



EmblemHealth®
安 保 健 康 保 險

保险福利摘要

安保健康保险基本健保计划 (Essential Plan)

非处方卡

\$500 用于购买健康物品，
包括食品。



安保健康保险基本健保计划 (Essential Plan)

在超过 85 年的时间里, 安保健康保险一直为纽约社区提供高质量、平价医保。

本保险福利摘要手册分享了我们的基本健保计划 (Essential Plan), 可在纽约州官方健保购买市场上购买该计划。

如何投保?

投保安保健康保险基本健保计划 (Essential Plan) 很简单。

您需要提供某些信息才能申请。为您家庭中每一位需要健康保险的成员收集以下信息:

- **社会安全号码** (或合法居住移民的移民文件)。
- **雇主和收入信息** (例如, 工资单、W-2 表格或任何其他工资和税收报表)。
- 为您的家庭成员提供承保的任何当前医疗保险计划的**保单编号**。
- **永久地址** (开户所需)。
- **电子邮箱地址** (强烈建议提供, 用于在符合条件的情况下持续与您沟通您的计划)。

您可以每周 7 天、每天 8 a.m. 至 8 p.m. 致电 **800-833-7523** (TTY: **711**), 或访问 **emblemhealth.com/essentialplan**, 了解关于基本健保计划 (Essential Plan) 的更多信息, 以及您可能获得哪些保险福利。

这份保险福利摘要手册只包含常规信息。所有计划均受您合同中具体条款、条件、除外责任和限制的约束。

基本健保计划 (ESSENTIAL PLAN) 承保范围

基本健保计划 (Essential Plan) 是针对没有资格获得医疗补助计划 (Medicaid, 即白卡) 或通过雇主提供的保险并且居住在纽约的低收入个人 (无家庭保险) 提供的医疗保险计划。基本健保计划 (Essential Plan) 保费为每月 \$0, 无需达到免赔额即可享受分摊费用, 可直接预约专科医生而无需转诊, 同时提供牙科和眼科福利的承保。

安保健康保险提供的基本健保计划 (Essential Plan) 使用精选医疗网 (Enhanced Care Prime), 该网络由下列 8 个县的医生、设施和主要医院组成。

符合以下条件, 您将有资格加入基本健保计划 (Essential Plan):

- 您个人的年薪必须在 \$39,125 或以下。
- 您必须在美国有合法身份或是合法居住的移民, 年龄在 19 岁至 64 岁之间。
- 您必须居住在纽约市 (布朗克斯 (Bronx)、国王郡 (Kings)、纽约 (New York)、皇后区 (Queens) 或里士满县 (Richmond))、长岛 (Long Island) (纳苏县 (Nassau) 或苏福克县 (Suffolk)) 或威斯特彻斯特县 (Westchester)。

关于基本健保计划 (ESSENTIAL PLAN) 的重要须知

- 您需要选择一个参加**精选医疗网 (Enhanced Care Prime)** 的**初级保健医生 (PCP)**。
- 您的承保范围限制您只能接受精选医疗网 (Enhanced Care Prime) 中医生、医院和设施的医护。您在医院 (例如医院急诊室) 接受的急症护理在网内和网外都将获得承保。
- **您不需要转诊或获得初级保健医生 (PCP) 的批准, 就可以在需要时看专科医生。**专科医生是提供初级保健以外服务的医生, 如过敏科医生、皮肤科医生、心脏科医生等。
- **您的计划包括 Teladoc® Primary360,** 该服务可通过电话、视频或手机应用程序的信息功能获取, 无任何额外费用。该保险福利包括:
 - 初级保健。
 - 心理健康。
 - 皮肤科服务。

