



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

注意：有关本计划费用（称为保费）的信息将另外提供。本文档仅为计划摘要。如需了解有关您的承保范围的更多信息，或希望获取承保完整术语的副本，请访问 <https://ambetterhealth.com/2025-brochures.html>，或致电 1-833-543-3145 (TTY 711)。有关常用术语的一般定义，如准许金额、差额账单、共同保险、共付额、免赔额、医疗服务提供者或其他带下划线的术语，请参阅术语表。您可以在以下网址查看术语表 <https://www.healthcare.gov/sbc-glossary> 或致电索取 1-833-543-3145 (TTY 711) 份术语表副本。

| 重要问题                                 | 答案                                                                                                                                                | 为什么这很重要：                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
|--------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 整体 <u>免赔额</u> 是多少？                   | \$4,000 个人/ \$8,000 家庭。                                                                                                                           | 一般而言，您必须在本计划开始支付之前，向服务提供者支付不超过免赔额的所有费用。如果您的计划中有其他家庭成员，每个家庭成员必须满足其个人免赔额，直至所有家庭成员支付的免赔额总额达到家庭免赔额总额。                                                                                                                                                                                                                           |
| 在您达到您的 <u>免赔额</u> 前，是否有承保的服务？        | 是。在您达到自付额之前，预防性照护服务在承保范围内（请参阅以下其他信息）。                                                                                                             | 即使您还没达到 <u>免赔额</u> ，此 <u>计划</u> 亦承保一些项目和服务。但可能需要支付 <u>共付额</u> 或 <u>共同保险</u> 。例如，在达到您的 <u>免赔额</u> 前，此 <u>计划</u> 会承保特定的 <u>预防性服务</u> 且没有 <u>费用分摊</u> 。请在以下网址查看承保的 <u>预防性服务</u> 清单 <a href="https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/">https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/</a> 。 |
| 特定服务是否还有其他 <u>免赔额</u> ？              | 否。                                                                                                                                                | 您不需为特定服务符合免赔额。                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| 此 <u>计划</u> 的 <u>最高自付额</u> 是多少？      | 对于 <u>网络内医疗服务提供者</u> ：\$7,000 个人/ \$14,000 家庭。不适用于 <u>网络外医疗服务提供者</u> 。                                                                            | <u>最高自付额</u> 为您可能在一年内为承保的服务支付的最大金额。如果您还有其他家庭成员投保此 <u>计划</u> 。在达到家庭整体 <u>最高自付额</u> 之前，其他家庭成员必须达到其自己的 <u>最高自付额</u> 。                                                                                                                                                                                                          |
| 哪些不包含在 <u>最高自付额</u> 中？               | <u>保费</u> 、 <u>差额账单</u> 费用、未取得 <u>预先授权</u> 服务的罚款以及此 <u>计划</u> 未承保的健康护理。                                                                           | 即使您已支付这些费用，相关费用亦不计入 <u>最高自付额</u> 。                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| 如果使用 <u>网络内医疗服务提供者</u> ，您支付的金额是否会更少？ | 是。请参阅 <a href="https://ambetterhealth.com/findadoc">https://ambetterhealth.com/findadoc</a> 或致电 1-833-543-3145 (TTY 711) 索取 <u>网络内医疗服务提供者</u> 清单。 | 此 <u>计划</u> 使用 <u>医疗服务提供者网络</u> 。如果您使用 <u>计划网络内的医疗服务提供者</u> ，您会支付较少费用。如果您使用 <u>网络外医疗服务提供者</u> ，您会支付较多的费用，且可能会收到来自 <u>医疗服务提供者</u> 的账单，其中为 <u>医疗服务提供者</u> 的收费及您的 <u>计划</u> 支付的费用差额（ <u>差额账单</u> ）。请注意，您的 <u>网络内医疗服务提供者</u> 可能使用 <u>网络外医疗服务提供者</u> 以提供某些服务（如化验）。请在获取服务前与您的 <u>医疗服务提供者</u> 确认。                                  |

