



# Ambetter

## YOUR HEALTH. OUR PRIORITY.

*Ambetter from Superior HealthPlan provides quality healthcare solutions that can help you live better. With coverage options from Ambetter, it's easier to take charge of your health.*

Your health is important to us. And you deserve to get the most out of your health insurance plan.

By choosing Ambetter from Superior HealthPlan, you'll receive affordable, quality healthcare coverage that includes preventive care and whole health services.

And our plans also give you access to valuable programs, educational tools and support. So you can focus on staying healthy.

Our commitment to you goes beyond the doctor's office. Ambetter from Superior HealthPlan is active in your local community—because we're dedicated to helping you lead a fulfilling life.

To learn more, visit [Ambetter.SuperiorHealthPlan.com](https://Ambetter.SuperiorHealthPlan.com).



### Comprehensive Medical Care

Complete medical coverage that includes all of your Essential Health Benefits.



### myhealthpays™ Rewards Program

Earn up to \$250 per year when you take steps to be healthy.



### Prescription Coverage

Get coverage for your medical prescriptions.



### 24/7 Nurse Advice Line

Call and talk to a registered nurse 24 hours a day, 7 days a week to ask questions or get medical advice.



### Vision Coverage

Pediatric coverage for services such as eye exams and prescription eyewear. Optional adult vision coverage only offered on some Balanced Care and Essential Care plans.



## Ambetter *my*healthpays™ Rewards Program

Our *my*healthpays™ rewards program helps you earn rewards for taking care of yourself.

You Can Earn  
Up to **\$250**  
Per Year!



Just complete healthy activities, such as your annual wellness exam with your primary care provider (PCP) and earn *my*healthpays™ rewards.

### Use your rewards to help pay for:

- Monthly premium payments
- Doctor copays\*
- Deductibles
- Coinsurance

\* My Health Pays™ rewards cannot be used for pharmacy copays.



Earn your rewards automatically on your My Health Pays™ Visa® Prepaid Card!

You will receive your My Health Pays™ card in the mail when you earn your first reward.



To learn more about *my*healthpays™ rewards, visit [Ambetter.SuperiorHealthPlan.com](http://Ambetter.SuperiorHealthPlan.com).

This card is issued by The Bancorp Bank pursuant to a license from Visa U.S.A Inc. The Bancorp Bank; Member FDIC. Card cannot be used everywhere Visa debit cards are accepted. See Cardholder Agreement for complete usage restrictions.



# Ambetter Essential Care 1 (2018)

+ **Vision** (Bronze Level)

|                                     |                                                                                                             |
|-------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Medical Annual Deductible           | <b>Individual:</b> \$6,800; <b>Family:</b> \$13,600                                                         |
| Medical Coinsurance                 | 0% Coinsurance                                                                                              |
| Prescription Drug Annual Deductible | <b>Individual:</b> Integrated with medical deductible;<br><b>Family:</b> Integrated with medical deductible |
| Prescription Drug Coinsurance       | Integrated with medical coinsurance                                                                         |
| Maximum Annual Out-of-pocket        | <b>Individual:</b> \$6,800; <b>Family:</b> \$13,600                                                         |

**Covered benefits are for In-network providers only.** To find our most up to date list of in-network providers, please visit our website at [Ambetter.SuperiorHealthPlan.com](http://Ambetter.SuperiorHealthPlan.com) and select "Find a Provider" in the main menu. Providers listed in the Ambetter from Superior HealthPlan online directory are in-network.

| Emergency Services                                 | Your Cost (In-Network Providers only) | Out-of-Network             | Subject to Deductible |
|----------------------------------------------------|---------------------------------------|----------------------------|-----------------------|
| Emergency Room Services                            | No charge after deductible            | No charge after deductible | Yes                   |
| Emergency Transportation/Ambulance (Air or Ground) | No charge after deductible            | No charge after deductible | Yes                   |
| Urgent Care                                        | No charge after deductible            | Not covered                | Yes                   |

## Provider Services

|                                                                 |                            |             |     |
|-----------------------------------------------------------------|----------------------------|-------------|-----|
| Annual Well Visit/Screening/Immunization/Well Baby              | No charge                  | Not covered | No  |
| Primary Care Visit to treat an injury or illness and Maternity  | No charge after deductible | Not covered | Yes |
| Specialist Visit (e.g. Cardiology, Podiatry, Chiropractic Care) | No charge after deductible | Not covered | Yes |
| Imaging (CT/PET Scans, MRIs)                                    | No charge after deductible | Not covered | Yes |
| X-rays & Diagnostic Imaging                                     | No charge after deductible | Not covered | Yes |

