



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：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 1-877-687-1169 (Relay Florida 1-800-955-8770)。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**、**自付额**、**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 1-877-687-1169 (Relay Florida 1-800-955-8770) 份术语表副本。

| 重要问题                                 | 答案                                                                      | 为什么这很重要：                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|--------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 整体 <b>免赔额</b> 是多少？                   | \$0 个人 / \$0 家庭。                                                        | 请参阅下方的「常见医疗事件」图表，了解在本计划承保服务下您需要支付的费用。                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| 在您达到您的 <b>免赔额</b> 前，是否有承保的服务？        | 是。在您达到自付额之前，医疗门诊和某些处方药物在承保范围内（请参阅以下其他信息）。                               | 即使您还没达到 <b>免赔额</b> ，此计划亦承保一些项目和服务。但可能需要支付 <b>共付额</b> 或 <b>共同保险</b> 。例如，在达到您的 <b>免赔额</b> 前，此计划会承保特定的 <b>预防性服务</b> 且没有 <b>费用分摊</b> 。请在以下网址查看涵盖的 <b>预防性服务</b> 清单<br><a href="https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/">https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/</a> 。 |
| 特定服务是否还有其他 <b>免赔额</b> ？              | 是的，\$3,800 个人 / \$7,600 家庭处方药保险范围。无其他特定的免赔额。                            | 在本计划开始针对这些服务支付前，您必须针对这些服务支付不超过免赔额的所有费用。                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| 此计划的 <b>最高自付额</b> 是多少？               | 对于 <b>网络内医疗服务提供者</b> ：\$9,200 个人 / \$18,400 家庭。不适用于 <b>网络外医疗服务提供者</b> 。 | <b>最高自付额</b> 为您可能在一年内为涵盖服务支付的最大金额。如果您还有其他家庭成员投保此计划。在达到家庭整体 <b>最高自付额</b> 之前，其他家庭成员必须达到其自己的 <b>最高自付额</b> 。                                                                                                                                                                                                     |
| 哪些不包含在 <b>最高自付额</b> 中？               | <b>保费</b> 、 <b>差额账单</b> 费用、未取得 <b>预先授权</b> 服务的罚款以及此计划未承保的健康护理。          | 即使您已支付这些费用，相关费用亦不计入 <b>最高自付额</b> 。                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| 如果使用 <b>网络内医疗服务提供者</b> ，您支付的金额是否会更少？ | 是。请参阅或致电索取 <b>网络内医疗服务提供者</b> 清单。                                        | 此计划使用 <b>医疗服务提供者网络</b> 。如果您使用 <b>计划网络内的医疗服务提供者</b> ，您会支付较少费用。如果您使用 <b>网络外医疗服务提供者</b> ，您会支付较多的费用，且可能会收到来自 <b>医疗服务提供者</b> 的账单，其中为 <b>医疗服务提供者</b> 的收费及您的 <b>计划</b> 支付的费用差额（ <b>差额账单</b> ）。请注意，您的 <b>网络内医疗服务提供者</b> 可能使                                                                                          |

| 重要问题                                                | 答案 | 为什么这很重要：                                                                         |
|-----------------------------------------------------|----|----------------------------------------------------------------------------------|
|                                                     |    | 用 <a href="#">网络外医疗服务提供者</a> 以提供某些服务（如化验）。请在获取服务前与您的 <a href="#">医疗服务提供者</a> 确认。 |
| 您是否需要 <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[共付额](#)和[共同保险](#)费用仅适用于您已经达到您的[免赔额](#)（如果[免赔额](#)适用）。