| 重要问题                                                                                                                                                                                                | 答案 | 为什么这很重要：                |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|-------------------------|
| 您是否需要 <a href="#">转诊</a> 才能看 <a href="#">专科医生</a> ？                                                                                                                                                 | 否。 | 您可在不转诊的情况下至您选择的专科医生处就诊。 |
|  此表中所示的所有 <a href="#">共付额</a> 和 <a href="#">共同保险</a> 费用仅适用于您已经达到您的 <a href="#">免赔额</a> （如果 <a href="#">免赔额</a> 适用）。 |    |                         |

| 常见医疗事件                                  | 您可能需要的服务                       | 您需要支付的费用                      |                          | 限制、例外和其他重要信息                                                                                       |
|-----------------------------------------|--------------------------------|-------------------------------|--------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                         |                                | 网络内医疗服务提供者<br>(您会支付最少费用)      | 网络外医疗服务提供者<br>(您会支付最多费用) |                                                                                                    |
| 如果您前往 <a href="#">医疗服务提供者</a> 的办公室或诊所就诊 | 初级护理就诊以治疗受伤或疾病                 | <a href="#">共同支付额</a> \$25/就诊 | 未覆盖                      | 无限制承保。                                                                                             |
|                                         | 到 <a href="#">专科医生</a> 处就诊     | <a href="#">共同支付额</a> \$50/就诊 | 未覆盖                      | 无                                                                                                  |
|                                         | <a href="#">预防性护理/筛查</a> /疫苗接种 | 免费；免赔额不适用                     | 未覆盖                      | 您可能需要为非预防性服务支付费用。请向您的 <a href="#">医疗服务提供者</a> 洽询您所需的服务是否为预防性服务。然后查看您的 <a href="#">计划</a> 将会支付哪些费用。 |

| 重要问题                                                              | 答案                           |                                                                                                                                                         | 为什么这很重要: |                                                                                       |
|-------------------------------------------------------------------|------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|---------------------------------------------------------------------------------------|
| 如果您进行检查                                                           | 诊断性检测（X 光、血液检测）              | 实验室和专业服务<br><a href="#">共同支付额</a> \$50/ 就诊<br>X 光和诊断性影像<br><a href="#">共同支付额</a> \$75/ 就诊<br>在其他地方获取实验室和专业服务以及 X 光及诊断性影像服务<br><a href="#">共同保险金</a> 30% | 未覆盖      | 可能需要取得事先授权。无限制承保。服务的其他地方可能包括：医院、急诊室或门诊设施。<br><br>对于任何需要事先授权的服务，如果未能获得事先授权，将会导致保险福利被拒。 |
|                                                                   | 影像（CT/PET 扫描、MRI）            | <a href="#">共同保险金</a> 30%                                                                                                                               | 未覆盖      | 可能需要取得事先授权。无限制承保。                                                                     |
| 如果您需要药物治疗您的疾病或病况<br><br>如需了解有关 <a href="#">处方药承保范围</a> 的更多信息，请访问: | 非专利药（第 1 级）                  | 等级 1a - 首选非专利药零售：<br><a href="#">共同支付额</a> \$3/ 处方<br>等级 1b - 非专利药零售： <a href="#">共同支付额</a> \$3/处方                                                      | 未覆盖      | 可能需要取得事先授权。处方药的零售到货期为 30 天内，邮购到货期为 90 天内。邮购需支付 2.5 倍零售分摊费用。                           |
|                                                                   | 首选品牌药（第 2 级）                 | 等级 2 - 零售： <a href="#">共同支付额</a> \$60/处方                                                                                                                | 未覆盖      | 可能需要取得事先授权。处方药的零售到货期为 30 天内，邮购到货期为 90 天内。邮购需支付 2.5 倍零售分摊费用。                           |
|                                                                   | 非首选品牌药和非首选非专利药（第 3 级）        | 等级 3 - 零售： <a href="#">共同保险金</a> 45%                                                                                                                    | 未覆盖      |                                                                                       |
|                                                                   | <a href="#">特殊药物</a> （第 4 级） | 等级 4 - 零售： <a href="#">共同保险金</a> 50%                                                                                                                    | 未覆盖      | 可能需要取得事先授权。处方药的零售到货期为 30 天内，邮购到货期为 30 天内。                                             |

