

 Tài liệu Tóm Tắt Quyền Lợi Và Bảo Hiểm (Summary of Benefits and Coverage (SBC)) này sẽ giúp quý vị chọn [chương trình bảo hiểm](#) sức khỏe. Bản SBC này sẽ trình bày cho quý vị biết quý vị và [chương trình](#) sẽ chia sẻ chi phí như thế nào đối với các dịch vụ chăm sóc sức khỏe được đài thọ. LƯU Ý: Thông tin về chi phí của [chương trình](#) này (được gọi là [lệ phí bảo hiểm](#)) sẽ được cung cấp riêng. Đây chỉ là bản tóm tắt. Để biết thêm thông tin về phạm vi bảo hiểm của bạn hoặc nhận bản sao toàn văn điều khoản phạm vi bảo hiểm, hãy truy cập <https://ambetter.coordinatedcarehealth.com/2025-brochures.html> hoặc gọi đến số 1-877-687-1197 (TTY 711). Để biết định nghĩa chung về các thuật ngữ thường gặp, ví dụ như [số tiền được phép](#), [lập hóa đơn khoản chênh lệch](#), [đồng bảo hiểm](#), [khoản đồng thanh toán](#), [khoản khấu trừ](#), [nhà cung cấp](#) hoặc các thuật ngữ [được gạch dưới](#) khác, hãy tham khảo Bảng Thuật Ngữ. Quý vị có thể xem Bảng Thuật Ngữ tại địa chỉ <https://www.healthcare.gov/sbc-glossary> hoặc gọi đến số 1-877-687-1197 (TTY 711) để yêu cầu nhận bản sao.

Câu Hỏi Quan Trọng	Câu Trả Lời	Vì Sao Điều Này Lại Quan Trọng:
Tổng mức khấu trừ là bao nhiêu?	\$0 tại Nhà Cung Cấp Dịch Vụ Chăm Sóc Sức Khỏe Cho Người Da Đỏ (IHCP) hoặc được IHCP giới thiệu đến nhà cung cấp không phải IHCP; hoặc \$900 cá nhân / \$1,800 gia đình.	Thông thường, quý vị phải thanh toán tất cả chi phí từ nhà cung cấp đến mức tối đa bằng khoản khấu trừ rồi chương trình này mới bắt đầu chi trả. Nếu quý vị có các thành viên gia đình khác tham gia chương trình , mỗi thành viên trong gia đình phải đạt đến khoản khấu trừ riêng của cá nhân cho đến khi tổng số tiền của khoản khấu trừ mà tất cả các thành viên trong gia đình đã trả đáp ứng được khoản khấu trừ của cả gia đình.
Có dịch vụ được đài thọ trước khi quý vị đạt mức khấu trừ của mình không?	Có. Các dịch vụ chăm sóc phòng ngừa , chăm sóc ban đầu, thăm khám với chuyên gia và thăm khám chăm sóc khẩn cấp cũng như một số thuốc theo toa nhất định được bao trả trước khi quý vị đạt đến khoản khấu trừ của mình (xem thêm thông tin bên dưới).	Chương trình này đài thọ một số vật dụng và dịch vụ ngay cả khi quý vị chưa đạt đến mức khấu trừ của mình. Tuy nhiên, có thể sẽ áp dụng khoản đồng thanh toán hoặc đồng bảo hiểm . Ví dụ, chương trình này đài thọ một số dịch vụ phòng ngừa mà không chia sẻ chi phí và trước khi quý vị đạt đến mức khấu trừ của mình. Quý vị có thể xem danh sách các dịch vụ phòng ngừa được đài thọ tại địa chỉ https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/ .
Có khoản khấu trừ nào khác đối với dịch vụ cụ thể không?	Không.	Quý vị không cần đáp ứng khoản khấu trừ cho các dịch vụ cụ thể.
Mức giới hạn chi phí tự trả áp dụng cho chương trình này là bao nhiêu?	Đối với nhà cung cấp trong hệ thống : \$8,400 cá nhân / \$16,800 gia đình. Không áp	Mức giới hạn chi phí tự trả là giới hạn số tiền cao nhất mà quý vị có thể chi trả trong một năm cho dịch vụ được đài thọ. Nếu quý vị có thành viên khác trong gia đình tham gia chương trình

Câu Hỏi Quan Trọng	Câu Trả Lời	Vì Sao Điều Này Lại Quan Trọng:
	dụng đối với nhà cung cấp ngoài hệ thống .	này thì họ phải đạt đến các mức giới hạn chi phí tự trả của riêng mình cho đến khi đạt đến tổng mức giới hạn chi phí tự trả của cả gia đình.
Những khoản nào không bao gồm trong giới hạn chi phí tự trả ?	Lệ phí bảo hiểm , lệ phí lập hóa đơn khoản chênh lệch , dịch vụ chăm sóc sức khỏe mà chương trình này không đài thọ, chi phí cho các dịch vụ không được đài thọ và các dịch vụ do nhà cung cấp ngoài hệ thống cung cấp.	Ngay cả khi quý vị thanh toán thì các khoản phí tổn này cũng không tính vào giới hạn chi phí tự trả .
Quý vị có chi trả ít hơn nếu quý vị sử dụng nhà cung cấp dịch vụ trong hệ thống không?	Có. Hãy tham khảo https://ambetter.coordinatedcarehealth.com/findadoc hoặc gọi đến số 1-877-687-1197 (TTY 711) để lấy danh sách nhà cung cấp dịch vụ trong hệ thống .	Chương trình này sử dụng hệ thống nhà cung cấp . Quý vị sẽ chi trả ít hơn nếu quý vị sử dụng nhà cung cấp trong hệ thống của chương trình . Quý vị sẽ chi trả nhiều nhất nếu quý vị sử dụng nhà cung cấp ngoài hệ thống và quý vị có thể nhận được hoá đơn từ nhà cung cấp cho khoản chênh lệch giữa khoản phí của nhà cung cấp đó và số tiền mà chương trình thanh toán (được gọi là lập hóa đơn khoản chênh lệch). Hãy lưu ý rằng nhà cung cấp dịch vụ trong hệ thống của quý vị có thể sử dụng nhà cung cấp ngoài hệ thống để cung cấp một số dịch vụ (ví dụ như xét nghiệm). Hãy kiểm tra với nhà cung cấp của quý vị trước khi nhận dịch vụ.
Quý vị có cần giới thiệu để thăm khám với bác sĩ chuyên khoa không?	Không.	Bạn có thể gặp bác sĩ chuyên khoa mà bạn chọn mà không cần giấy giới thiệu .



