုတ် အမြင်အာရုံဆိုင်ရာ အခြေအနေရှိပါက သင်သည် အကူကိရိယာများနှင့် ဝန်ဆောင်မှုများကို အခကြေးငွေမကုန်ကျဘဲ အချိန်မီ ရယူပိုင်ခွင့်ရှိပါသည်။ ဘာသာပြန် သို့မဟုတ် အကူဝန်ဆောင်မှုများကို ရယူရန်၊ အောက်ရှိ ကျန်းမာရေးအစီအစဉ်၏ ဆက်သွယ်ရန်အချက်အလက် စာမျက်နှာကို ကိုးကားခြင်းဖြင့် သင်၏ သီးခြား ကျန်းမာရေးအစီအစဉ်အတွက် အဖွဲ့ဝင်ဝန်ဆောင်မှုများသို့ အီလက်ထရောနစ်မေးလ်ဖြင့်ဖြစ်စေ၊ ဖုန်းဖြင့်ဖြစ်စေ ဆက်သွယ်ပါ။</p>    |

|          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|----------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Gujarati | <p>જો તમે અથવા તમે જેને મદદ કરી રહ્યા છો તે વ્યક્તિને કોઈપણ Ambetter Health ઓફિસિંગ વિશે પ્રશ્નો હોય અને અંગ્રેજીમાં નિપુણતા ન હોય, તો તમને તમારી ભાષામાં વિના મૂલ્યે અને સમયસર મદદ અને માહિતી મેળવવાનો અધિકાર છે. જો તમે અથવા તમે જેને મદદ કરી રહ્યા છો તે વ્યક્તિ, શ્રાવ્ય અને/અથવા દૃશ્ય સ્થિતિ ધરાવતા હોય જે સંદેશાવ્યવહારને અવરોધે છે, તો તમને સહાયક સહાય અને સેવાઓ વિના મૂલ્યે અને સમયસર પ્રાપ્ત કરવાનો અધિકાર છે. અનુવાદ અથવા સહાયક સેવાઓ પ્રાપ્ત કરવા માટે, કૃપા કરીને તમારા વિશિષ્ટ આરોગ્ય પ્લાન માટેની સભ્ય સેવાઓનો ઇલેક્ટ્રોનિક મેઇલ દ્વારા અથવા નીચે આપેલા આરોગ્ય પ્લાન સંપર્ક માહિતી પૃષ્ઠનો સંદર્ભ લઈને ફોન દ્વારા સંપર્ક કરો.</p>                                                                                                                                                                                                                                                |
| Russian  | <p>Если у вас или человека, которому вы помогаете, есть вопросы о каком-либо предложении Ambetter Health и вы не владеете английским языком, у вас есть право получить бесплатную и своевременную помощь и информацию на вашем языке. Если у вас или человека, которому вы помогаете, есть нарушения слуха и/или зрения, мешающие коммуникации, вы имеете право на бесплатное и своевременное получение вспомогательных средств и услуг. Чтобы получить услуги перевода или вспомогательные услуги, обратитесь в отдел обслуживания участников конкретного плана медицинского страхования по электронной почте или по телефону, воспользовавшись информацией на странице с контактными данными плана медицинского страхования ниже.</p>                                                                                                                                                         |
| Choctaw  | <p>Pokolh chi hattak, micha pisa hattak yakni, imahlbokma li kash chi shpisa akocha chi illi Ambetter Health ofings, hokmi micha pisa ayyokma yvt micha biskakcha hattak, li chi hattak chi tok opali, micha tukmvt li chahta ahofa chash hattak, micha isht ikbi chokma mvmchi hokma micha yvt ayyokma chokma li kash chi hóchifo, micha akocha mvmchi chokma chi micha yakni toklo chahta ahofa, micha kash chi yvt. Chishno kiyokmat kanah kiya ish apíla ká, ishit haklo hicha/cho ishit pisa ayína ká, isht ataklama átokósh annopa ik akostiníchoh okmá ná isht apíla ýomiká ish íshi áhjna kat chim áyalhpísah, ná ahíka iksho ikmat chikkósi atahlá híliah. Maashatinaa anumpuliha hattak pisa ayyokvsat, micha tukmvt hattak ili hattak chokma falusaat ahofa, hokmi biskakcha hattak micha tukmvt hattak ili tukmvt ahofa, falusaat okchifo pisa, toklo paali tukmvt ahofa yakni.</p> |