| 重要问题                  | 答案                     |                                                                           | 为什么这很重要:                  |                                                                           |
|-----------------------|------------------------|---------------------------------------------------------------------------|---------------------------|---------------------------------------------------------------------------|
| 如果您进行门诊手术             | 设施费（例如，非住院手术中心）        | <a href="#">共同保险金</a> 30%                                                 | 未覆盖                       | 可能需要取得事先授权。无限制承保。                                                         |
|                       | 医师/外科手术费               | <a href="#">共同保险金</a> 30%                                                 | 未覆盖                       | 可能需要取得事先授权。无限制承保。                                                         |
| 如果您需要立即就医             | <a href="#">急诊护理</a>   | <a href="#">共同保险金</a> 30%                                                 | <a href="#">共同保险金</a> 30% | 无                                                                         |
|                       | <a href="#">急救医疗转运</a> | <a href="#">共同保险金</a> 30%                                                 | <a href="#">共同保险金</a> 30% | 无限制承保。备注：急诊运送不需要事先授权，但所有非急诊运送都需要事先授权。如果您从网络外的陆地/水上救护服务提供者处获得服务，您可能需要支付差额。 |
|                       | <a href="#">紧急护理</a>   | <a href="#">共同支付额</a> \$25/就诊                                             | 未覆盖                       | 无                                                                         |
| 如果您需要住院               | 设施费（例如，医院病房）           | <a href="#">共同保险金</a> 30%                                                 | 未覆盖                       | 可能需要取得事先授权。无限制承保。                                                         |
|                       | 医师/外科手术费               | <a href="#">共同保险金</a> 30%                                                 | 未覆盖                       | 可能需要取得事先授权。无限制承保。                                                         |
| 如果您需要心理健康、行为健康或药物滥用服务 | 门诊服务                   | 办公室就诊： <a href="#">共同支付额</a> \$25/就诊<br>其他门诊服务： <a href="#">共同保险金</a> 30% | 未覆盖                       | 可能需要取得事先授权。无限制承保。（在主治医生 (PCP) 和其他诊所执业者处就诊不需要事先授权。）                        |
|                       | 住院服务                   | <a href="#">共同保险金</a> 30%                                                 | 未覆盖                       | 可能需要取得事先授权。无限制承保。                                                         |

| 重要问题                | 答案                     |                                                                    | 为什么这很重要: |                                                                                                                                     |
|---------------------|------------------------|--------------------------------------------------------------------|----------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 如果您怀孕               | 办公室就诊                  | <a href="#">共同支付额</a> \$25/就诊                                      | 未覆盖      | 在联邦法规规定的标准时间范围内寄送不需要事先授权，但其他服务可能需要事先授权。分摊费用不适用于预防性服务，比如常规产前和产后筛检。根据服务类型，可能适用共同保险金、自付额或共付额。产妇照护可能包括 SBC 中其他部分所说明的检查和 Service（如超声检查）。 |
|                     | 分娩专业服务                 | <a href="#">共同保险金</a> 30%                                          | 未覆盖      | 可能需要取得事先授权。分摊费用不适用于预防性服务。根据服务类型，可能适用共付额、共同保险金或自付额。产妇照护可能包括 SBC 中其他部分所说明的检查和 Service（如超声检查）。                                         |
|                     | 分娩设施服务                 | <a href="#">共同保险金</a> 30%                                          | 未覆盖      |                                                                                                                                     |
| 如果您需要康复协助或有其他特殊健康需求 | <a href="#">家庭健康护理</a> | <a href="#">共同保险金</a> 30%                                          | 未覆盖      | 可能需要取得事先授权。每年限 120 次就诊。                                                                                                             |
|                     | <a href="#">功能康复服务</a> | 门诊: <a href="#">共同支付额</a> \$35/就诊<br>住院: <a href="#">共同保险金</a> 30% | 未覆盖      | 门诊: 可能需要取得事先授权。整脊照护、语言治疗、物理治疗和职业治疗每年合计限 40 次就诊。备注: 提供用于心理健康/物质滥用诊断时，上述限制不适用。<br>住院: 可能需要取得事先授权。无限制承保。                               |
|                     | <a href="#">功能培养服务</a> | 门诊: <a href="#">共同支付额</a> \$35/就诊<br>住院: <a href="#">共同保险金</a> 30% | 未覆盖      | 门诊: 可能需要取得事先授权。整脊、语言治疗、物理治疗和职业治疗每年合计限 40 次就诊。备注: 提供用于心理健康/物质滥用诊断时，上述限制不适用。<br>住院: 可能需要取得事先授权。无限制承保。                                 |