会员在整个护理过程中可以访问同一医疗服务提供方, 且虚拟就诊次数没有限制。

Teladoc 在线门诊按需提供一般医疗服务, 每周七天、全天候为非急症情况提供医疗帮助, 并在医学上必要时开具处方药。*

- **预防性医疗服务**得到全面承保, 只要您使用的是网内专业医护人员。这些服务包括常规体检、筛查、免疫接种、乳房 x 光检查、妇科检查、婴儿健康护理和女性处方避孕药。
- 这些计划包括**处方药物承保**。所有处方药物保险福利必须通过与您的计划签订合同的药房获得。当您支付处方药费时, 药剂师将使用任何自付款。

*远程医疗保险福利通过 Teladoc 在线门诊提供。该计划不适用于所有承保服务。并非所有服务都每周七天、全天候提供。

非处方药物 (OTC) 卡

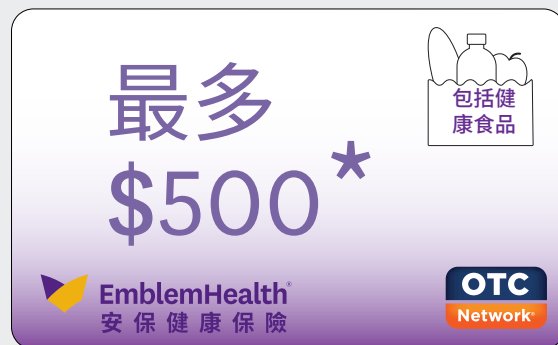
基本健保计划 (Essential Plan) 会员每个日历季度将获得 \$125 (每年 \$500) 的额度, 可用于购买符合条件的健康食品和健康相关物品, 包括:

- 咳嗽、感冒、流感和抗过敏药物。
- 维生素、补充剂和助消化剂。
- 急救用品、眼部和耳部护理以及牙科护理 (牙刷、牙膏和牙线)。
- 还有更多!

符合条件的健康食品包括:

- 新鲜或冷冻的水果和蔬菜;
- 肉类 (家禽肉、牛肉、海鲜和午餐肉);
- 乳制品 (牛奶、奶酪、黄油);
- 干货食品 (豆类、水果和意大利面);
- 鸡蛋和鸡蛋替代品;
- 米饭、全谷物和汤。

有关 OTC 保险福利的更多信息, 请访问 emblemhealth.com/essentialplanotc。



*会员每个日历季度可在卡里获得 \$125 信用额度 (每年最高 \$500)。未使用的额度将结转至下一季度。12 月 31 日前, 任何未使用的额度将不会结转至下一日历年。



词汇表

保费是您每月支付的保险金额。

免赔额是计划开始为您的保险福利承担费用前您每年需要支付的金额。

共付额是您为承保的医疗服务支付的一笔固定金额, 比如看医生或在药房买药时。

共同保险是通常您在支付您的免赔额后, 支付的医疗服务费用的百分比。

FPL 代表联邦贫困标准线 (FPL)。

网络是一组与健保计划签订合同的专业医护人员或设施。他们为会员提供承保产品和服务。

自付费用是您为医疗服务支付的费用。这些包括免赔额、共同保险金和共付额。

基本健保计划 (Essential Plan) 200-250 的 1 和 2

基本健保计划 (Essential Plan) 200-250*: 面向年收入在联邦贫困标准线 (FPL) 200%-250% 的人。本计划为个人提供每月保费为 \$0 且无免赔额的低成本承保选择。目标人群是个人, 而不是个人的配偶或子女。如果个人的配偶和/或成年子女有资格参加基本健保计划 (Essential Plan), 他们必须各自独立投保, 并拥有自己的个人保单。基本健保计划 (Essential Plan) 200-250 中包含牙科和眼科承保。

基本健保计划 (Essential Plan) 1*: 面向年收入在联邦贫困标准线 (FPL) 150%-200% 的人。该计划为较低收入个人提供了一个价格适中的承保范围选项, 每月保费为 \$0, 无免赔额。目标人群是个人, 而不是个人的配偶或子女。如果个人的配偶和/或成年子女有资格参加基本健保计划 (Essential Plan), 他们必须各自独立投保, 并拥有自己的个人保单。基本健保计划 (Essential Plan) 1 中包含牙科和眼科承保。