| 常见医疗事件                                  | 您可能需要的服务                         | 您需要支付的费用                                                                                                                                           |                          | 限制、例外和其他重要信息                                                                                       |
|-----------------------------------------|----------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                         |                                  | 网络内医疗服务提供者<br>(您会支付最少费用)                                                                                                                           | 网络外医疗服务提供者<br>(您会支付最多费用) |                                                                                                    |
| 如果您前往 <a href="#">医疗服务提供者</a> 的办公室或诊所就诊 | 初级护理就诊以治疗受伤或疾病                   | <a href="#">共同支付额</a> \$60/就诊                                                                                                                      | 未覆盖                      | 从 Ambetter 指定远程医疗提供商获得的无限制全天候虚拟护理就诊属于承保范围且免费，提供商全额承保。                                              |
|                                         | 到 <a href="#">专科医生</a> 处就诊       | <a href="#">共同支付额</a> \$115/就诊                                                                                                                     | 未覆盖                      | 无                                                                                                  |
|                                         | <a href="#">预防性护理/筛查</a> /疫苗接种   | 免费                                                                                                                                                 | 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。 |
| 如果您进行检查                                 | <a href="#">诊断性检测</a> （X 光、血液检测） | <a href="#">共同支付额</a> \$60/就诊<br>实验室和专业服务<br><br><a href="#">共同保险金</a> 50% X 光和诊断性影像<br><br><a href="#">共同保险金</a> 50%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 | 未覆盖                      | 可能需要取得事先授权。无限制承保。<br>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。          |

| 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) |                                                                                                                                     |
|                                                                | 影像 (CT/PET 扫描、MRI)           | <a href="#">共同保险金</a> 50%                                                                                          | 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>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<br>零售: <a href="#">共同支付额</a> \$3/<br>处方<br><br>等级 1b - 非专利药零售:<br><a href="#">共同支付额</a> \$35/<br>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> \$195/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 (第 3 级)               | 等级 3 - 零售: <a href="#">共同保险金</a> 45%; 受处方药免赔额影响                                                                    | 未覆盖                      | \$3,800 individual / \$7,600 非首选品牌和 <a href="#">特殊药物</a> 的个人/家庭处方药物 <a href="#">免赔额</a> 。                                           |
|                                                                | <a href="#">特殊药物</a> (第 4 级) | 等级 4 - 零售: <a href="#">共同保险金</a> 50%; 受处方药免赔额影响                                                                    | 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。\$3,800 individual / \$7,600 非首选品牌和 <a href="#">特殊药物</a> 的个人/家庭处方药物 <a href="#">免赔额</a> 。 |
| 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> 50%                                                                                          | 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> 50%                                                                                          | 未覆盖                      | 可能需要取得事先授权。无限制承保。                                                                                                                   |

| 常见医疗事件                | 您可能需要的服务               | 您需要支付的费用                                                                                                   |                                                                                                            | 限制、例外和其他重要信息                                                              |
|-----------------------|------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------|
|                       |                        | 网络内医疗服务提供者<br>(您会支付最少费用)                                                                                   | 网络外医疗服务提供者<br>(您会支付最多费用)                                                                                   |                                                                           |
| 如果您需要立即就医             | <a href="#">急诊护理</a>   | <a href="#">共同支付额</a> \$2500/就诊 ( <a href="#">共同支付额</a> \$1250/就诊机构; <a href="#">共同支付额</a> \$1250/就诊 医生费用) | <a href="#">共同支付额</a> \$2500/就诊 ( <a href="#">共同支付额</a> \$1250/就诊机构; <a href="#">共同支付额</a> \$1250/就诊 医生费用) | 无                                                                         |
|                       | <a href="#">急救医疗转运</a> | <a href="#">共同保险金</a> 50%                                                                                  | <a href="#">共同保险金</a> 50%                                                                                  | 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> \$60/就诊                                                                              | 未覆盖                                                                                                        | 无                                                                         |
| 如果您需要住院               | 设施费（例如，医院病房）           | <a href="#">共同支付额</a> \$3000/天                                                                             | 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               | 免费                                                                                                         | 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> \$60/就诊；<br>其他门诊服务： <a href="#">共同保险金</a> 50%                                 | 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="#">共同支付额</a> \$3000/天                                                                             | 未覆盖                                                                                                        | 可能需要取得事先授权。无限制承保。                                                         |