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

Sự Kiện Y Tế Thông Thường	Dịch Vụ Quý Vị Có Thẻ Cần	Số Tiền Quý Vị Sẽ Chi Trả			Các Giới Hạn, Ngoại Lệ và Thông Tin Quan Trọng Khác
		Nhà Cung Cấp Dịch Vụ Chăm Sóc Sức Khỏe Cho Người Da Đồ (IHCP) (Quý vị sẽ chi trả ít nhất)	Nhà Cung Cấp Trong Hệ Thống Không Phải IHCP (Quý vị sẽ chi trả nhiều hơn)	Nhà Cung Cấp Ngoài Hệ Thống Không Phải IHCP (Quý vị sẽ chi trả nhiều nhất)	
Nếu quý vị đến thăm khám tại văn phòng hoặc phòng khám của nhà cung cấp	Thăm khám chăm sóc ban đầu để điều trị chấn thương hay bệnh tật	Không tính phí	\$25 Đồng thanh toán / lần khám; không áp dụng khoản khấu trừ	Không được bao trả	Số Lần Thăm Khám Virtual 24/7 Care Không Giới Hạn sẽ được đài thọ Miễn Phí, các nhà cung cấp được đài thọ toàn bộ, không áp dụng khoản khấu trừ . Quý vị được miễn phần chia sẻ chi phí khi thăm khám với nhà cung cấp không phải IHCP nếu được IHCP giới thiệu .
	Thăm khám với bác sĩ chuyên khoa	Không tính phí	\$60 Đồng thanh toán / lần khám; không áp dụng khoản khấu trừ	Không được bao trả	Không có Quý vị được miễn phần chia sẻ chi phí khi thăm khám với nhà cung cấp không phải IHCP nếu được IHCP giới thiệu .
	Tiêm chủng /khám sàng lọc/ chăm sóc phòng ngừa	Không tính phí	Không tính phí; không áp dụng khoản khấu trừ	Không được bao trả	Quý vị có thể phải chi trả cho các dịch vụ không phải dịch vụ phòng ngừa. Hãy hỏi nhà cung cấp của quý vị để biết dịch vụ mà quý vị cần có phải là dịch vụ phòng ngừa hay không. Sau đó, hãy kiểm tra xem chương trình của quý vị sẽ thanh toán những gì. Quý vị được miễn phần chia sẻ chi phí khi thăm khám với nhà cung cấp không phải IHCP nếu được IHCP giới thiệu .
Nếu quý vị được kiểm tra hoặc xét nghiệm	Kiểm tra chẩn đoán (chụp X-quang, xét nghiệm máu)	Không tính phí	30% Đồng bảo hiểm đối với các dịch vụ phòng thí nghiệm và chuyên nghiệp 30% Đồng bảo hiểm đối với	Không được bao trả	Có thể yêu cầu sự chấp thuận trước . Được bao trả không giới hạn. Các địa điểm khác cung cấp dịch vụ có thể bao gồm Bệnh Viện, Phòng Cấp Cứu hoặc Cơ Sở Ngoại Trú. Không xin sự ủy quyền trước cho bất kỳ dịch vụ nào cần sự ủy quyền trước sẽ dẫn đến hậu quả bị từ chối hưởng phúc lợi. Quý vị được miễn phần

Sự Kiện Y Tế Thông Thường	Dịch Vụ Quý Vị Có Thể Cần	Số Tiền Quý Vị Sẽ Chi Trả			Các Giới Hạn, Ngoại Lệ và Thông Tin Quan Trọng Khác
		Nhà Cung Cấp Dịch Vụ Chăm Sóc Sức Khỏe Cho Người Da Đỏ (IHCP) (Quý vị sẽ chi trả ít nhất)	Nhà Cung Cấp Trong Hệ Thống Không Phải IHCP (Quý vị sẽ chi trả nhiều hơn)	Nhà Cung Cấp Ngoài Hệ Thống Không Phải IHCP (Quý vị sẽ chi trả nhiều nhất)	
			chụp X-quang và chẩn đoán hình ảnh 30% Đồng bảo hiểm đối với các dịch vụ phòng thí nghiệm và chuyên nghiệp và chụp X-quang và chẩn đoán hình ảnh ở các địa điểm khác cung cấp dịch vụ		chia sẻ chi phí khi thăm khám với nhà cung cấp không phải IHCP nếu được IHCP giới thiệu .
Nếu quý vị được kiểm tra hoặc xét nghiệm	Chụp hình (Chụp cắt lớp vi tính (Computed Tomography (CT))/ Chụp cắt lớp phát xạ positron (Positron Emission Tomography (PET)), Chụp cộng hưởng từ (Magnetic Resonance Imaging (MRI))	Không tính phí	30% Đồng bảo hiểm	Không được bao trả	Có thể yêu cầu sự chấp thuận trước . Được bao trả không giới hạn. Quý vị được miễn phần chia sẻ chi phí khi thăm khám với nhà cung cấp không phải IHCP nếu được IHCP giới thiệu .

Sự Kiện Y Tế Thông Thường	Dịch Vụ Quý Vị Có Thể Cần	Số Tiền Quý Vị Sẽ Chi Trả			Các Giới Hạn, Ngoại Lệ và Thông Tin Quan Trọng Khác
		Nhà Cung Cấp Dịch Vụ Chăm Sóc Sức Khỏe Cho Người Da Đỏ (IHCP) (Quý vị sẽ chi trả ít nhất)	Nhà Cung Cấp Trong Hệ Thống Không Phải IHCP (Quý vị sẽ chi trả nhiều hơn)	Nhà Cung Cấp Ngoài Hệ Thống Không Phải IHCP (Quý vị sẽ chi trả nhiều nhất)	
Nếu quý vị cần thuốc để điều trị bệnh tật hay tình trạng của quý vị Thông tin chi tiết hơn về bảo hiểm thuốc kê đơn có tại https://ambetter.coordinatedcarehealth.com/2025formulary.	Thuốc gốc (Bậc 1)	Không tính phí	Bán Lẻ Thuốc Gốc Ưu Tiên: \$3 Đồng thanh toán / đơn thuốc; không áp dụng khoản khấu trừ Bán Lẻ Thuốc Gốc: \$15 Đồng thanh toán / đơn thuốc; không áp dụng khoản khấu trừ	Không được bao trả	Có thể yêu cầu sự chấp thuận trước. Thuốc theo toa được cung cấp cho tối đa 30 ngày tại nhà thuốc bán lẻ và tối đa 90 ngày khi đặt hàng qua bưu điện. Các đơn đặt hàng qua bưu điện có số tiền chia sẻ chi phí gấp 2.5 lần so với mua tại nhà thuốc bán lẻ. Quý vị được miễn phần chia sẻ chi phí khi thăm khám với nhà cung cấp không phải IHCP nếu được IHCP giới thiệu.
	Thuốc biệt dược ưu tiên (Bậc 2)	Không tính phí	Bán Lẻ: \$40 Đồng thanh toán / đơn thuốc; không áp dụng khoản khấu trừ	Không được bao trả	Có thể yêu cầu sự chấp thuận trước. Thuốc theo toa được cung cấp cho tối đa 30 ngày tại nhà thuốc bán lẻ và tối đa 90 ngày khi đặt hàng qua bưu điện. Các đơn đặt hàng qua bưu điện có số tiền chia sẻ chi phí gấp 2.5 lần so với mua tại nhà thuốc bán lẻ. Quý vị được miễn phần chia sẻ chi phí khi thăm khám với nhà cung cấp không phải IHCP nếu được IHCP giới thiệu.
	Thuốc biệt dược không ưu tiên (Bậc 3)	Không tính phí	Bán Lẻ: 45% Đồng bảo hiểm	Không được bao trả	Có thể yêu cầu sự chấp thuận trước. Thuốc theo toa được cung cấp cho tối đa 30 ngày tại nhà thuốc bán lẻ và tối đa 90 ngày khi đặt hàng qua bưu điện. Các đơn đặt hàng qua bưu điện có số tiền chia sẻ chi phí gấp 2.5 lần so với mua tại nhà thuốc bán lẻ. Quý vị được miễn phần chia sẻ chi phí khi thăm khám với nhà cung cấp không phải IHCP nếu được IHCP giới thiệu.