基本健保计划 (Essential Plan) 2*: 面向年收入在联邦贫困标准线 (FPL) 138%-150% 的人。该计划为较低收入个人提供价格更加适中的保险方案, 每月保费 \$0, 比基本健保计划 (Essential Plan) 1 的分摊费用更低, 且无免赔额。本计划的目标人群是个人, 而不是个人的配偶或子女。如果个人的配偶和/或成年子女有资格参加基本健保计划 (Essential Plan), 他们必须各自独立投保, 并拥有自己的个人保单。基本健保计划 (Essential Plan) 2 中包含牙科和眼科承保。

保险福利摘要			
主要分摊费用条款	基本健保计划 (Essential Plan) 200-250**	基本健保计划 (Essential Plan) 1**	基本健保计划 (Essential Plan) 2**
初级保健医生 (PCP) 诊所就诊	\$15 共付额	\$15 共付额	\$0 共付额
专科医生门诊	\$25 共付额	\$25 共付额	\$0 共付额
住院	\$150 共付额	\$150 共付额	\$0 共付额
急诊室共付额 (如获准许则豁免)	\$75 共付额	\$75 共付额	\$0 共付额
年度免赔额	\$0	\$0	\$0
年度自付费用最高限额	\$2,000	\$360	\$200
处方药物*** (1 级: 非品牌/2 级: 药物名册/3 级: 非药物名册)	零售: \$6 共付额/\$15 共付额/ \$30 共付额	零售: \$6 共付额/\$15 共付额/ \$30 共付额	零售: \$1 共付额/\$3 共付额/ \$3 共付额
	邮购: \$15 共付额/ \$37.50 共付额/\$75 共付额	邮购: \$15 共付额/ \$37.50 共付额/\$75 共付额	邮购: \$2.50 共付额/ \$7.50 共付额/\$7.50 共付额
住院服务项目			
住院医生和外科服务	\$50 共付额	\$50 共付额	\$0 共付额
半私人病房和膳宿	包括在住院共付额中	包括在住院共付额中	包括在住院共付额中
手术室和恢复室、重症和特护病房、普通护理、 处方药、麻醉、X 光检查和化验室测试	包括在住院共付额中	包括在住院共付额中	包括在住院共付额中
短期言语、物理、职业和呼吸治疗 (当属于急性入院时)	包括在住院共付额中	包括在住院共付额中	包括在住院共付额中
言语、物理、职业和呼吸治疗 (当属于康复入院时)	包括在住院共付额中	包括在住院共付额中	包括在住院共付额中
放射治疗及化疗	\$15 共付额	\$15 共付额	\$0 共付额
住院前测试	\$0 共付额	\$0 共付额	\$0 共付额
门诊治疗			
初级保健医生 (PCP) 诊所就诊	\$15 共付额	\$15 共付额	\$0 共付额
专科医生门诊	\$25 共付额	\$25 共付额	\$0 共付额
预防性医疗服务, † 包括体检、听力检查、健康 教育和咨询、子宫颈抹片检查、乳房 x 光检查和 免疫接种	全额承保	全额承保	全额承保
诊断服务, 包括 X 光检查、化验室测试、心电图	\$15 共付额	\$15 共付额	\$0 共付额
(无需住院的) 门诊手术	\$50 共付额	\$50 共付额	\$0 共付额
第二诊疗及手术意见	\$25 共付额	\$25 共付额	\$0 共付额
骨科治疗服务	\$25 共付额	\$25 共付额	\$0 共付额