| 常见医疗事件              | 您可能需要的服务               | 您需要支付的费用                                                            |                          | 限制、例外和其他重要信息                                                                                                                            |
|---------------------|------------------------|---------------------------------------------------------------------|--------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                     |                        | 网络内医疗服务提供者<br>(您会支付最少费用)                                            | 网络外医疗服务提供者<br>(您会支付最多费用) |                                                                                                                                         |
| 如果您怀孕               | 办公室就诊                  | <a href="#">共同支付额</a> \$60/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服務（如超声检查）。           |
|                     | 分娩专业服务                 | 免费                                                                  | 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服務（如超声检查）。                                                   |
|                     | 分娩设施服务                 | <a href="#">共同支付额</a> \$3000/天                                      | 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> 50%                                           | 未覆盖                      | 可能需要取得事先授权。每年限 20 次就诊。                                                                                                                  |
|                     | <a href="#">功能康复服务</a> | 门诊: <a href="#">共同保险金</a> 50%<br>住院: <a href="#">共同支付额</a> \$3000/天 | 未覆盖                      | 门诊:<br>可能需要取得事先授权。门诊复健治疗每年合计限 35 次就诊，其中包括整脊照护。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:<br>可能需要取得事先授权。每年限 21 天。备注: 提供用于心理健康/物质滥用诊断时，上述限制不适用。 |

| 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) |                                                                                                                                         |
|                 | <a href="#">功能培养服务</a> | 门诊: <a href="#">共同保险金</a> 50%<br>住院: <a href="#">共同支付额</a> \$3000/天 | 未覆盖                      | 门诊:<br>可能需要取得事先授权。门诊复健治疗每年合计限 35 次就诊, 其中包括整脊照护。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。每年限 21 天。备注: 提供用于心理健康/物质滥用诊断时, 上述限制不适用。 |
|                 | <a href="#">专业护理</a>   | <a href="#">共同支付额</a> \$3000/天                                      | 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> 50%                                           | 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> 50%                                           | 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                                                                  | 未覆盖                      | 每年限 1 次就诊。                                                                                                                              |
|                 | 儿童眼镜                   | 免费                                                                  | 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 (强奸、乱伦或保户生命受到威胁的情况除外)</li> <li>• 针灸</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>• 助听器</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。）**

- 脊椎按摩护理（限每年合计 35 次就诊，包括门诊治疗）
- 常规眼睛护理（每年成人就诊和一个用品。津贴金额适用于购买硬件）。
- 常规足部护理
- 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。）

**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 1-877-687-1169 (Relay Florida 1-800-955-8770)；Florida Office of Insurance Regulation, 200 East Gaines Street, Tallahassee, FL 32399-4288, Phone No. (850) 413-3089 or (877) MY-FL-CFO (693-5236).；劳工部雇员福利保障管理局电话 1-866-444-EBSA (3272)；或人事管理多州计划项目办公室，网址 <https://www.opm.gov/healthcare-insurance/multi-state-plan-program/external-review/>。您也可以选择其他保险选项，包括通过健康保险市场购买个人保险。如需关于保险市场的更多信息，请访问 [www.HealthCare.gov](http://www.HealthCare.gov) 或致电 1-800-318-2596。

**您的申诉和上诉权利：**如果您对您的[计划](#)拒绝您的[索赔](#)提出投诉，一些机构可以为您提供协助。此类投诉被称为[申诉](#)或[上诉](#)。如需了解有关您的权利的更多信息，请查看您在进行医疗[索赔](#)时将获得的福利说明。您的[计划](#)文档也会提供有关如何出于任何理由就您的[计划](#)提交[索赔](#)、[上诉](#)或[申诉](#)的完整信息。如需有关您的权利、此通知或协助的更多信息，请联系：Florida Office of Insurance Regulation, 200 East Gaines Street, Tallahassee, FL 32399-4288, Phone No. (850) 413-3089 or (877) MY-FL-CFO (693-5236)。

**此计划是否提供最低基本保险？是。**

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

**此计划是否符合最低价值标准？不适用。**

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

**语言服务:**

Spanish (Español): Para obtener asistencia en Español, llame al 1-877-687-1169 (Relay Florida 1-800-955-8770).