Sự Kiện Y Tế Thông Thường	Dịch Vụ Quý Vị Có Thể Cần	Số Tiền Quý Vị Sẽ Chi Trả			Các Giới Hạn, Ngoại Lệ và Thông Tin Quan Trọng Khác
		Nhà Cung Cấp Dịch Vụ Chăm Sóc Sức Khỏe Cho Người Da Đỏ (IHCP) (Quý vị sẽ chi trả ít nhất)	Nhà Cung Cấp Trong Hệ Thống Không Phải IHCP (Quý vị sẽ chi trả nhiều hơn)	Nhà Cung Cấp Ngoài Hệ Thống Không Phải IHCP (Quý vị sẽ chi trả nhiều nhất)	
Nếu quý vị cần thuốc để điều trị bệnh tật hay tình trạng của quý vị Thông tin chi tiết hơn về bảo hiểm thuốc kê đơn có tại https://ambetter.co/ordinatedcarehealth.com/2025formulary.	Thuốc Chuyên Khoa (Bậc 4)	Không tính phí	Bán Lẻ: 50% Đồng bảo hiểm	Không được bao trả	Có thể yêu cầu sự chấp thuận trước . Thuốc theo toa được cung cấp cho tối đa 30 ngày tại nhà thuốc bán lẻ và tối đa 30 ngày khi đặt hàng qua bưu điện. Quý vị được miễn phần chia sẻ chi phí khi thăm khám với nhà cung cấp không phải IHCP nếu được IHCP giới thiệu .
Nếu quý vị thực hiện phẫu thuật ngoại trú	Phí cơ sở vật chất (ví dụ như trung tâm phẫu thuật không lưu trú)	Không tính phí	30% Đồng bảo hiểm	Không được bao trả	Có thể yêu cầu sự chấp thuận trước . Được bao trả không giới hạn. Quý vị được miễn phần chia sẻ chi phí khi thăm khám với nhà cung cấp không phải IHCP nếu được IHCP giới thiệu .
	Phí bác sĩ/bác sĩ phẫu thuật	Không tính phí	30% Đồng bảo hiểm	Không được bao trả	Có thể yêu cầu sự chấp thuận trước . Được bao trả không giới hạn. Quý vị được miễn phần chia sẻ chi phí khi thăm khám với nhà cung cấp không phải IHCP nếu được IHCP giới thiệu .

Sự Kiện Y Tế Thông Thường	Dịch Vụ Quý Vị Có Thẻ Cần	Số Tiền Quý Vị Sẽ Chi Trả			Các Giới Hạn, Ngoại Lệ và Thông Tin Quan Trọng Khác
		Nhà Cung Cấp Dịch Vụ Chăm Sóc Sức Khỏe Cho Người Da Đỏ (IHCP) (Quý vị sẽ chi trả ít nhất)	Nhà Cung Cấp Trong Hệ Thống Không Phải IHCP (Quý vị sẽ chi trả nhiều hơn)	Nhà Cung Cấp Ngoài Hệ Thống Không Phải IHCP (Quý vị sẽ chi trả nhiều nhất)	
Nếu quý vị cần được chăm sóc y tế ngay lập tức	Chăm sóc tại phòng cấp cứu	Không tính phí	30% Đồng bảo hiểm	30% Đồng bảo hiểm	Được bao trả không giới hạn. Đối với các dịch vụ cấp cứu ở bang Washington và ngoài tiểu bang, chỉ áp dụng số tiền chia sẻ chi phí trong mạng lưới ; nhà cung cấp /bệnh viện không được phép tính hóa đơn chi phí chênh lệch cho các thành viên - bất kể trạng thái mạng lưới . (Xem lưu ý về hóa đơn cho chi phí chênh lệch trên bảng này.) Quý vị được miễn phần chia sẻ chi phí khi thăm khám với nhà cung cấp không phải IHCP nếu được IHCP giới thiệu .

Sự Kiện Y Tế Thông Thường	Dịch Vụ Quý Vị Có Thẻ Cần	Số Tiền Quý Vị Sẽ Chi Trả			Các Giới Hạn, Ngoại Lệ và Thông Tin Quan Trọng Khác
		Nhà Cung Cấp Dịch Vụ Chăm Sóc Sức Khỏe Cho Người Da Đỏ (IHCP) (Quý vị sẽ chi trả ít nhất)	Nhà Cung Cấp Trong Hệ Thống Không Phải IHCP (Quý vị sẽ chi trả nhiều hơn)	Nhà Cung Cấp Ngoài Hệ Thống Không Phải IHCP (Quý vị sẽ chi trả nhiều nhất)	
	Vận chuyển y tế khẩn cấp	Không tính phí	30% Đồng bảo hiểm	30% Đồng bảo hiểm	Được Đài Thọ Không Giới Hạn. Chia sẻ chi phí trong hệ thống áp dụng cho các dịch vụ cứu thương đường hàng không và đường bộ trong tiểu bang Washington và các dịch vụ cứu thương đường hàng không ngoài tiểu bang. Nhà cung cấp , bao gồm các tổ chức cung cấp dịch vụ cứu thương đường hàng không và đường bộ, không được phép lập hóa đơn khoản chênh lệch cho các dịch vụ khẩn cấp này. Dịch vụ cứu thương đường thủy không nằm trong yêu cầu cấm lập hóa đơn khoản chênh lệch của liên bang và tiểu bang và có thể lập hóa đơn khoản chênh lệch cho các dịch vụ khẩn cấp. Lưu ý: Không cần sự ủy quyền trước đối với dịch vụ chuyên chở cấp cứu, tuy nhiên, tất cả các dịch vụ chuyên chở không cấp cứu đều cần sự ủy quyền trước. Quý vị được miễn phần chia sẻ chi phí khi thăm khám với nhà cung cấp không phải IHCP nếu được IHCP giới thiệu .
	Chăm sóc khẩn cấp	Không tính phí	\$60 Đồng thanh toán / lần khám; không áp dụng khoản khấu trừ	Không được bao trả	Không có Quý vị được miễn phần chia sẻ chi phí khi thăm khám với nhà cung cấp không phải IHCP nếu được IHCP giới thiệu .