保险福利摘要			
主要分摊费用条款	基本健保计划 (Essential Plan) 200-250**	基本健保计划 (Essential Plan) 1**	基本健保计划 (Essential Plan) 2**
精神健康治疗			
• 精神疾病住院治疗。	\$150 共付额	\$150 共付额	\$0 共付额
• 精神疾病门诊治疗。	\$15 共付额	\$15 共付额	\$0 共付额
药物使用障碍			
• 住院解毒。	\$150 共付额	\$150 共付额	\$0 共付额
• 住院康复治疗。	\$150 共付额	\$150 共付额	\$0 共付额
• 门诊康复治疗。	\$15 共付额	\$15 共付额	\$0 共付额
特殊类型护理			
急症及紧急护理			
• 在医院急诊室。	\$75 共付额	\$75 共付额	\$0 共付额
• 在紧急护理机构。	\$25 共付额	\$25 共付额	\$0 共付额
• 救护车送医院服务。	\$75 共付额	\$75 共付额	\$0 共付额
家健护理	\$15 共付额	\$15 共付额	\$0 共付额
临终病室护理	住院:\$150 共付额 门诊:\$15 共付额	住院:\$150 共付额 门诊:\$15 共付额	住院:\$150 共付额 门诊:\$15 共付额
专业护理院服务	\$150 共付额	\$150 共付额	\$0 共付额
透析治疗	\$15 共付额	\$15 共付额	\$0 共付额
糖尿病器材、用品与教育	\$15 共付额	\$15 共付额	\$0 共付额
门诊物理、言语、职业和呼吸疗法	\$15 共付额	\$15 共付额	\$0 共付额
耐用医疗设备	5% 共同保险	5% 共同保险	0% 共同保险
助听器	5% 共同保险	5% 共同保险	0% 共同保险
成人牙科护理			
• 预防性牙科。	\$0 共付额	\$0 共付额	\$0 共付额
• 常规牙科。	\$0 共付额	\$0 共付额	\$0 共付额
• 主要牙科。	\$0 共付额	\$0 共付额	\$0 共付额
成人眼科护理			
• 屈光视力检查。	\$0 共付额	\$0 共付额	\$0 共付额
• 眼镜/隐形眼镜。	\$0 共付额	\$0 共付额	\$0 共付额

基本健保计划 (ESSENTIAL PLAN) 保费	纽约市 (布朗克斯 (BRONX)、纽约 (NEW YORK)、 国王郡 (KINGS)、皇后区 (QUEENS) 和里士满县 (RICHMOND))	长岛 (LONG ISLAND) (纳苏县 (NASSAU) 和苏福克县 (SUFFOLK))	威斯特彻斯特县 (WESTCHESTER)
基本健保计划 (Essential Plan) 200-250	\$0 保费	\$0 保费	\$0 保费
基本健保计划 (Essential Plan) 1	\$0 保费	\$0 保费	\$0 保费
基本健保计划 (Essential Plan) 2	\$0 保费	\$0 保费	\$0 保费

*您必须具备投保基本健保计划 (Essential Plan) 的资格。资格根据收入和其他因素确定。

**所示共付额适用于每次服务/就诊/入院。

***30 天供应量。

† 当美国预防医学工作组 (USPSTF) 根据免疫实践咨询委员会 (ACIP) 的建议或根据卫生资源和服务管理局 (HRSA) 指南或在适用时根据纽约州法律提供 A 或 B 级评级时, 全额承保预防性医疗服务和儿童健康护理。其他预防性医疗服务可能需要支付分摊费用。

安保健康保险基本健保计划 (Essential Plan) 由大纽约健康保险 (HIP) 提供。除急症护理外, 仅在由精选医疗网 (Enhanced Care Prime) 初级保健医生提供和/或由安保健康保险利用管理方案事先批准时, 才会承保上述保险福利和服务。合约医生和专业医护人员已与安保健康保险签订合同, 为我们的会员提供护理。他们不是安保健康保险的员工、代理人、雇员或代表。本摘要仅供参考。其中并未包含该计划的全部详情, 该计划完整内容仅见基本健保计划 (Essential Plan) 合同中。本摘要也不构成协议。

请参阅 HIP 合同编号: 155-23-EPP200-250NONAIAN (01/26); 155-23-EPP200-250AIAN (01/26); 155-23-EPP1NONAIAN (01/26); 155-23-EPP1AIAN (01/26); 155-23-EPP2NONAIAN (01/26); 155-23-EPP2AIAN (01/26)。