| Tagalog  | <p>Kung ikaw o ang isang tao na tinutulungan mo, ay may mga tanong tungkol sa alinman sa mga ino-offer ng Ambetter Health, at hindi mahusay sa Ingles, may karapatan kang makakuha ng libre at nasa oras na tulong at impormasyon nang nasa iyong wika. Kung ikaw o ang isang tao na tinutulungan mo, ay may kondisyon sa pandinig at/o paningin na nakakahadlang sa komunikasyon, may karapatan kang tumanggap ng libre at nasa oras na mga karagdagang tulong at serbisyo. Para makatanggap ng mga serbisyo para sa pagsasalin-wika o karagdagang serbisyo, mangyaring makipag-ugnayan sa Mga Serbisyo sa Miyembro para sa iyong partikular na Planong Pangkalusugan sa pamamagitan ng elektronikong mail o telepono sa pamamagitan ng pagsangguni sa page ng Impormasyon sa Pakikipag-ugnayan ng Planong Pangkalusugan na nasa ibaba.</p>                                                    |
| Amharic  | <p>እርስዎ፣ ወይም እርስዎ እየረዱት ያለ ሰው፣ ስለ ማንኛውም የAmbetter Health አቅርቦቶች ጥያቄዎች ካላችሁ፣ እና በእንግሊዘኛ ማውራት የሚያስችሎችሁ ከሆነ፣ በቋንቋዎ ያለ ምንም ወጪ እና በጊዜው እርዳታ እና መረጃ የማግኘት መብት አላችሁ። እርስዎ፣ ወይም እርስዎ እየረዱት ያለ ሰው፣ ለመግባባት እንቅፋት የሚፈጥር የመስማት እና/ወይም የእይታ ችግር ካላችሁ፣ ኢንፎር ማሳሰቢያዎችን እና አገልግሎቶችን ያለ ምንም ወጪ እና በጊዜው የማግኘት መብት አላችሁ። የትርጉም ወይም ኢንፎር አገልግሎቶችን ለማግኘት፣ እባክዎን ለተለየ የጤና እቅድዎ የአባላት አገልግሎቶችን በኤሌክትሮኒካዊ መልእክት ወይም በስልክ ከዚህ በታች ያለውን የጤና እቅድ የእውቂያ መረጃን በመጥቀስ ያነጋግሩ።</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |

|               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
|---------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Hindi         | <p>यदि आपको, या आप जिनकी मदद कर रहे हैं, उनको Ambetter Health के किसी भी ऑफर के बारे में कोई सवाल पूछना है, और आप या वे अंग्रेजी को पूरी तरह से समझ नहीं पाते हैं, तो आपको बिना किसी शुल्क के और सही समय पर अपनी भाषा में मदद और जानकारी प्राप्त करने का अधिकार है। यदि आपको, या आप जिनकी मदद कर रहे हैं, उनको सुनने और/या देखने में कोई ऐसी समस्या है, जिससे संचार में बाधा पड़ती है, तो आपको बिना किसी शुल्क के और सही समय पर संबंधित सहायक से मदद और सेवाएँ प्राप्त करने का अधिकार है। अनुवाद या संबंधित सहायक से सेवाएँ प्राप्त करने के लिए, कृपया नीचे दिए गए स्वास्थ्य योजना संपर्क सूचना पेज की sssरेफरेंस देते हुए, इलेक्ट्रॉनिक मेल या फोन द्वारा अपनी विशेष स्वास्थ्य योजना के लिए सदस्य सेवाओं से संपर्क करें।</p> |
| Cushite       | <p>Yoo isin yookiin namni isin gargaaraa jirtan, waa'ee dhiyeessii Ambetter Health gaaffii qabaattan, akkasumas dandeettii afaan Ingiliffaa hin qabdan ta'e, gargaarsaa fi odeeffannoo afaan keessaniin baasii tokko malee argachuuf mirga qabdu. Yoo isin yookiin namni isin gargaaraa jirtan, rakkoo dhageettii fi/yookiin agartuu waliin dubbiif hin mijanne qabaattan, gargaarsaa fi tajaajilawwan gargaaraa baasii tokko malee argachuuf mirga qabdu. Tajaajila hiikkaa afaanii yookiin gargaaraa argachuuf, maaloo Tajaajiloota Miseensaa (Member Services) Karoora Fayyaa addaa keessaniif poostaa elektiroonikii yookiin bilbilaan fuula Odeeffannoo Quunnamtii Karoora Fayyaa armaan gadii qunnamaa.</p>             |