Sự Kiện Y Tế Thông Thường	Dịch Vụ Quý Vị Có Thẻ Cần	Số Tiền Quý Vị Sẽ Chi Trả			Các Giới Hạn, Ngoại Lệ và Thông Tin Quan Trọng Khác
		Nhà Cung Cấp Dịch Vụ Chăm Sóc Sức Khỏe Cho Người Da Đỏ (IHCP) (Quý vị sẽ chi trả ít nhất)	Nhà Cung Cấp Trong Hệ Thống Không Phải IHCP (Quý vị sẽ chi trả nhiều hơn)	Nhà Cung Cấp Ngoài Hệ Thống Không Phải IHCP (Quý vị sẽ chi trả nhiều nhất)	
Nếu quý vị nằm viện	Phí cơ sở vật chất (ví dụ như phòng bệnh viện)	Không tính phí	30% Đồng bảo hiểm	Không được bao trả	Có thể yêu cầu sự chấp thuận trước . Được bao trả không giới hạn. Quý vị được miễn phần chia sẻ chi phí khi thăm khám với nhà cung cấp không phải IHCP nếu được IHCP giới thiệu .
	Phí bác sĩ/bác sĩ phẫu thuật	Không tính phí	30% Đồng bảo hiểm	Không được bao trả	Có thể yêu cầu sự chấp thuận trước . Được bao trả không giới hạn. Quý vị được miễn phần chia sẻ chi phí khi thăm khám với nhà cung cấp không phải IHCP nếu được IHCP giới thiệu .
Nếu quý vị cần các dịch vụ sức khỏe tâm thần, sức khỏe hành vi hay lạm dụng chất gây nghiện	Dịch vụ bệnh nhân ngoại trú	Không tính phí	Thăm Khám Tại Phòng Mạch: \$25 Đồng thanh toán / lần khám; không áp dụng khoản khấu trừ ; Các Dịch Vụ Ngoại Trú Khác: 30% Đồng bảo hiểm	Không được bao trả	Có thể yêu cầu sự chấp thuận trước . Được bao trả không giới hạn. (Thăm khám tại văn phòng Nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc chính (PCP) và bác sĩ khác không yêu cầu sự chấp thuận trước). Quý vị được miễn phần chia sẻ chi phí khi thăm khám với nhà cung cấp không phải IHCP nếu được IHCP giới thiệu .
	Dịch vụ bệnh nhân nội trú	Không tính phí	30% Đồng bảo hiểm	Không được bao trả	Có thể yêu cầu sự chấp thuận trước . Được bao trả không giới hạn. Quý vị được miễn phần chia sẻ chi phí khi thăm khám với nhà cung cấp không phải IHCP nếu được IHCP giới thiệu .

Sự Kiện Y Tế Thông Thường	Dịch Vụ Quý Vị Có Thể Cần	Số Tiền Quý Vị Sẽ Chi Trả			Các Giới Hạn, Ngoại Lệ và Thông Tin Quan Trọng Khác
		Nhà Cung Cấp Dịch Vụ Chăm Sóc Sức Khỏe Cho Người Da Đỏ (IHCP) (Quý vị sẽ chi trả ít nhất)	Nhà Cung Cấp Trong Hệ Thống Không Phải IHCP (Quý vị sẽ chi trả nhiều hơn)	Nhà Cung Cấp Ngoài Hệ Thống Không Phải IHCP (Quý vị sẽ chi trả nhiều nhất)	
Nếu quý vị mang thai	Thăm khám tại văn phòng	Không tính phí	Không tính phí; không áp dụng khoản khấu trừ	Không được bao trả	Không cần sự ủy quyền trước đối với các ca sinh trong khung thời gian tiêu chuẩn theo quy định của liên bang, nhưng có thể cần sự ủy quyền trước đối với các dịch vụ khác hoặc dịch vụ cho trẻ sơ sinh bị bệnh. Tùy thuộc vào loại dịch vụ, có thể áp dụng khoản đồng bảo hiểm , khoản khấu trừ hoặc khoản đồng thanh toán . Chăm sóc thai sản có thể bao gồm các xét nghiệm và dịch vụ có chia sẻ chi phí nằm trong danh mục quyền lợi khác, chẳng hạn như các xét nghiệm chẩn đoán như siêu âm. Không áp dụng khoản chia sẻ chi phí cho các dịch vụ phòng bệnh. Quý vị được miễn phần chia sẻ chi phí khi thăm khám với nhà cung cấp không phải IHCP nếu được IHCP giới thiệu .
	Dịch vụ chuyên môn về sinh thường/ sinh sản	Không tính phí	30% Đồng bảo hiểm	Không được bao trả	Có thể yêu cầu sự chấp thuận trước . Tùy thuộc vào loại dịch vụ, có thể áp dụng đồng thanh toán , đồng bảo hiểm hoặc tiền khấu trừ. Chăm sóc thai sản có thể bao gồm các xét nghiệm và dịch vụ có mức chia sẻ chi phí được có trong danh mục phúc lợi khác, chẳng hạn như kiểm tra chẩn đoán như Siêu âm. Không áp dụng chia sẻ chi phí cho các dịch vụ phòng ngừa. Quý vị được miễn phần chia sẻ chi phí khi thăm khám với nhà cung cấp không phải IHCP nếu được IHCP giới thiệu .
	Dịch vụ cơ sở vật chất sinh thường/ sinh sản	Không tính phí	30% Đồng bảo hiểm	Không được bao trả	

Sự Kiện Y Tế Thông Thường	Dịch Vụ Quý Vị Có Thẻ Cần	Số Tiền Quý Vị Sẽ Chi Trả			Các Giới Hạn, Ngoại Lệ và Thông Tin Quan Trọng Khác
		Nhà Cung Cấp Dịch Vụ Chăm Sóc Sức Khỏe Cho Người Da Đỏ (IHCP) (Quý vị sẽ chi trả ít nhất)	Nhà Cung Cấp Trong Hệ Thống Không Phải IHCP (Quý vị sẽ chi trả nhiều hơn)	Nhà Cung Cấp Ngoài Hệ Thống Không Phải IHCP (Quý vị sẽ chi trả nhiều nhất)	
Nếu quý vị cần được trợ giúp phục hồi hoặc có các nhu cầu chăm sóc sức khỏe đặc biệt khác	Chăm sóc sức khỏe tại nhà	Không tính phí	30% Đồng bảo hiểm	Không được bao trả	Có thể yêu cầu sự chấp thuận trước . Giới hạn ở 130 lần khám mỗi năm. Quý vị được miễn phần chia sẻ chi phí khi thăm khám với nhà cung cấp không phải IHCP nếu được IHCP giới thiệu .
	Dịch vụ phục hồi chức năng	Không tính phí	Ngoại trú: \$35 Đồng thanh toán / lần khám; không áp dụng khoản khấu trừ Nội Trú: 30% Đồng bảo hiểm	Không được bao trả	Ngoại trú: Có thể yêu cầu chấp thuận trước sau lần khám thứ 6. Giới hạn ở 25 lần khám ngoại trú mỗi năm. Lưu ý: Không áp dụng giới hạn khi được cung cấp để chẩn đoán sức khỏe tâm thần/rối loạn do sử dụng chất kích thích. Nội trú: Có thể yêu cầu sự chấp thuận trước . Giới hạn ở 30 ngày điều trị nội trú mỗi năm. Lưu ý: Không áp dụng giới hạn khi được cung cấp để chẩn đoán sức khỏe tâm thần/rối loạn do sử dụng chất kích thích. Quý vị được miễn phần chia sẻ chi phí khi thăm khám với nhà cung cấp không phải IHCP nếu được IHCP giới thiệu .