Tagalog (Tagalog): Kung kailangan ninyo ang tulong sa Tagalog tumawag sa 1-877-687-1169 (Relay Florida 1-800-955-8770).

Chinese (中文): 如果需要中文的帮助, 请拨打这个号码1-877-687-1169 (Relay Florida 1-800-955-8770)。

Navajo (Dine): Dinek'ehgo shika at'ohwol ninisingo, kwijigo holne' 1-877-687-1169 (Relay Florida 1-800-955-8770).

要查看此[计划](#)承保范例医疗状况费用的示例, 请参阅下一节。

## 关于此类承保范围的示例：



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

### Peg 怀孕了

（9 个月的网络内产前护理和医院分娩）

|                                              |         |
|----------------------------------------------|---------|
| ■ <a href="#">计划</a> 的整体 <a href="#">免赔额</a> | \$0     |
| ■ <a href="#">专科医生 共付额</a>                   | \$115   |
| ■ 医院（设施） <a href="#">共付额</a>                 | \$3,000 |
| ■ 其他 <a href="#">共同保险</a>                    | 50%     |

此事件示例包含如下服务：

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

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

在此示例中，Peg 将支付：

| 费用分摊                 |                |
|----------------------|----------------|
| <a href="#">免赔额*</a> | \$0            |
| <a href="#">共付额</a>  | \$3,600        |
| <a href="#">共同保险</a> | \$200          |
| 不承保项目                |                |
| 限制或例外                | \$60           |
| <b>Peg 将支付的总金额为</b>  | <b>\$3,860</b> |

### 管理 Joe 的 2 型糖尿病

（一年的病情可控例行网络内护理）

|                                              |         |
|----------------------------------------------|---------|
| ■ <a href="#">计划</a> 的整体 <a href="#">免赔额</a> | \$0     |
| ■ <a href="#">专科医生 共付额</a>                   | \$115   |
| ■ 医院（设施） <a href="#">共付额</a>                 | \$3,000 |
| ■ 其他 <a href="#">共同保险</a>                    | 50%     |

此事件示例包含如下服务：

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

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

在此示例中，Joe 将支付：

| 费用分摊                 |                |
|----------------------|----------------|
| <a href="#">免赔额*</a> | \$0            |
| <a href="#">共付额</a>  | \$3,500        |
| <a href="#">共同保险</a> | \$400          |
| 不承保项目                |                |
| 限制或例外                | \$20           |
| <b>Joe 将支付的总金额为</b>  | <b>\$3,920</b> |

### Mia 的简单骨折

（网络内急诊室就诊和后续护理）

|                                              |         |
|----------------------------------------------|---------|
| ■ <a href="#">计划</a> 的整体 <a href="#">免赔额</a> | \$0     |
| ■ <a href="#">专科医生 共付额</a>                   | \$115   |
| ■ 医院（设施） <a href="#">共付额</a>                 | \$3,000 |
| ■ 其他 <a href="#">共同保险</a>                    | 50%     |

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                 |                |
|----------------------|----------------|
| <a href="#">免赔额*</a> | \$0            |
| <a href="#">共付额</a>  | \$1,100        |
| <a href="#">共同保险</a> | \$800          |
| 不承保项目                |                |
| 限制或例外                | \$0            |
| <b>Mia 将支付的总金额为</b>  | <b>\$1,900</b> |