| French Creole | <p>Si oumenm, oswa yon moun w ap ede, gen kesyon sou youn nan òf Ambetter Health yo epi ou pa pale anglè, ou gen dwa pou jwenn èd ak enfòmasyon nan lang ou gratis epi alè. Si oumenm oswa yon moun w ap ede, gen pwoblèm pou tande ak/oswa vizyon ki anpeche kominikasyon, ou gen dwa pou resevwa èd ak sèvis oksilyè gratis epi alè. Pou resevwa sèvis tradiksyon oswa oksilyè, tanpri kontakte Sèvis Manm plan sante w la pa imèl oswa pa telefòn pandan w ap sèvi avèk paj enfòmasyon kontak plan sante ki anba a.</p>                                                                                                                                                                                                    |
| Japanese      | <p>あなたやあなたがサポートしている誰かが、Ambetter Health が提供するサービスについて質問することを希望していて、英語が堪能でない場合、ご自分の言語で無料かつタイムリーにサポートや情報を得る権利があります。あなたやあなたがサポートしている誰かが、コミュニケーションに支障がある聴覚障害や視覚障害をお持ちの場合、無料かつタイムリーに補助的な支援手段及びサービスを受ける権利があります。翻訳または補助的なサービスを受けるには、以下のヘルスプラン連絡先情報ページを参照して、メールまたは電話で特定のヘルスプランのメンバーサービスにお問い合わせください。</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| Italian       | <p>Se lei, o qualcuno che sta aiutando, ha domande su una qualsiasi delle offerte di Ambetter Health, e non parla fluentemente inglese, ha il diritto di ottenere assistenza e informazioni nella sua lingua gratuitamente e in tempi rapidi. Se lei, o qualcuno che sta aiutando, ha una condizione uditiva e/o visiva che impedisce la comunicazione, ha il diritto di ricevere sostegni e servizi ausiliari gratuitamente e in tempi rapidi. Per ricevere i servizi di traduzione o ausiliari, contatti i Servizi per i membri del suo Piano sanitario specifico tramite posta elettronica o telefono, facendo riferimento alla pagina delle Informazioni di contatto del piano sanitario indicata di seguito.</p>         |



|            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
|------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Panjabi    | <p>ਜੇ ਤੁਹਾਡੇ, ਜਾਂ ਤੁਹਾਡੀ ਸਹਾਇਤਾ ਕਰ ਰਹੇ ਕਿਸੇ ਵੀ ਵਿਅਕਤੀ ਦੇ Ambetter Health ਦੀਆਂ ਪੇਸ਼ਕਸ਼ਾਂ ਬਾਰੇ ਕੋਈ ਸਵਾਲ ਹਨ, ਅਤੇ ਤੁਸੀਂ ਅੰਗਰੇਜ਼ੀ ਵਿੱਚ ਨਿਪੁੰਨ ਨਹੀਂ ਹੋ, ਤਾਂ ਤੁਹਾਨੂੰ ਤੁਹਾਡੀ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਬਿਨਾਂ ਕਿਸੇ ਲਾਗਤ ਦੇ ਅਤੇ ਸਮੇਂ ਸਿਰ ਸਹਾਇਤਾ ਅਤੇ ਜਾਣਕਾਰੀ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰਨ ਦਾ ਅਧਿਕਾਰ ਹੈ। ਜੇ ਤੁਹਾਨੂੰ, ਜਾਂ ਤੁਹਾਡੀ ਸਹਾਇਤਾ ਕਰ ਰਹੇ ਕਿਸੇ ਵੀ ਵਿਅਕਤੀ ਨੂੰ ਸੁਣਨ ਅਤੇ/ਜਾਂ ਨਜ਼ਰ ਸੰਬੰਧੀ ਕੋਈ ਸਮੱਸਿਆ ਹੈ ਜਿਸ ਕਾਰਨ ਸੰਚਾਰ ਵਿੱਚ ਰੁਕਾਵਟ ਪੈਂਦੀ ਹੋਵੇ, ਤਾਂ ਤੁਹਾਨੂੰ ਬਿਨਾਂ ਕਿਸੇ ਲਾਗਤ ਅਤੇ ਸਮੇਂ ਸਿਰ ਸਹਾਇਕ ਉਪਕਰਨ ਅਤੇ ਸੇਵਾਵਾਂ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰਨ ਦਾ ਅਧਿਕਾਰ ਹੈ। ਅਨੁਵਾਦ ਜਾਂ ਸਹਾਇਕ ਉਪਕਰਨ ਸੰਬੰਧੀ ਸੇਵਾਵਾਂ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰਨ ਲਈ, ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਹੇਠਾਂ ਦਿੱਤੇ ਸਿਹਤ ਪਲਾਨ ਦੇ ਸੰਪਰਕ ਜਾਣਕਾਰੀ ਵਾਲੇ ਪੰਨੇ 'ਤੇ ਜਾ ਕੇ ਇਲੈਕਟ੍ਰਾਨਿਕ ਮੇਲ ਰਾਹੀਂ ਜਾਂ ਫੋਨ ਰਾਹੀਂ ਤੁਹਾਡੇ ਵਿਸ਼ੇਸ਼ ਸਿਹਤ ਪਲਾਨ ਲਈ ਮੈਂਬਰ ਸੇਵਾਵਾਂ ਨਾਲ ਸੰਪਰਕ ਕਰੋ।</p> |