某些服务可能需要预授权。

基本健保计划 (Essential Plan) 3 和 4

基本健保计划 (Essential Plan) 3*: 面向年收入在联邦贫困标准线 (FPL) 100%-138% 的人 (包括艾莉莎人口/符合条件的合法移民)。该计划提供价格更为适中的保险选择, 每月保费为 \$0, 分摊费用更低, 无免赔额。基本健保计划 (Essential Plan) 3 包含牙科和眼科承保。

基本健保计划 (Essential Plan) 4*: 面向年收入低于联邦贫困标准线 (FPL) 100% 的人 (包括艾莉莎人口/符合条件的合法移民)。该计划提供价格更为适中的保险选择, 每月保费为 \$0, 无分摊费用和免赔额。基本健保计划 (Essential Plan) 4 包含牙科和眼科承保。

保险福利摘要		
主要分摊费用条款	基本健保计划 (Essential Plan) 3**	基本健保计划 (Essential Plan) 4**
初级保健医生 (PCP) 诊所就诊	\$0 共付额	\$0 共付额
专科医生门诊	\$0 共付额	\$0 共付额
住院	\$0 共付额	\$0 共付额
急诊室共付额 (如获准许则豁免)	\$0 共付额	\$0 共付额
年度免赔额	\$0	\$0
年度自付费用最高限额	\$200	\$0
处方药物*** (1 级: 非品牌/2 级: 药物名册/3 级: 非药物名册)	零售: \$1 共付额/\$3 共付额/\$3 共付额 邮购: \$2.50 共付额/\$7.50 共付额/\$7.50 共付额	零售: \$0 共付额/\$0 共付额/\$0 共付额 邮购: \$0 共付额/\$0 共付额/\$0 共付额
住院服务项目		
住院医生及外科服务	\$0 共付额	\$0 共付额
半私人病房和膳宿	包括在住院共付额中	包括在住院共付额中
手术室和恢复室、重症和特护病房、普通护理、处方药、麻醉、X 光检查和化验室测试	包括在住院共付额中	包括在住院共付额中
短期言语、物理、职业和呼吸治疗 (当属于急性入院时)	包括在住院共付额中	包括在住院共付额中
言语、物理、职业和呼吸治疗 (当属于康复入院时)	包括在住院共付额中	包括在住院共付额中
放射治疗及化疗	\$0 共付额	\$0
住院前测试	\$0 共付额	\$0
门诊治疗		
初级保健医生 (PCP) 诊所就诊	\$0 共付额	\$0
专科医生门诊	\$0 共付额	\$0
预防性医疗服务, † 包括体检、听力检查、健康教育和咨询、子宫颈抹片检查、乳房 X 光检查和免疫接种	全额承保	全额承保
诊断服务, 包括 X 光检查、化验室测试、和心电图	\$0 共付额	\$0 共付额
(无需住院的) 门诊手术	\$0 共付额	\$0 共付额
第二诊疗及手术意见	\$0 共付额	\$0 共付额
骨科治疗服务	\$0 共付额	\$0 共付额