Sự Kiện Y Tế Thông Thường	Dịch Vụ Quý Vị Có Thể Cần	Số Tiền Quý Vị Sẽ Chi Trả			Các Giới Hạn, Ngoại Lệ và Thông Tin Quan Trọng Khác
		Nhà Cung Cấp Dịch Vụ Chăm Sóc Sức Khỏe Cho Người Da Đỏ (IHCP) (Quý vị sẽ chi trả ít nhất)	Nhà Cung Cấp Trong Hệ Thống Không Phải IHCP (Quý vị sẽ chi trả nhiều hơn)	Nhà Cung Cấp Ngoài Hệ Thống Không Phải IHCP (Quý vị sẽ chi trả nhiều nhất)	
Nếu quý vị cần được trợ giúp phục hồi hoặc có các nhu cầu chăm sóc sức khỏe đặc biệt khác	Dịch vụ tập luyện chức năng	Không tính phí	Ngoại trú: \$35 Đồng thanh toán / lần khám; không áp dụng khoản khấu trừ Nội Trú: 30% Đồng bảo hiểm	Không được bao trả	Ngoại trú: Có thể yêu cầu chấp thuận trước sau lần khám thứ 6. Giới hạn ở 25 lần khám ngoại trú mỗi năm. Lưu ý: Không áp dụng giới hạn khi được cung cấp để chẩn đoán sức khỏe tâm thần/rối loạn do sử dụng chất kích thích. Nội trú: Có thể yêu cầu sự chấp thuận trước . Giới hạn ở 30 ngày điều trị nội trú mỗi năm. Lưu ý: Không áp dụng giới hạn khi được cung cấp để chẩn đoán sức khỏe tâm thần/rối loạn do sử dụng chất kích thích. Quý vị được miễn phần chia sẻ chi phí khi thăm khám với nhà cung cấp không phải IHCP nếu được IHCP giới thiệu .
	Chăm sóc điều dưỡng chuyên môn	Không tính phí	30% Đồng bảo hiểm	Không được bao trả	Có thể yêu cầu sự chấp thuận trước . Giới hạn ở 60 ngày mỗi năm. Quý vị được miễn phần chia sẻ chi phí khi thăm khám với nhà cung cấp không phải IHCP nếu được IHCP giới thiệu .
	Thiết bị y tế lâu bền	Không tính phí	30% Đồng bảo hiểm	Không được bao trả	Có thể yêu cầu sự chấp thuận trước . Được bao trả không giới hạn. Quý vị được miễn phần chia sẻ chi phí khi thăm khám với nhà cung cấp không phải IHCP nếu được IHCP giới thiệu .

Sự Kiện Y Tế Thông Thường	Dịch Vụ Quý Vị Có Thẻ Cần	Số Tiền Quý Vị Sẽ Chi Trả			Các Giới Hạn, Ngoại Lệ và Thông Tin Quan Trọng Khác
		Nhà Cung Cấp Dịch Vụ Chăm Sóc Sức Khỏe Cho Người Da Đỏ (IHCP) (Quý vị sẽ chi trả ít nhất)	Nhà Cung Cấp Trong Hệ Thống Không Phải IHCP (Quý vị sẽ chi trả nhiều hơn)	Nhà Cung Cấp Ngoài Hệ Thống Không Phải IHCP (Quý vị sẽ chi trả nhiều nhất)	
	Dịch vụ chăm sóc cuối đời	Không tính phí	30% Đồng bảo hiểm	Không được bao trả	Có thể yêu cầu sự chấp thuận trước . Giới hạn ở 14 ngày trong thời gian sống cho chăm sóc thay thế được bao trả liên quan đến dịch vụ chăm sóc cuối đời. Quý vị được miễn phần chia sẻ chi phí khi thăm khám với nhà cung cấp không phải IHCP nếu được IHCP giới thiệu .
Nếu con em quý vị cần được chăm sóc nha khoa hay nhãn khoa	Khám mắt cho trẻ em	Không tính phí	Không tính phí; không áp dụng khoản khấu trừ	Không được bao trả	Giới hạn ở 1 lần khám mỗi năm. Quý vị được miễn phần chia sẻ chi phí khi thăm khám với nhà cung cấp không phải IHCP nếu được IHCP giới thiệu .
	Mắt kính cho trẻ em	Không tính phí	Không tính phí; không áp dụng khoản khấu trừ	Không được bao trả	Giới hạn ở 1 vật phẩm mỗi năm. Giới hạn ở một gọng kính và một cặp (hai tròng kính) mỗi năm theo lịch hoặc kính áp tròng thay cho kính mắt. Quý vị được miễn phần chia sẻ chi phí khi thăm khám với nhà cung cấp không phải IHCP nếu được IHCP giới thiệu .
	Khám nha khoa cho trẻ em	Không được bảo hiểm	Không được bao trả	Không được bao trả	Không có

Dịch Vụ Loại Trừ Và Dịch Vụ Được Đòi Thỏ Khác:

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

- | | | |
|---|---|--|
| • Phẫu thuật giảm cân | • Dịch Vụ Chăm Sóc Dài Hạn (Dịch Vụ Chăm Sóc Cấp Tính Dài Hạn là quyền lợi được đòi thỏ. Dịch Vụ Chăm Sóc Điều Dưỡng Dài Hạn/Chăm Sóc Đời Sống Thường Nhật không phải là quyền lợi được đòi thỏ.) | • Dịch vụ điều dưỡng riêng |
| • Phẫu thuật thẩm mỹ | | • Dịch vụ chăm sóc mắt định kỳ (Người lớn) |
| • Dịch vụ chăm sóc nha khoa (Người lớn) | • Dịch vụ chăm sóc không cấp cứu khi ra ngoài lãnh thổ Hoa Kỳ | • Các chương trình giảm cân |