| Portuguese | <p>Se tiver dúvidas sobre as ofertas da Ambetter Health (ou se alguém que está a ajudar as tiver) e não for proficiente em inglês, tem o direito de obter ajuda e informações no respetivo idioma sem custos e de modo oportuno. Se tiver problemas auditivos e/ou visuais que impeçam a comunicação (ou se alguém que está a ajudar os tiver), tem o direito de receber apoio e serviços auxiliares sem custos e de modo oportuno. Para receber serviços de tradução ou de apoio auxiliar, contacte os Serviços para Membros do seu Plano de Saúde específico por e-mail ou por telefone. Consulte os Dados de Contacto do Plano de Saúde na página abaixo.</p>                                                        |
| Persian    | <p>اگر شما یا کسی که به او کمک می کنید، سوالی درباره هر یک از خدمات Ambetter Health دارید و به انگلیسی تسلط کافی ندارید، این حق را دارید که به صورت رایگان و به موقع، کمک و اطلاعات را به زبان خودتان دریافت کنید. اگر شما یا کسی که به او کمک می کنید، مشکل شنوایی و/یا بینایی دارید که مانع ارتباط می شود، این حق را دارید که به صورت رایگان و به موقع، خدمات و کمک های جانی مربوطه را دریافت کنید. برای دریافت ترجمه یا خدمات جانی، لطفاً بر اساس اطلاعات درج شده در صفحه «اطلاعات تماس طرح سلامت» در زیر، از طریق ایمیل یا تلفن با بخش اعضای طرح سلامت خود تماس بگیرید.</p>                                                                                                                                         |
| Ukrainian  | <p>Якщо у вас або в людини, якій ви допомагаєте, є запитання про якусь із пропозицій Ambetter Health і ви не володієте англійською мовою, ви маєте право отримати безкоштовну і своєчасну допомогу й інформацію вашою мовою. Якщо у вас або в людини, якій ви допомагаєте, є порушення слуху і/або зору, що перешкоджають спілкуванню, ви маєте право на безкоштовне та своєчасне отримання допоміжних засобів і послуг. Щоб отримати переклад або допоміжні послуги, зв'яжіться з відділом обслуговування учасників конкретного плану медичного страхування електронною поштою або телефоном. Контактну інформацію наведено на відповідній сторінці плану медичного страхування нижче.</p>                             |
| Dutch      | <p>Als u, of iemand die u helpt, vragen heeft over een van de Ambetter Health-aanbiedingen maar geen Engels spreekt, heeft u het recht om op tijd en gratis informatie te krijgen in uw eigen taal. Als u, of iemand die u helpt, problemen heeft met horen of zien waardoor er problemen zijn met communiceren, heeft u het recht om gratis en op tijd extra hulp en diensten te ontvangen. Als u een vertaling of extra diensten nodig heeft, kunt u per e-mail of per telefoon contact opnemen met de Klantenservice van uw specifieke ziektekostenverzekering via de onderstaande pagina met contactgegevens van die ziektekostenverzekering.</p>                                                                   |