\*注：本[计划](#)还针对此承保示例中包含的特定服务设有其他[免赔额](#)。请参阅前面的“特定服务是否还有其他[免赔额](#)？”一行。

将负责支付此类示例中所涵盖服务所产生的其他费用。



|                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
|------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>English:</b>        | If you, or someone you're helping, have questions about Ambetter Health, 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 at 1-877-687-1169 (Relay Florida 1-800-955-8770).                                                                        |
| <b>Spanish:</b>        | Si usted, o alguien a quien está ayudando, tiene preguntas acerca de Ambetter Health y no domina el inglés, tiene derecho a obtener ayuda e información en su idioma sin costo alguno y de manera oportuna. Si usted, o alguien a quien está ayudando, tiene un impedimento auditivo o visual que le dificulta la comunicación, tiene derecho a recibir ayuda y servicios auxiliares sin costo alguno y de manera oportuna. Para recibir servicios auxiliares o de traducción, comuníquese con Servicios para Miembros al 1-877-687-1169 (Relay Florida 1-800-955-8770).                                                  |
| <b>Frenche Creole:</b> | Si ou menm, oswa yon moun w ap ede, gen kesyon sou Ambetter Health, epi nou pa mètrize Anglè, nou gen dwa pou jwenn èd ak enfòmasyon nan lang nou gratis epi nan moman ki apwopriye a. Si ou menm, oswa yon moun w ap ede, gen yon pwoblèm pou tandè ak/oswa yon pwoblèm pou wè ki pètibe kominikasyon nou, nou gen dwa pou resevwa asistans ak sèvis oksilyè gratis epi nan moman ki apwopriye a. Pou resevwa sèvis tradiksyon oswa sèvis oksilyè yo, tanpri kontakte Sèvis Manm yo nan 1-877-687-1169 (Relay Florida 1-800-955-8770).                                                                                   |
| <b>Vietnamese:</b>     | Nếu quý vị hoặc người mà quý vị đang giúp đỡ có câu hỏi về Ambetter Health và không thành thạo tiếng Anh, quý vị có quyền được trợ giúp và nhận thông tin bằng ngôn ngữ của mình miễn phí và kịp thời. Nếu quý vị hoặc người mà quý vị đang giúp đỡ mắc bệnh về thính giác và/hoặc thị giác gây cản trở giao tiếp, quý vị có quyền được nhận các hỗ trợ và dịch vụ phụ trợ miễn phí và kịp thời. Để nhận dịch vụ thông dịch hoặc dịch vụ phụ trợ, vui lòng liên hệ bộ phận Dịch Vụ Thành Viên theo số 1-877-687-1169 (Relay Florida 1-800-955-8770).                                                                      |
| <b>Portuguese:</b>     | Se tiver dúvidas acerca da Ambetter Health, ou estiver a ajudar uma pessoa com dúvidas acerca desta, e não dominar o inglês, tem o direito de obter ajuda e informações no seu idioma sem qualquer custo e de forma atempada. Se tiver uma condição visual e/ou auditiva que dificulte a comunicação ou estiver a ajudar uma pessoa com uma condição deste tipo, tem o direito de receber equipamentos ou serviços de assistência sem qualquer custo e de forma atempada. Para receber traduções ou serviços de assistência, contacte serviços de membro através do número 1-877-687-1169 (Relay Florida 1-800-955-8770). |
| <b>Chinese:</b>        | 如果您，或是您正在協助的對象，有關於 Ambetter Health 方面的問題，且不精通英語，您有權利免費並及時以您的母語獲幫助和訊息。如果您，或您正在協助的對象有聽力和/或視力上的問題，阻礙了溝通，您有權利免費並及時獲得輔助支援與服務。若要取得翻譯或輔助服務，請聯絡會員服務部，電話是 1-877-687-1169 (Relay Florida 1-800-955-8770)。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| <b>French:</b>         | Si vous-même ou une personne que vous aidez avez des questions à propos d'Ambetter Health et que vous ne maîtrisez pas l'anglais, vous pouvez bénéficier gratuitement et en temps utile d'aide et d'informations dans votre langue. Si vous-même ou une personne que vous aidez souffrez d'un trouble auditif ou visuel qui entrave la communication, vous pouvez bénéficier gratuitement et en temps utile d'aides et de services auxiliaires. Pour profiter de services de traduction ou de services auxiliaires, veuillez contacter Services aux membres au 1-877-687-1169 (Relay Florida 1-800-955-8770).             |