保险福利摘要		
主要分摊费用条款	基本健保计划 (Essential Plan) 3**	基本健保计划 (Essential Plan) 4**
精神健康治疗		
• 精神疾病住院治疗。	\$0 共付额	\$0 共付额
• 精神疾病门诊治疗。	\$0 共付额	\$0 共付额
药物使用障碍		
• 住院解毒。	\$0 共付额	\$0 共付额
• 住院康复治疗。	\$0 共付额	\$0 共付额
• 门诊康复治疗。	\$0 共付额	\$0 共付额
特殊类型护理		
急症及紧急护理		
• 在医院急诊室。	\$0 共付额	\$0 共付额
• 在紧急护理机构。	\$0 共付额	\$0 共付额
• 救护车送医院服务。	\$0 共付额	\$0 共付额
家健护理	\$0 共付额	\$0 共付额
临终病室护理	\$0 共付额	\$0 共付额
专业护理院服务	\$0 共付额	\$0 共付额
透析治疗	\$0 共付额	\$0 共付额
糖尿病器材、用品与教育	\$0 共付额	\$0 共付额
门诊物理、言语、职业和呼吸疗法	\$0 共付额	\$0 共付额
耐用医疗设备	\$0 共付额	\$0 共付额
助听器	\$0 共付额	\$0 共付额
成人牙科护理		
• 预防性牙科。	\$0 共付额	\$0 共付额
• 常规牙科。	\$0 共付额	\$0 共付额
• 主要牙科。	\$0 共付额	\$0 共付额
成人眼科护理		
• 屈光视力检查。	\$0 共付额	\$0 共付额
• 眼镜/隐形眼镜。	\$0 共付额	\$0 共付额

基本健保计划 (ESSENTIAL PLAN) 保费	纽约市 (布朗克斯 (BRONX)、纽约 (NEW YORK)、国王郡 (KINGS)、皇后区 (QUEENS) 和里士满县 (RICHMOND))	长岛 (LONG ISLAND) 纳苏县 (NASSAU) 和苏福克县 (SUFFOLK)	威斯特彻斯特县 (WESTCHESTER)
基本健保计划 (Essential Plan) 3	\$0 保费	\$0 保费	\$0 保费
基本健保计划 (Essential Plan) 4	\$0 保费	\$0 保费	\$0 保费

*您必须具备投保基本健保计划 (Essential Plan) 的资格。资格根据收入和其他因素确定。

**所示共付额适用于每次服务/就诊/入院。

***30 天供应量。

† 当美国预防医学工作组 (USPSTF) 对服务给出 A 或 B 级评级, 或者由免疫实践咨询委员会 (ACIP) 推荐服务, 或根据卫生资源和服务管理局 (HRSA) 指南或在适用时根据纽约州法律提供服务时, 全额承保预防性医疗服务和儿童健康护理服务。其他预防性医疗服务可能需要支付分摊费用。

艾莉莎人口 — 是由于其移民身份而无资格投保医疗补助计划 (Medicaid, 即白卡) 的合法移民人群, 但根据收入, 有资格参加州资助的医疗补助计划 (Medicaid, 即白卡)。

安保健健康保险基本健保计划 (Essential Plan) 由大纽约健康保险 (HIP) 提供。除急症护理外, 仅在由精选医疗网 (Enhanced Care Prime) 初级保健医生提供和/或由安保健健康保险利用管理方案事先批准时, 才会承保上述保险福利和服务。参与医生和医疗服务提供方已与安保健健康保险签订合同, 为我们的会员提供护理。他们不是安保健健康保险的雇员、代理人、雇员或代表。本摘要仅供参考。其中并未包含该计划的全部详情, 该计划完整内容仅见基本健保计划 (Essential Plan) 合同中。本摘要也不构成协议。

请参阅 HIP 合同编号: 155-23-EPP3Aliessa (01/26) and 155-23-EPP4Aliessa (01/26)。

某些服务可能需要预授权。



EmblemHealth®
安 保 健 康 保 险

Notice of Availability of Language Assistance Services and Auxiliary Aids and Services

English ATTENTION: If you speak another language, free language assistance services are available to you. Appropriate auxiliary aids and services to provide information in accessible formats are also available free of charge. Call **877-411-3625** (TTY: **711**) or speak to your provider.

Español (Spanish) ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. También están disponibles de forma gratuita ayuda y servicios auxiliares apropiados para proporcionar información en formatos accesibles. Llame al **877-411-3625** (TTY: **711**) o hable con su proveedor.