|                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
|-------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Romanian                | <p>Dacă dvs. sau o persoană pe care o ajutați aveți întrebări cu privire la oricare dintre ofertele Ambetter Health și nu sunteți cunoscător al limbii engleze, puteți obține ajutor și informații în limba dvs., în timp util și fără niciun cost. Dacă dumneavoastră sau o persoană pe care o ajutați suferiți de o afecțiune auditivă și/sau vizuală care vă împiedică să comunicați, aveți dreptul de a primi asistență și alte servicii auxiliare în timp util și fără niciun cost. Pentru a beneficia de servicii de traducere sau de alte servicii de auxiliare, vă rugăm să contactați Serviciile pentru membri, pentru planul dumneavoastră specific de sănătate, prin e-mail sau telefonic, accesând pagina de informații de contact a planului de sănătate de mai jos.</p> |
| Mon-Khmer,<br>Cambodian | <p>ប្រសិនបើអ្នក ឬនរណាម្នាក់ដែលអ្នកកំពុងជួយ មានសំណួរអំពីការផ្តល់ជូនរបស់ Ambetter Health ណាមួយ និងមិនមានជំនាញភាសាអង់គ្លេស អ្នកមានសិទ្ធិទទួលបានជំនួយ និងព័ត៌មានជាភាសារបស់អ្នកដោយឥតគិតថ្លៃ និងទាន់ពេលវេលា។ ប្រសិនបើអ្នក ឬនរណាម្នាក់ដែលអ្នកកំពុងជួយ មានបញ្ហាក្រចៀក និង/ឬភ្នែក ដែលបង្កជាឧបសគ្គដល់ការប្រាស្រ័យទាក់ទង អ្នកមានសិទ្ធិទទួលបានជំនួយ និងសេវាកម្មជំនួយដោយឥតគិតថ្លៃ និងទាន់ពេលវេលា។ ដើម្បីទទួលបានការបកប្រែ ឬសេវាកម្មជំនួយ សូមទាក់ទងផ្នែកសេវាបម្រើសមាជិកសម្រាប់គម្រោងសុខភាពជាក់លាក់របស់អ្នកតាមរយៈសំបុត្រ ឬតាមទូរសព្ទដោយយោងតាមទំព័រព័ត៌មានទំនាក់ទំនងគម្រោងសុខភាពខាងក្រោម។</p>                                                                                                                                                                                                          |

AMB24-AHS-C-00084

Ambetter Health is the brand name used for products and services provided by one or more of the wholly owned subsidiaries of Centene Corporation, who are issuers in the states indicated at [AmbetterHealth.com](https://www.AmbetterHealth.com). Health benefits and health insurance plans contain exclusions and limitations. This is a solicitation for insurance © Copyright 2024 Centene Corporation, [centene.com](https://www.centene.com). All rights reserved. If you, or someone you're helping, have questions about any of the Ambetter Health offerings, 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're 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 the Member Services for your specific Health Plan by electronic mail or by phone by referencing the Health Plan Contact Information located at the state-specific link on [AmbetterHealth.com](https://www.AmbetterHealth.com). For more information on your right to receive an Ambetter Health Plan free of discrimination, or your right to receive language, auditory and/or visual assistance services, please visit [AmbetterHealth.com](https://www.AmbetterHealth.com) and scroll to the bottom of the page.