| 重要问题            | 答案                     |                             | 为什么这很重要: |                      |
|-----------------|------------------------|-----------------------------|----------|----------------------|
|                 | <a href="#">专业护理</a>   | <a href="#">共同保险金</a> 30%   | 未覆盖      | 可能需要取得事先授权。每年限 60 天。 |
|                 | <a href="#">耐用医疗设备</a> | <a href="#">共同保险金</a> 30%   | 未覆盖      | 可能需要取得事先授权。无限制承保。    |
|                 | <a href="#">临终关怀服务</a> | <a href="#">共同保险金</a> 30%   | 未覆盖      | 可能需要取得事先授权。无限制承保。    |
| 如果您的子女需要牙科或眼科护理 | 儿童眼科检查                 | 免费; <a href="#">免赔额</a> 不适用 | 未覆盖      | 每年限 1 次就诊。           |
|                 | 儿童眼镜                   | 免费; <a href="#">免赔额</a> 不适用 | 未覆盖      | 每年限 1 件商品。           |
|                 | 儿童牙科检查                 | 未覆盖                         | 未覆盖      | 无                    |

**不包含的服务和其他承保的服务:**

|                                                                                                       |                                                                                                |                                                                                                    |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 您的 <a href="#">计划</a> 一般不承保的服务（查看您的保单或 <a href="#">计划</a> 文档以了解更多信息以及任何其他 <a href="#">不包含的服务</a> 列表。） |                                                                                                |                                                                                                    |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• 堕胎（会员的生命受到威胁时除外）</li> <li>• 减重手术</li> <li>• 整容手术</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• 牙科护理（儿童）</li> <li>• 不孕不育治疗</li> <li>• 长期护理</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• 在美国境外旅行时的非紧急护理</li> <li>• 私人护理</li> <li>• 减肥计划</li> </ul> |

**其他承保的服务（此类服务可能有限制。这不是完整列表。请查阅您的[计划](#)文档。）**

- 针灸（限每年 12 次就诊）
- 牙科护理（成人就诊和用品每年有限额。每人每年年度金额上限为 \$1,000。）
- 常规眼睛护理（成人一次就诊、一个镜架和一副镜片。津贴金额适用于购买硬件）。
- 脊椎按摩护理（脊椎按摩护理、语言治疗、物理治疗和职业治疗每年合计最多 40 次就诊）
- 助听器（限每 4 年每侧耳朵 1 个）
- 常规足部护理

**您的续保权利：** 如果您想在保险结束后继续承保，有些机构可以提供帮助。这些机构的联系信息是： Ambetter Health 电话 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.; 劳工部雇员福利保障管理局电话 1-866-444-EBSA (3272); 或人事管理多州计划项目办公室，网址 <https://www.opm.gov/healthcare-insurance/multi-state-plan-program/external-review/>。您也可以选择其他保险选项，包括通过健康保险市场购买个人保险。有关 [Georgia Access](#) 的更多信息，请访问 <https://georgiaaccess.gov/> 或致电 1-888-687-1503。