中文 (Simplified Chinese) 注意: 如果您说[中文], 我们将免费为您提供语言协助服务。我们还免费提供适当的辅助工具和服务, 以无障碍格式提供信息。致电 **877-411-3625** (文本电话: **711**) 或咨询您的服务提供商。

РУССКИЙ (Russian) ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском, вам доступны бесплатные услуги языковой поддержки. Соответствующие вспомогательные средства и услуги по предоставлению информации в доступных форматах также предоставляются бесплатно. Позвоните по телефону **877-411-3625** (TTY: **711**) или обратитесь к своему поставщику услуг.

Kreyòl Ayisyen (Haitian Creole) ATANSYON: Si w pale Kreyòl Ayisyen, gen sèvis èd aladispozisyon w gratis pou lang ou pale a. Èd ak sèvis siplemantè apwopriye pou bay enfòmasyon nan fòm aksesib yo disponib gratis tou. Rele nan **877-411-3625** (TTY: **711**) oswa pale avèk founisè w la.

한국어 (Korean) 주의: [한국어]를 사용하시는 경우 무료 언어 지원 서비스를 이용하실 수 있습니다. 이용 가능한 형식으로 정보를 제공하는 적절한 보조 기구 및 서비스도 무료로 제공됩니다. **877-411-3625** (TTY: **711**) 번으로 전화하거나 서비스 제공업체에 문의하십시오.

Italiano (Italian) ATTENZIONE: se parli Italiano, sono disponibili servizi di assistenza linguistica gratuiti. Sono inoltre disponibili gratuitamente ausili e servizi ausiliari adeguati per fornire informazioni in formati accessibili. Chiama l' **877-411-3625** (tty: **711**) o parla con il tuo fornitore.

יידיש נאטיץ: אויב איר רעדט יידיש, שפראך הילף סערוויסעס זענען בארעכטיגט פאר דיר פריי. צונעמען אידס און באדינונגס פאר פראווידינג אינפארמאציע אין צוטריטלעך פארמאטירונגען זענען אויך בנימצא פריי. רופן **877-411-3625** (TTY: **711**) אדער רעדן מיט דיין טרעגער.

EmblemHealth Plan, Inc., EmblemHealth Insurance Company, EmblemHealth Services Company, LLC, and Health Insurance Plan of Greater New York (HIP) are EmblemHealth companies. EmblemHealth Services Company, LLC provides administrative services to the EmblemHealth companies.

বাংলা (Bengali) মনোযোগ দিন: যদি আপনি বাংলা বলেন তাহলে আপনার জন্য বিনামূল্যে ভাষা সহায়তা পরিষেবাদি উপলব্ধ রয়েছে। অ্যাক্সেসযোগ্য ফরম্যাটে তথ্য প্রদানের জন্য উপযুক্ত সহায়ক সহযোগিতা এবং পরিষেবাদিও বিনামূল্যে উপলব্ধ রয়েছে। **877-411-3625 (TTY: 711)** নম্বরে কল করুন অথবা আপনার প্রদানকারীর সাথে কথা বলুন।

POLSKI (Polish) UWAGA: Osoby mówiące po polsku mogą skorzystać z bezpłatnej pomocy językowej. Dodatkowe pomoce i usługi zapewniające informacje w dostępnych formatach są również dostępne bezpłatnie. Zadzwoń pod numer **877-411-3625 (TTY: 711)** lub porozmawiaj ze swoim dostawcą.

العربية (Arabic)

تنبيه: إذا كنت تتحدث اللغة العربية، فستتوفر لك خدمات المساعدة اللغوية المجانية. كما تتوفر وسائل مساعدة وخدمات مناسبة لتوفير المعلومات بتنسيقات يمكن الوصول إليها مجانًا. اتصل على الرقم **877-411-3625 (711)** أو تحدث إلى مقدم الخدمة.

Français (French) ATTENTION : Si vous parlez Français, des services d'assistance linguistique gratuits sont à votre disposition. Des aides et services auxiliaires appropriés pour fournir des informations dans des formats accessibles sont également disponibles gratuitement. Appelez le **877-411-3625 (TTY: 711)** ou parlez à votre fournisseur.