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

- | | | |
|---|--|---|
| • Phá thai | • Chăm sóc nắn bóp cột sống (Giới hạn ở 10 lần thăm khám mỗi năm.) | • Điều trị hiếm muộn (Giới hạn ở các dịch vụ xét nghiệm chẩn đoán để tìm nguyên nhân hiếm muộn) |
| • Châm cứu (Giới hạn ở 12 lần thăm khám mỗi năm. Lưu ý: không giới hạn số lần thăm khám khi điều trị phụ thuộc hóa chất.) | • Máy trợ thính (Chỉ đòi thỏ cho cấy ghép ốc tai và máy trợ thính cố định vào xương (BAHA).) | • Chăm sóc bàn chân định kỳ |

Quyền Tiếp Tục Được Bảo Hiểm Của Quý Vị: Có các cơ quan có thể trợ giúp nếu quý vị muốn tiếp tục bảo hiểm sau khi bảo hiểm đó kết thúc. Thông tin liên lạc của các cơ quan đó là: Ambetter from Coordinated Care Corporation theo số 1-877-687-1197 (TTY 711); Consumer Advocacy/SHIBA Office of the Insurance Commissioner, 5000 Capitol Blvd., SE, Turnwater, WA 98501, Phone No. (800) 562-6900 or (360) 725-7080.; Cục Quản Lý Bảo Đảm Phúc Lợi Cho Người Lao Động thuộc Bộ Lao Động theo số 1-866-444-EBSA (3272); hoặc Văn Phòng Quản Lý Nhân Sự của [Chương Trình](#) Chung Của Nhiều Tiểu Bang tại địa chỉ <https://www.opm.gov/healthcare-insurance/multi-state-plan-program/external-review/>. Quý vị cũng có thể có các tùy chọn bảo hiểm khác, bao gồm mua bảo hiểm cá nhân thông qua [Thị Trường Bảo Hiểm Y Tế](#). Để biết thêm thông tin về [Thị Trường](#), hãy truy cập www.HealthCare.gov hoặc gọi số 1-800-318-2596.

Đơn Than Phiền và Kháng Cáo của Quý Vị: Có nhiều cơ quan có thể trợ giúp nếu quý vị có khiếu nại về [chương trình](#) của quý vị vì bị từ chối [yêu cầu thanh toán](#). Khiếu nại này được gọi là [đơn than phiền](#) hoặc [kháng cáo](#). Để biết thêm thông tin về quyền của quý vị, hãy xem phần giải thích phúc lợi mà quý vị sẽ nhận được liên quan đến [yêu cầu thanh toán](#) y tế đó. Tài liệu về [chương trình](#) của quý vị cũng cung cấp đầy đủ thông tin về cách nộp [yêu cầu thanh toán](#), [đơn than phiền](#) hoặc [kháng cáo](#) vì bất cứ lý do gì cho [chương trình](#) của quý vị. Để biết thêm thông tin về quyền của quý vị, thông báo này hay để được trợ giúp, hãy liên hệ với: Consumer Advocacy/SHIBA Office of the Insurance Commissioner, 5000 Capitol Blvd., SE, Turnwater, WA 98501, Phone No. (800) 562-6900 or (360) 725-7080.

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

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

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

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

Dịch Vụ Tiếp Cận Ngôn Ngữ:

Tiếng Tây Ban Nha (Español): Para obtener asistencia en Español, llame al 1-877-687-1197 (TTY 711).

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

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

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

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

Giới Thiệu về Các Ví Dụ Bảo Hiểm này:



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

Peg Sắp Có Con

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

Tổng [khoản khấu trừ](#) của [chương trình](#)

\$900

Tổng [Bác Sĩ Chuyên Khoa Khoản đồng thanh toán](#)

\$60

Tổng [Bệnh viện \(cơ sở vật chất\) Đồng bảo hiểm](#)

30%

Tổng [Khoản đồng bảo hiểm](#) khác

30%

Trường hợp MẪU này bao gồm các dịch vụ như:

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

Dịch Vụ Chuyên Môn về Sinh Thường/Sinh Sản

Dịch Vụ Cơ Sở Vật Chất Sinh Thường/Sinh Sản

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

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

Tổng Chi Phí Mẫu

\$12,700

Trong ví dụ này, Peg sẽ chi trả:

Chia Sẻ Chi Phí	
Khoản khấu trừ	\$0
Khoản đồng thanh toán	\$0
Khoản đồng bảo hiểm	\$0
Nội dung ngoài phạm vi bảo hiểm	
Giới hạn hoặc ngoại lệ	\$0
Tổng số tiền Peg sẽ trả là	\$0

Kiểm Soát Bệnh Tiểu Đường Tuýp 2 của Joe

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

Tổng [khoản khấu trừ](#) của [chương trình](#)

\$900

Tổng [Bác Sĩ Chuyên Khoa Khoản đồng thanh toán](#)

\$60

Tổng [Bệnh viện \(cơ sở vật chất\) Đồng bảo hiểm](#)

30%

Tổng [Khoản đồng bảo hiểm](#) khác

30%

Trường hợp MẪU này bao gồm các dịch vụ như:

Thăm khám tại văn phòng [bác sĩ chăm sóc ban đầu](#) (*kể cả hướng dẫn về bệnh*)

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

[Thuốc kê đơn](#)

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

Tổng Chi Phí Mẫu

\$5,600

Trong ví dụ này, Joe sẽ chi trả:

Chia Sẻ Chi Phí	
Khoản khấu trừ	\$0
Khoản đồng thanh toán	\$0
Khoản đồng bảo hiểm	\$0
Nội dung ngoài phạm vi bảo hiểm	
Giới hạn hoặc ngoại lệ	\$0
Tổng số tiền Joe sẽ trả là	\$0

Tình Trạng Gãy Xương Kín của Mia

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

Tổng [khoản khấu trừ](#) của [chương trình](#)

\$900

Tổng [Bác Sĩ Chuyên Khoa Khoản đồng thanh toán](#)

\$60

Tổng [Bệnh viện \(cơ sở vật chất\) Đồng bảo hiểm](#)

30%

Tổng [Khoản đồng bảo hiểm](#) khác

30%

Trường hợp MẪU này bao gồm các dịch vụ như:

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

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

[Thiết bị y tế lâu bền](#) (*nặng*)

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

Tổng Chi Phí Mẫu

\$2,800

Trong ví dụ này, Mia sẽ chi trả:

Chia Sẻ Chi Phí	
Khoản khấu trừ	\$0
Khoản đồng thanh toán	\$0
Khoản đồng bảo hiểm	\$0
Nội dung ngoài phạm vi bảo hiểm	
Giới hạn hoặc ngoại lệ	\$0
Tổng số tiền Mia sẽ trả là	\$0

Lưu ý: Những số liệu này giả định bệnh nhân nhận dịch vụ chăm sóc từ [nhà cung cấp](#) IHCP hoặc được IHCP [giới thiệu](#) đến nhà cung cấp không phải IHCP. Nếu quý vị nhận dịch vụ chăm sóc từ [nhà cung cấp](#) không phải IHCP mà không được IHCP [giới thiệu](#), quý vị có thể phải trả chi phí cao hơn.