## We are Just a Phone Call Away

| GEORGIA                                                                                                                                                           | INDIANA                                                                                                                                                           |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Plan Type:</b> EPO                                                                                                                                             | <b>Plan Type:</b> EPO and PPO                                                                                                                                     |
| <b>URL:</b> AmbetterHealth.com                                                                                                                                    | <b>URL:</b> AmbetterHealth.com                                                                                                                                    |
| <b>Member Services Phone #:</b> 1-833-543-3145 (TTY 711)                                                                                                          | <b>Member Services Phone #:</b> 1-833-543-3145 (TTY 711)                                                                                                          |
| <b>Grievance Procedure Email:</b><br><a href="mailto:ambetter_centralized_grievances_appeals@centene.com">ambetter_centralized_grievances_appeals@centene.com</a> | <b>Grievance Procedure Email:</b><br><a href="mailto:ambetter_centralized_grievances_appeals@centene.com">ambetter_centralized_grievances_appeals@centene.com</a> |
| <b>Grievance Procedure Phone #:</b> 1-833-543-3145 (TTY 711)                                                                                                      | <b>Grievance Procedure Phone #:</b> 1-833-543-3145 (TTY 711)                                                                                                      |
| <b>Underwriter:</b> Peach State Health Plan                                                                                                                       | <b>Underwriter:</b> Celtic Insurance Company                                                                                                                      |
| <b>Copyright:</b> Ambetter Health is underwritten by Peach State Health Plan. ©2025 Peach State Health Plan, AmbetterHealth.com.                                  | <b>Copyright:</b> Ambetter Health is underwritten by Celtic Insurance Company. ©2025 Celtic Insurance Company, AmbetterHealth.com.                                |

| MISSISSIPPI                                                                                                                                                       | MISSOURI                                                                                                                                                          |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Plan Type:</b> EPO                                                                                                                                             | <b>Plan Type:</b> EPO and PPO                                                                                                                                     |
| <b>URL:</b> AmbetterHealth.com                                                                                                                                    | <b>URL:</b> AmbetterHealth.com                                                                                                                                    |
| <b>Member Services Phone #:</b> 1-833-543-3145 (TTY 711)                                                                                                          | <b>Member Services Phone #:</b> 1-833-543-3145 (TTY 711)                                                                                                          |
| <b>Grievance Procedure Email:</b><br><a href="mailto:ambetter_centralized_grievances_appeals@centene.com">ambetter_centralized_grievances_appeals@centene.com</a> | <b>Grievance Procedure Email:</b><br><a href="mailto:ambetter_centralized_grievances_appeals@centene.com">ambetter_centralized_grievances_appeals@centene.com</a> |
| <b>Grievance Procedure Phone #:</b> 1-833-543-3145 (TTY 711)                                                                                                      | <b>Grievance Procedure Phone #:</b> 1-833-543-3145 (TTY 711)                                                                                                      |
| <b>Underwriter:</b> Celtic Insurance Company                                                                                                                      | <b>Underwriter:</b> Bankers Reserve Life Insurance Co.                                                                                                            |
| <b>Copyright:</b> Ambetter Health is underwritten by Celtic Insurance Company. ©2025 Celtic Insurance Company, AmbetterHealth.com.                                | <b>Copyright:</b> Ambetter Health is underwritten by Bankers Reserve Life Insurance Co. ©2025 Bankers Reserve Life Insurance Co., AmbetterHealth.com.             |

| OHIO                                                                                                                                                                        | SOUTH CAROLINA                                                                                                                                                    |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Plan Type:</b> HMO                                                                                                                                                       | <b>Plan Type:</b> EPO                                                                                                                                             |
| <b>URL:</b> AmbetterHealth.com                                                                                                                                              | <b>URL:</b> AmbetterHealth.com                                                                                                                                    |
| <b>Member Services Phone #:</b> 1-833-543-3145 (TTY 711)                                                                                                                    | <b>Member Services Phone #:</b> 1-833-543-3145 (TTY 711)                                                                                                          |
| <b>Grievance Procedure Email:</b><br><a href="mailto:ambetter_centralized_grievances_appeals@centene.com">ambetter_centralized_grievances_appeals@centene.com</a>           | <b>Grievance Procedure Email:</b><br><a href="mailto:ambetter_centralized_grievances_appeals@centene.com">ambetter_centralized_grievances_appeals@centene.com</a> |
| <b>Grievance Procedure Phone #:</b> 1-833-543-3145 (TTY 711)                                                                                                                | <b>Grievance Procedure Phone #:</b> 1-833-543-3145 (TTY 711)                                                                                                      |
| <b>Underwriter:</b> Buckeye Health Plan Community Solutions, Inc.                                                                                                           | <b>Underwriter:</b> Celtic Insurance Company                                                                                                                      |
| <b>Copyright:</b> Ambetter Health is underwritten by Buckeye Health Plan Community Solutions, Inc. ©2025 Buckeye Health Plan Community Solutions, Inc., AmbetterHealth.com. | <b>Copyright:</b> Ambetter Health is underwritten by Celtic Insurance Company. ©2025 Celtic Insurance Company, AmbetterHealth.com.                                |