اردو (Urdu)

توجہ دیں: اگر آپ اردو بولتے ہیں، تو آپ کے لیے زبان کی مفت مدد کی خدمات دستیاب ہیں۔ قابل رسائی فارمیٹس میں معلومات فراہم کرنے کے لیے مناسب معاون امداد اور خدمات بھی مفت دستیاب ہیں۔ **877-411-3625 (TTY: 711)** پر کال کریں یا اپنے فراہم کنندہ سے بات کریں۔

Tagalog (Tagalog) PAALALA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, magagamit mo ang mga libreng serbisyong tulong sa wika. Magagamit din nang libre ang mga naaangkop na auxiliary na tulong at serbisyo upang magbigay ng impormasyon sa mga naa-access na format. Tumawag sa **877-411-3625 (TTY: 711)** o makipag-usap sa iyong provider.

Ελληνικά (Greek) ΠΡΟΣΟΧΗ: Εάν μιλάτε ελληνικά, υπάρχουν διαθέσιμες δωρεάν υπηρεσίες υποστήριξης στη συγκεκριμένη γλώσσα. Διατίθενται δωρεάν κατάλληλα βοηθήματα και υπηρεσίες για παροχή πληροφοριών σε προσβάσιμες μορφές. Καλέστε το **877-411-3625 (TTY: 711)** ή απευθυνθείτε στον πάροχό σας.

SHQIP (Albanian) VINI RE: Nëse flisni shqip, shërbime falas të ndihmës së gjuhës janë në dispozicion për ju. Ndhima të përshtatshme dhe shërbime shtesë për të siguruar informacion në formate të përdorshme janë gjithashtu në dispozicion falas. Telefononi **877-411-3625 (TTY: 711)** ose bisedoni me ofruesin tuaj të shërbimit.

NOTICE OF NONDISCRIMINATION POLICY

Discrimination is Against the Law

EmblemHealth complies with Federal civil rights laws and does not discriminate on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex, including sex characteristics, including intersex traits; pregnancy or related conditions; sexual orientation; gender identity, and sex stereotypes.

EmblemHealth does not exclude people or treat them less favorably because of race, color, national origin, age, disability, or sex.

EmblemHealth:

- Provides people with disabilities reasonable modifications and free appropriate auxiliary aids and services to communicate effectively with us, such as:
 - Qualified sign language interpreters.
 - Written information in other formats (large print, audio, accessible electronic formats, and other formats).
- Provides free language assistance services to people whose primary language is not English, which may include:
 - Qualified interpreters.
 - Information written in other languages.

If you need reasonable modifications, appropriate auxiliary aids and services, or language assistance services contact the Civil Rights Coordinator by calling Customer Service at **877-411-3625** (TTY: **711**).

If you believe that EmblemHealth has failed to provide these services or discriminated in another way based on race, color, national origin, age, disability, or sex, you can file a grievance with the Civil Rights Coordinator by writing to the EmblemHealth Grievance and Appeals Department, P.O. Box 2844, New York, NY 10116-2844; faxing them at **212-510-5320**; or calling Customer Service at **877-411-3625**. (Dial **711** for TTY services.) You can file a grievance in person, by mail, by fax, or through your secure member portal. If you need help filing a grievance, EmblemHealth's Grievance and Appeals Department is available to help you. You can also file a civil rights complaint with the U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights electronically through the Office for Civil Rights Complaint Portal, available at ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf or by mail or phone at: **U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue SW, Room 509F, HHH Building, Washington, DC 20201; 800-368-1019** (TTY: **800-537-7697**).

Complaint forms are available at hhs.gov/ocr/office/file/index.html.

This notice is available on EmblemHealth's website at emblemhealth.com/legal/nondiscrimination.



如需了解更多信息, 请访问我们的网站
emblemhealth.com/essentialplan 或致电
800-833-7523 (TTY: 711), 服务时间为每周
7 天, 每天 8 a.m. 至 8 p.m.。