## Inpatient & Outpatient Services

|                                                                              |                            |             |     |
|------------------------------------------------------------------------------|----------------------------|-------------|-----|
| Inpatient Facility Fee (Includes Mental Health, Substance Use and Maternity) | No charge after deductible | Not covered | Yes |
| Inpatient Hospital Physician & Surgical Services                             | No charge after deductible | Not covered | Yes |
| Outpatient Facility Fee (e.g. Ambulatory Surgery Center)                     | No charge after deductible | Not covered | Yes |
| Outpatient Surgery Physician/Surgical Services                               | No charge after deductible | Not covered | Yes |
| Laboratory Outpatient & Professional Services                                | No charge after deductible | Not covered | Yes |

## Other Medical Services

|                                                                                         |                            |             |     |
|-----------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------|-------------|-----|
| Mental/Behavioral Health & Substance Use Disorder Outpatient Services                   | No charge after deductible | Not covered | Yes |
| Rehabilitation Outpatient Services (includes Speech, Occupational and Physical Therapy) | No charge after deductible | Not covered | Yes |

## Pediatric Vision

|                                      |              |             |    |
|--------------------------------------|--------------|-------------|----|
| Routine Eye Exam (1 visit per year)  | 100% Covered | Not covered | No |
| Eyeglasses (frames, 1 item per year) | 100% Covered | Not covered | No |
| Lenses (per pair)                    | 100% Covered | Not covered | No |

## Prescription Drugs

|                           |                            |             |     |
|---------------------------|----------------------------|-------------|-----|
| Generics*                 | \$20 Copay                 | Not covered | No  |
| Preferred Brand Drugs     | No charge after deductible | Not covered | Yes |
| Non-preferred Brand Drugs | No charge after deductible | Not covered | Yes |
| Specialty Drugs           | No charge after deductible | Not covered | Yes |

\*If the cost of the generic drug is less than the copay, you pay the lesser amount.

Information shown represents a Standard Cost Share Plan. Our plans do not cover all health care expenses. Covered benefits will vary by state and are for in-network providers only. For comprehensive benefit detail, members should review their Evidence of Coverage and Schedule of Benefits prior to receiving services. Exclusions and limitations may apply.

For help understanding the terms used above, see the Words to Know page on [Ambetter.SuperiorHealthPlan.com](http://Ambetter.SuperiorHealthPlan.com).



# Ambetter Essential Care 1 (2018)

+ **Vision** (Bronze Level)

| <b>Pediatric Vision</b> (Up to 19 years of age) | <b>Your Cost</b> (In-Network Providers only) | <b>Out-of-network</b> | <b>Subject to Deductible</b> |
|-------------------------------------------------|----------------------------------------------|-----------------------|------------------------------|
| Exams and Eyewear:                              |                                              |                       |                              |
| Routine Eye Exam (1 visit per year)             | 100% Covered                                 | Not covered           | No                           |
| Eyeglasses (frames, 1 item per year)            | 100% Covered                                 | Not covered           | No                           |
| Lenses (per pair):                              |                                              |                       |                              |
| Single                                          | 100% Covered                                 | Not covered           | No                           |
| Bifocal                                         | 100% Covered                                 | Not covered           | No                           |
| Trifocal                                        | 100% Covered                                 | Not covered           | No                           |
| Lenticular                                      | 100% Covered                                 | Not covered           | No                           |
| Contact Lenses:                                 |                                              |                       |                              |
| Contact lenses (in lieu of glasses)             | 100% Covered                                 | Not covered           | No                           |
| Contact lens fitting                            | 100% Covered                                 | Not covered           | No                           |
| Specialty lens fitting                          | 100% Covered                                 | Not covered           | No                           |