English:	If you, or someone you are helping, have questions about Ambetter from Coordinated Care Corporation, and are not proficient in English, you have the right to get help and information in your language at no cost and in a timely manner. If you, or someone you are helping, have an auditory and/or visual condition that impedes communication, you have the right to receive auxiliary aids and services at no cost and in a timely manner. To receive translation or auxiliary services, please contact Member Services at 1-877-687-1197 (TTY 711).
Spanish:	Si usted, o alguien a quien está ayudando, tiene preguntas acerca de Ambetter from Coordinated Care Corporation y no domina el inglés, tiene derecho a obtener ayuda e información en su idioma sin costo alguno y de manera oportuna. Si usted, o alguien a quien está ayudando, tiene un impedimento auditivo o visual que le dificulta la comunicación, tiene derecho a recibir ayuda y servicios auxiliares sin costo alguno y de manera oportuna. Para recibir servicios auxiliares o de traducción, comuníquese con Servicios para Miembros al 1-877-687-1197 (TTY 711).
Chinese:	如果您，或是您正在協助的對象，有關於 Ambetter from Coordinated Care Corporation 方面的問題，且不精通英語，您有權利免費並及時以您的母語獲幫助和訊息。如果您，或您正在協助的對象有聽力和/或視力上的問題，阻礙了溝通，您有權利免費並及時獲得輔助支援與服務。若要取得翻譯或輔助服務，請聯絡會員服務部，電話是 1-877-687-1197 (TTY 711)。
Vietnamese:	Nếu quý vị hoặc người mà quý vị đang giúp đỡ có câu hỏi về Ambetter from Coordinated Care Corporation và không thành thạo tiếng Anh, quý vị có quyền được trợ giúp và nhận thông tin bằng ngôn ngữ của mình miễn phí và kịp thời. Nếu quý vị hoặc người mà quý vị đang giúp đỡ mắc bệnh về thính giác và/hoặc thị giác gây cản trở giao tiếp, quý vị có quyền được nhận các hỗ trợ và dịch vụ phụ trợ miễn phí và kịp thời. Để nhận dịch vụ thông dịch hoặc dịch vụ phụ trợ, vui lòng liên hệ bộ phận Dịch Vụ Thành Viên theo số 1-877-687-1197 (TTY 711).
Korean:	귀하 또는 귀하의 도움을 받는 분이 Ambetter from Coordinated Care Corporation에 대한 질문이 있는 경우 영어에 능숙하지 않으시면 해당 언어로 시의적절하게 무료 지원과 정보를 받을 권리가 있습니다. 귀하 또는 귀하의 도움을 받는 분이 청각 및/또는 시각적으로 의사소통에 장애가 있는 경우 시의적절하게 무료 보조 도구 및 서비스를 받을 권리가 있습니다. 번역 또는 보조 서비스를 받으시려면 1-877-687-1197 (TTY 711)번으로 가입자 서비스부에 연락해주시요.
Russian:	Если у вас или у лица, которому вы помогаете, возникли какие-либо вопросы о программе страхования Ambetter from Coordinated Care Corporation, при этом вы недостаточно хорошо владеете английским языком, вы имеете право на бесплатную и своевременную помощь и информацию на своем родном языке. Если у вас или у лица, которому вы помогаете, наблюдается какое-либо нарушение слуха и/или зрения, которое препятствует коммуникации, вы имеете право на бесплатные и своевременные вспомогательные услуги и помощь. Для получения услуг перевода или вспомогательных услуг обратитесь в отдел обслуживания участников программы страхования по номеру 1-877-687-1197 (TTY 711).

Tagalog:	Kung ikaw, o ang iyong tinutulungan, ay may mga katanungan tungkol sa Ambetter from Coordinated Care Corporation, at hindi ka mahusay sa Ingles, may karapatan ka na makakuha ng tulong at impormasyon sa iyong wika nang walang gastos at sa maagap na paraan. Kung ikaw, o ang iyong 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 1-877-687-1197 (TTY 711).
Ukrainian:	Якщо у вас або особи, якій ви допомагаєте, виникли запитання щодо плану Ambetter from Coordinated Care Corporation, але ви чи ця особа не володієте англійською мовою, ви маєте право отримати допомогу та інформацію своєю мовою безкоштовно й своєчасно. Якщо у вас або особи, якій ви допомагаєте, є вади слуху або зору, які заважають спілкуванню, ви маєте право отримати допоміжні засоби та послуги безкоштовно й своєчасно. Щоб отримати переклад або додаткові послуги, зв'яжіться зі Службою обслуговування учасників за номером 1-877-687-1197 (TTY 711).
Mon-Khmer, Cambodian:	ប្រសិនបើអ្នក ឬនរណាម្នាក់ដែលអ្នកកំពុងជួយ មានសំណួរអំពី Ambetter from Coordinated Care Corporation ហើយមិនមានភាពស្គាល់នឹងភាពងាយស្រួលក្នុងការប្រើភាសាអង់គ្លេស អ្នកមានសិទ្ធិទទួលបានជំនួយ និងព័ត៌មានជាភាសាបស្ចិមអ្នកដោយឥតគិតថ្លៃ និងទៅតាមពេលវេលាសមស្រប។ ប្រសិនបើអ្នក ឬនរណាម្នាក់ដែលអ្នកកំពុងជួយ មានបញ្ហាក្នុងការស្តាប់ និង/ឬការស្តាប់ដែលរារាំងដល់ការទំនាក់ទំនង អ្នកមានសិទ្ធិទទួលបានជំនួយ និងសេវាកម្មចាំបាច់នានាដោយឥតគិតថ្លៃ និងក្នុងពេលវេលាសមស្រប។ ដើម្បីទទួលបានសេវាកម្មបកប្រែ ឬសេវាកម្មចាំបាច់នានា សូមទាក់ទងសេវាកម្មសមាជិក តាមរយៈលេខ 1-877-687-1197 (TTY 711)។
Japanese:	ご自身やあなたが介護している他の人が、Ambetter from Coordinated Care Corporationについてご質問をお持ちの場合、英語に自信がなくても無料かつタイムリーにご希望の言語でヘルプや情報を得ることができます。ご自身や、あなたが介護している他の人の聴覚や視覚の状態のためやり取りが難しい場合でも、無料かつタイムリーに補助サービスを受けることができます。翻訳や補助サービスを受けるには、1-877-687-1197 (TTY 711)のメンバーサービスにご連絡ください。
Amharic:	እርስዎ ወይም ሌላ የሚያግዙት ሰው፣ ስለ Ambetter from Coordinated Care Corporation ጥያቄ ካለዎት እና እንግሊዝኛ ብቁ ካልሆኑ፣ ያለምንም ወጪ እና በጊዜው በቋንቋዎ እርዳታ እና መረጃ የማግኘት መብት አለዎት። እርስዎ ወይም ሌላ የሚያግዙት ሰው፣ ግንኙነትን የሚያደናቅፍ የመስማት እና/ወይም የእይታ ችግር ካለዎት፣ አጋዥ እርዳታዎችን እና አገልግሎቶችን ያለ ምንም ወጪ እና በጊዜው የመቀበል መብት አለዎት። የትርጉም ወይም ረዳት አገልግሎቶችን ለማግኘት እባክዎ በ 1-877-687-1197 (TTY 711) የአባል አገልግሎቶች ን ያናግሩ።
Cushite:	Isin, ykn namni biraa isin gargaartan, Ambetter from Coordinated Care Corporation gaaffii qabdu yoo ta'ee fiAfaan Ingiliffaa hin beektanu taanan, yeroodhaan afaan barbaaddaniin kaffaltii tokko malee odeeffannoo barbaaddan argachuudhaaf mirga qabdu. Isin, ykn namni isin gargaartan, rakkoo dhageettii fi/ykn agartii kan haasaa keessan irratti dhiibbaa qabu qabdu taanan, gargaarsa dhageettii argachuu fi tajaajiloota kaffaltii malee argachuudhaaf mirga qabdu. Tajaajiloota hiikkaa afaanii fi dhageettii argachuudhaaf, maaloo Tajaajiloota Maamilaa karaa 1-877-687-1197 (TTY 711) qunnamaa.
Arabic:	إذا كان لديك أو لدى شخص تساعد أسئلة حول Ambetter from Coordinated Care Corporation، ولم تكن بارعًا باللغة الإنكليزية، 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 1-877-687-1197 (TTY 711).