|                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
|-----------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Tagalog:</b> | Kung ikaw, o ang iyong tinutulungan, ay may mga katanungan tungkol sa Ambetter Health, at hindi ka mahusay sa Ingles, may karapatan ka na makakuha ng tulong at impormasyon sa iyong wika nang walang gastos at sa maagap na paraan. Kung ikaw, o ang iyong tinutulungan, ay may kondisyon sa pandinig at/o pannikin na nakakaapekto sa komunikasyon, may karapatan kang makatanggap ng mga karagdagang tulong at serbisyo nang walang gastos at sa maagap na paraan. Para makatanggap ng mga serbisyo sa pagsasalin o mga karagdagang serbisyo, mangyaring makipag-ugnayan sa Mga Serbisyo para sa Miyembro sa 1-877-687-1169 (Relay Florida 1-800-955-8770).                |
| <b>Russian:</b> | Если у вас или у лица, которому вы помогаете, возникли какие-либо вопросы о программе страхования Ambetter Health, при этом вы недостаточно хорошо владеете английским языком, вы имеете право на бесплатную и своевременную помощь и информацию на своем родном языке. Если у вас или у лица, которому вы помогаете, наблюдается какое-либо нарушение слуха и/или зрения, которое препятствует коммуникации, вы имеете право на бесплатные и своевременные вспомогательные услуги и помощь. Для получения услуг перевода или вспомогательных услуг обратитесь в отдел обслуживания участников программы страхования по номеру 1-877-687-1169 (Relay Florida 1-800-955-8770). |
| <b>Arabic:</b>  | إذا كان لديك أو لدى شخص تساعد أسئلة حول Ambetter Health، ولم تكن بارعًا باللغة الإنكليزية، فلديك الحق في الحصول على المساعدة والمعلومات بلغتك من دون أي تكلفة وفي الوقت المناسب. إذا كنت أنت أو أي شخص تساعد تعاني من حالة سمعية و/أو بصرية تعيق التواصل، فلديك الحق في تلقي مساعدات وخدمات إضافية من دون أي تكلفة وفي الوقت المناسب. لتلقي خدمات الترجمة أو خدمات إضافية، يرجى الاتصال بخدمات الأعضاء على 1-877-687-1169 (Relay Florida 1-800-955-8770).                                                                                                                                                                                                                     |
| <b>Italian:</b> | Se Lei o una persona a cui sta fornendo assistenza ha domande su Ambetter Health e non ha una perfetta padronanza della lingua inglese, ha il diritto di ricevere aiuto e informazioni nella Sua lingua gratuitamente e tempestivamente. Se Lei o una persona a cui sta fornendo assistenza presenta una condizione uditiva e/o visiva che impedisce la comunicazione, ha il diritto di ricevere servizi ausiliari gratuitamente e tempestivamente. Per ricevere una traduzione o un servizio ausiliario, contatti i Servizi per i membri al numero 1-877-687-1169 (Relay Florida 1-800-955-8770).                                                                            |
| <b>German:</b>  | Falls Sie oder jemand, dem Sie helfen, Fragen zu Ambetter Health hat und nicht Englisch spricht, haben Sie das Recht, kostenlos und zeitnah Hilfe und Informationen in Ihrer Sprache zu erhalten. Falls Sie oder jemand, dem Sie helfen, eine Hör- und/oder Sehbeeinträchtigung hat, die die Kommunikation beeinflusst, haben Sie das Recht, kostenlos und zeitnah zusätzliche Hilfe und Dienstleistungen zu erhalten. Um eine Übersetzung oder zusätzliche Dienstleistungen zu erhalten, wenden Sie sich an den Kundendienst unter 1-877-687-1169 (Relay Florida 1-800-955-8770).                                                                                            |
| <b>Korean:</b>  | 귀하 또는 귀하의 도움을 받는 분이 Ambetter Health에 대한 질문이 있는 경우 영어에 능숙하지 않으시면 해당 언어로 시의적절하게 무료 지원과 정보를 받을 권리가 있습니다. 귀하 또는 귀하의 도움을 받는 분이 청각 및/또는 시각적으로 의사소통에 장애가 있는 경우 시의적절하게 무료 보조 도구 및 서비스를 받을 권리가 있습니다. 번역 또는 보조 서비스를 받으시려면 1-877-687-1169 (Relay Florida 1-800-955-8770)번으로 가입자 서비스부에 연락해주시십시오.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| <b>Polish:</b>  | Jeśli Ty lub osoba, której pomagasz, macie pytania dotyczące Ambetter Health, ale nie posługujecie się biegle językiem angielskim, macie prawo do uzyskania pomocy i informacji w swoim języku bez dodatkowych kosztów i w odpowiednim czasie. Jeśli Ty lub osoba, której pomagasz, macie problemy ze słuchem i/lub wzrokiem, które utrudniają komunikację, macie prawo do otrzymania pomocy i usług pomocniczych bez dodatkowych kosztów i w odpowiednim czasie. Aby uzyskać tłumaczenie lub usługi pomocnicze, należy skontaktować się z Usługami członkowskie pod numerem 1-877-687-1169 (Relay Florida 1-800-955-8770).                                                   |