| <b>Adult Vision</b> (Ages 19 years of age and older*) | <b>Your Cost</b> (In-Network Providers only) | <b>Out-of-network</b> | <b>Subject to Deductible</b> |
|-------------------------------------------------------|----------------------------------------------|-----------------------|------------------------------|
| Exams and Eyewear:                                    |                                              |                       |                              |
| Routine Eye Exam (1 visit per year)                   | 100% Covered                                 | Not covered           | No                           |
| Eyeglasses (frames, 1 item per year)                  | Covered up to \$130                          | Not covered           | No                           |
| Lenses (per pair):                                    |                                              |                       |                              |
| Single                                                | 100% Covered                                 | Not covered           | No                           |
| Bifocal                                               | 100% Covered                                 | Not covered           | No                           |
| Trifocal                                              | 100% Covered                                 | Not covered           | No                           |
| Lenticular                                            | 100% Covered                                 | Not covered           | No                           |
| Contact Lenses:                                       |                                              |                       |                              |
| Contact lenses (in lieu of glasses)                   | Covered up to \$130                          | Not covered           | No                           |
| Contact lens fitting                                  | 100% Covered                                 | Not covered           | No                           |
| Specialty lens fitting                                | Covered up to \$50                           | Not covered           | No                           |

\*Adult routine vision does not apply to plan maximum.



### Statement of Non-Discrimination

Ambetter from Superior HealthPlan complies with applicable Federal civil rights laws and does not discriminate on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex. Ambetter from Superior HealthPlan does not exclude people or treat them differently because of race, color, national origin, age, disability, or sex.

Ambetter from Superior HealthPlan:

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

If you need these services, contact Ambetter from Superior HealthPlan at 1-877-687-1196 (Relay Texas/TTY: 1-800-735-2989).

If you believe that Ambetter from Superior HealthPlan has failed to provide these services or discriminated in another way on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex, you can file a grievance with: Superior HealthPlan Appeal Department, 2100 South Interstate 35, Ste. 200, Austin, TX 78704, 1-877-687-1196 (Relay Texas/TTY: 1-800-735-2989), Fax 1-800-310-0943. You can file a grievance in person or by mail, fax, or email. If you need help filing a grievance, Ambetter from Superior HealthPlan 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 <https://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, 1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD).

Complaint forms are available at <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.



DE

superior  
healthplan.

# Ambetter

## SU SALUD. NUESTRA PRIORIDAD.

*Ambetter de Superior HealthPlan brinda soluciones de atención médica de calidad que pueden ayudarle a vivir mejor. Con las opciones de cobertura de Ambetter, es más fácil hacerse cargo de su salud.*

Su salud es importante para nosotros. Y usted merece aprovechar al máximo su plan de seguro de salud.

Al elegir Ambetter de Superior HealthPlan, usted recibirá cobertura de atención médica asequible y de calidad que incluye atención preventiva y servicios de salud completos.

Y nuestros planes también le dan acceso a programas valiosos, herramientas educativas y apoyo. Para que se pueda concentrar en permanecer sano.

Nuestro compromiso con usted va más allá del consultorio del médico. Ambetter de Superior HealthPlan es activo en su comunidad local—porque estamos dedicados a ayudarle a llevar una vida plena.

Para obtener más información,  
visite **Ambetter.SuperiorHealthPlan.com.**



### Atención médica completa

Cobertura médica completa que incluye todos sus Beneficios de salud esenciales.



### Programa de recompensas *myhealthpays*™

Gane hasta \$250 por año cuando toma medidas para estar sano.



### Cobertura de medicamentos recetados

Obtenga cobertura para sus recetas médicas.



### Línea de consejo de enfermería que atiende 24/7

Llame y hable con un enfermero titulado las 24 horas del día, los 7 días de la semana para hacer preguntas u obtener consejo médico.



### Cobertura de la vista

Cobertura pediátrica para servicios como por ejemplo exámenes de los ojos y anteojos con medida. La cobertura opcional de la vista para adultos solo se ofrece en algunos planes Balanced Care y Essential Care.





# Programa de recompensas *myhealthpays*™ de Ambetter

Nuestro programa de recompensas *myhealthpays*™  
le ayuda a ganar recompensas por cuidarse.

¡Puede ganar  
hasta **\$250**  
por año!



Simplemente complete actividades  
saludables, como su examen de  
bienestar anual con su proveedor  
de atención primaria (PCP) y gane  
recompensas de *myhealthpays*™.

## Use sus recompensas para ayudar a pagar por:

- Pagos de la prima mensual
- Copagos de médicos\*
- Deducibles
- Coseguro

\* Las recompensas de My Health Pays™ no se pueden  
usar para copagos de farmacia.



¡Gane sus recompensas  
automáticamente en su Tarjeta  
Prepagada de My Health Pays™ Visa®!