Punjabi:	ਜੇ ਤੁਸੀਂ, ਜਾਂ ਤੁਹਾਡੇ ਦੁਆਰਾ ਮਦਦ ਕੀਤੇ ਜਾਣ ਵਾਲੇ ਕਿਸੇ ਵਿਅਕਤੀ ਦੇ Ambetter from Coordinated Care Corporation ਬਾਰੇ ਕੋਈ ਸਵਾਲ ਹਨ, ਅਤੇ ਤੁਸੀਂ ਅੰਗਰੇਜ਼ੀ ਵਿੱਚ ਮੁਹਾਰਤ ਨਹੀਂ ਰੱਖਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਤੁਹਾਨੂੰ ਆਪਣੀ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਬਿਨਾਂ ਕਿਸੇ ਕੀਮਤ ਦੇ ਅਤੇ ਸਮੇਂ ਸਿਰ ਮਦਦ ਅਤੇ ਜਾਣਕਾਰੀ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰਨ ਦਾ ਅਧਿਕਾਰ ਹੈ। ਜੇ ਤੁਹਾਨੂੰ, ਜਾਂ ਤੁਹਾਡੇ ਦੁਆਰਾ ਮਦਦ ਕੀਤੇ ਜਾਣ ਵਾਲੇ ਕਿਸੇ ਵਿਅਕਤੀ ਨੂੰ ਸੁਣਨ ਅਤੇ/ਜਾਂ ਦੇਖਣ ਸੰਬੰਧੀ ਕੋਈ ਸਮੱਸਿਆ ਹੈ, ਜੇ ਸੰਚਾਰ ਵਿੱਚ ਰੁਕਾਵਟ ਪਾਉਂਦੀ ਹੈ, ਤਾਂ ਤੁਹਾਨੂੰ ਬਿਨਾਂ ਕਿਸੇ ਕੀਮਤ ਅਤੇ ਸਮੇਂ ਸਿਰ ਸਹਾਇਕ ਸਹਾਇਤਾ ਅਤੇ ਸੇਵਾਵਾਂ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰਨ ਦਾ ਅਧਿਕਾਰ ਹੈ। ਅਨੁਵਾਦ ਜਾਂ ਸਹਾਇਕ ਸੇਵਾਵਾਂ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰਨ ਲਈ, ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ 1-877-687-1197 (TTY 711) 'ਤੇ ਮੈਂਬਰ ਸੇਵਾਵਾਂ ਨਾਲ ਸੰਪਰਕ ਕਰੋ।
German:	Falls Sie oder jemand, dem Sie helfen, Fragen zu Ambetter from Coordinated Care Corporation hat und nicht Englisch spricht, haben Sie das Recht, kostenlos und zeitnah Hilfe und Informationen in Ihrer Sprache zu erhalten. Falls Sie oder jemand, dem Sie helfen, eine Hör- und/oder Sehbeeinträchtigung hat, die die Kommunikation beeinflusst, haben Sie das Recht, kostenlos und zeitnah zusätzliche Hilfe und Dienstleistungen zu erhalten. Um eine Übersetzung oder zusätzliche Dienstleistungen zu erhalten, wenden Sie sich an den Kundendienst unter 1-877-687-1197 (TTY 711).
Laotian:	ຖ້າຫາກທ່ານ ຫຼື ຜູ້ໃດຜູ້ໜຶ່ງທີ່ທ່ານກຳລັງໃຫ້ການຊ່ວຍເຫຼືອ, ມີຄຳຖາມກ່ຽວກັບ Ambetter from Coordinated Care Corporation, ແລະ ບໍ່ຊ່ຽວຊານພາສາອັງກິດ, ທ່ານມີສິດໄດ້ຮັບການຊ່ວຍເຫຼືອ ແລະ ຂໍ້ມູນທີ່ເປັນພາສາຂອງທ່ານໂດຍບໍ່ມີຄ່າໃຊ້ຈ່າຍ ແລະ ທັນເວລາ. ຖ້າຫາກທ່ານ ຫຼື ຜູ້ໃດຜູ້ໜຶ່ງທີ່ທ່ານກຳລັງໃຫ້ການຊ່ວຍເຫຼືອ, ມີສະພາບທາງການໄດ້ຍິນ ແລະ/ຫຼື ການເບິ່ງເຫັນທີ່ຂັດຂວາງການສື່ສານ, ທ່ານມີສິດໄດ້ຮັບການຊ່ວຍເຫຼືອ ແລະ ການບໍລິການເສີມໂດຍບໍ່ມີຄ່າໃຊ້ຈ່າຍ ແລະ ທັນເວລາ. ເພື່ອໃຫ້ໄດ້ຮັບການບໍລິການແປພາສາ ຫຼື ບໍລິການເສີມ, ກະລຸນາຕິດຕໍ່ຫາ Member Services (ການບໍລິການສະມາຊິກ) ໄດ້ທີ່ 1-877-687-1197 (TTY 711).

AMB24-WA-C-00014

Ambetter from Coordinated Care is underwritten by Coordinated Care Corporation which is a Qualified Health Plan issuer in the Washington Health Benefit Exchange. This is a solicitation for insurance. ©2024 Coordinated Care Corporation, Ambetter.CoordinatedCareHealth.com. If you, or someone you're helping, have questions about Ambetter from Coordinated Care, 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 1-877-687-1197 (TTY 711). For more information on your right to receive an Ambetter from Coordinated Care 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.