|                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
|------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Gujarati:</b> | <p>જો તમને અથવા તમે જેમની મદદ કરી રહ્યા હો એવી કોઈ વ્યક્તિને Ambetter Health વિશે પ્રશ્નો હોય અને અંગ્રેજીમાં પ્રવીણ ન હોય, તો તમને કોઈ ખર્ચ કર્યા વિના અને સમયસર તમારી ભાષામાં મદદ તથા માહિતી મેળવવાનો અધિકાર છે. જો તમે અથવા તમે જેમની મદદ કરી રહ્યા હો એવી કોઈ વ્યક્તિ શ્રવણશક્તિ અને/અથવા દૃષ્ટિવિષયક અવસ્થાથી પીડિત હોય કે જે સંચારને અવરોધતી હોય, તો તમને કોઈ ખર્ચ કર્યા વિના અને સમયસર સહાયક સહાય તથા સેવાઓ પ્રાપ્ત કરવાનો અધિકાર છે. અનુવાદ અથવા સહાયક સેવાઓ પ્રાપ્ત કરવા માટે, કૃપા કરીને 1-877-687-1169 (Relay Florida 1-800-955-8770) પર સભ્યની સેવાઓનો સંપર્ક કરો.</p> |
| <b>Thai:</b>     | <p>หากคุณหรือคนที่คุณกำลังให้ความช่วยเหลือมีคำถามเกี่ยวกับ Ambetter Health และไม่ชำนาญในการใช้ภาษาอังกฤษ คุณมีสิทธิ์ที่จะขอรับความช่วยเหลือและข้อมูลในภาษาของคุณโดยไม่เสียค่าใช้จ่ายอย่างทันท่วงที หากคุณหรือคนที่คุณกำลังให้ความช่วยเหลือมีภาวะด้านการฟังและ/หรือการมองเห็นที่เป็นอุปสรรคต่อการสื่อสาร คุณมีสิทธิ์ที่จะขอรับความช่วยเหลือและบริการเสริมโดยไม่เสียค่าใช้จ่ายอย่างทันท่วงที หากต้องการบริการด้านการแปลหรือบริการเสริม โปรดติดต่อ บริการสำหรับสมาชิก ที่หมายเลข 1-877-687-1169 (Relay Florida 1-800-955-8770)</p>                                                    |

AMB24-FL-C-00014-HMO

Ambetter Health is underwritten by Centene Venture Company Florida and Sunshine State Health Plan, Inc. These companies are Qualified Health Plan issuers in the Florida Health Insurance Marketplace. This is a solicitation for insurance.

©2024 Centene Venture Company Florida and Sunshine State Health Plan, Inc., [AmbetterHealth.com](https://www.AmbetterHealth.com). If you, or someone you're helping, have questions about Ambetter Health, 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 at 1-877-687-1169 (Relay Florida 1-800-955-8770). 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.