**您的申诉和上诉权利：** 如果您对您的[计划](#)拒绝您的[索赔](#)提出投诉，一些机构可以为您提供协助。此类投诉被称为[申诉](#)或[上诉](#)。如需了解有关您的权利的更多信息，请查看您在进行医疗[索赔](#)时将获得的福利说明。您的[计划](#)文档也会提供有关如何出于任何理由就您的[计划](#)提交[索赔](#)、[上诉](#)或[申诉](#)的完整信息。如需有关您的权利、此通知或协助的更多信息，请联系： 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.

**此计划是否提供最低基本保险？** 是。

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

**此计划是否符合最低价值标准？** 不适用。

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

**语言服务：**

Spanish (Español): Para obtener asistencia en Español, llame al 1-833-543-3145 (TTY 711).

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

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

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

要查看此[计划](#)承保范例医疗状况费用的示例，请参阅下一节。

## 关于此类承保范围的示例：



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

### Peg 怀孕了

（9 个月的网络内产前护理和医院分娩）

|                |         |
|----------------|---------|
| ■ 计划的整体免赔额     | \$4,000 |
| ■ 专科医生 共付额     | \$50    |
| ■ 医院（设施） 共同保险金 | 30%     |
| ■ 其他共同保险       | 30%     |

此事件示例包含如下服务：

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

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

在此示例中，Peg 将支付：

| 费用分摊         |         |
|--------------|---------|
| 免赔额          | \$4,000 |
| 共付额          | \$100   |
| 共同保险         | \$2,500 |
| 不承保项目        |         |
| 限制或例外        | \$60    |
| Peg 将支付的总金额为 | \$6,660 |

### 管理 Joe 的 2 型糖尿病

（一年的病情可控例行网络内护理）

|                |         |
|----------------|---------|
| ■ 计划的整体免赔额     | \$4,000 |
| ■ 专科医生 共付额     | \$50    |
| ■ 医院（设施） 共同保险金 | 30%     |
| ■ 其他共同保险       | 30%     |

此事件示例包含如下服务：

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

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

在此示例中，Joe 将支付：

| 费用分摊         |         |
|--------------|---------|
| 免赔额          | \$4,000 |
| 共付额          | \$400   |
| 共同保险         | \$70    |
| 不承保项目        |         |
| 限制或例外        | \$20    |
| Joe 将支付的总金额为 | \$4,490 |

### Mia 的简单骨折

（网络内急诊室就诊和后续护理）

|                |         |
|----------------|---------|
| ■ 计划的整体免赔额     | \$4,000 |
| ■ 专科医生 共付额     | \$50    |
| ■ 医院（设施） 共同保险金 | 30%     |
| ■ 其他共同保险       | 30%     |

此事件示例包含如下服务：

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

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

在此示例中，Mia 将支付：

| 费用分摊         |         |
|--------------|---------|
| 免赔额          | \$2,800 |
| 共付额          | \$0     |
| 共同保险         | \$0     |
| 不承保项目        |         |
| 限制或例外        | \$0     |
| Mia 将支付的总金额为 | \$2,800 |

|            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 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 yómiká ish íshi áhjna kat chim áyalhpísah, ná ahíka iksho ikmat chikkósi atahlá hílah. 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 የሚያስችሎታችሁ 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 አቅድ የአባላት አገልግሎቶችን በኤሌክትሮኒካዊ መልእክት ወይም በስልክ ከዚህ በታች ያለውን የጤና አቅድ 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 hiiikkaa 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>                                                                   |

|                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
|-----------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Romanian</b>             | <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> |
| <b>Mon-Khmer, Cambodian</b> | <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. Health benefits and health insurance plans contain exclusions and limitations. This is a solicitation for insurance © Copyright 2024 Centene Corporation, 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. 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 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.                                |