Usted recibirá su tarjeta de My Health  
Pays™ en el correo cuando gane su  
primera recompensa.



Para obtener más información  
sobre las recompensas de  
*myhealthpays*™ visite  
[Ambetter.SuperiorHealthPlan.com](http://Ambetter.SuperiorHealthPlan.com).

Esta tarjeta la emite The Bancorp Bank de acuerdo con una licencia de Visa U.S.A. Inc. The Bancorp Bank; Miembro FDIC. La tarjeta no se puede usar en todos los lugares donde se aceptan tarjetas de débito Visa. Consulte el Acuerdo de Tarjeta habiente para ver las restricciones completas de uso.

Controles del idioma inglés. Esta traducción se provee para su conveniencia. Los significados de términos, condiciones y representaciones contenidas en este material están sujetos a definiciones e interpretaciones del idioma inglés. Es posible que la traducción no represente precisamente la información original en inglés.



# Ambetter Essential Care 1 (2018)

+ **Vista** (nivel de bronce)

|                                             |                                                                                                             |
|---------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Deducible médico anual                      | <b>Individual:</b> \$6,800; <b>Familiar:</b> \$13,600                                                       |
| Coseguro médico                             | Coseguro del 0%                                                                                             |
| Deducible anual para medicamentos recetados | <b>Individual:</b> Integrado con el deducible médico;<br><b>Familiar:</b> Integrado con el deducible médico |
| Coseguro para medicamentos recetados        | Integrado con el coseguro médico                                                                            |
| Máximo anual de su propio bolsillo          | <b>Individual:</b> \$6,800; <b>Familiar:</b> \$13,600                                                       |

**Los beneficios cubiertos son solo para proveedores dentro de la red.** Para encontrar nuestra lista más actualizada de proveedores dentro de la red, visite nuestro sitio web en [Ambetter.SuperiorHealthPlan.com](http://Ambetter.SuperiorHealthPlan.com) y elija "Encontrar un proveedor" en el menú principal. Los proveedores que aparecen en el directorio en línea de Ambetter from Superior HealthPlan están dentro de la red.

| Servicios de emergencia                                 | Su costo<br>(solo Proveedores dentro de la red) | Fuera de la red                 | Sujeto a deducible |
|---------------------------------------------------------|-------------------------------------------------|---------------------------------|--------------------|
| Servicios en la sala de emergencia                      | Sin costo después del deducible                 | Sin costo después del deducible | Sí                 |
| Transporte de emergencia/Ambulancia (aéreo o terrestre) | Sin costo después del deducible                 | Sin costo después del deducible | Sí                 |
| Atención médica de urgencia                             | Sin costo después del deducible                 | No están cubiertos              | Sí                 |

| Servicios de proveedores                                                           | Su costo<br>(solo Proveedores dentro de la red) | Fuera de la red    | Sujeto a deducible |
|------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------|--------------------|--------------------|
| Visita anual de la persona sana/Evaluaciones/Inmunizaciones/Del bebé sano          | Sin costo                                       | No están cubiertos | No                 |
| Visita de atención primaria para tratar cualquier lesión o enfermedad y maternidad | Sin costo después del deducible                 | No están cubiertos | Sí                 |
| Visita al especialista (p. ej., cardiología, podiatría, cuidado quiropráctico)     | Sin costo después del deducible                 | No están cubiertos | Sí                 |
| Obtención de imágenes (CT/PET, MRI)                                                | Sin costo después del deducible                 | No están cubiertos | Sí                 |
| Radiografías y obtención de imágenes diagnósticas                                  | Sin costo después del deducible                 | No están cubiertos | Sí                 |

| Servicios para pacientes internados y ambulatorios                                                          | Su costo<br>(solo Proveedores dentro de la red) | Fuera de la red    | Sujeto a deducible |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------|--------------------|--------------------|
| Tarifa en instalaciones para pacientes internados (incluye salud mental, abuso de sustancias y maternidad)  | Sin costo después del deducible                 | No están cubiertos | Sí                 |
| Servicios quirúrgicos y de médicos en hospitales como paciente internado                                    | Sin costo después del deducible                 | No están cubiertos | Sí                 |
| Tarifas de instituciones para pacientes ambulatorios (p.ej., centro quirúrgico para pacientes ambulatorios) | Sin costo después del deducible                 | No están cubiertos | Sí                 |
| Médico para cirugía ambulatoria/Servicios quirúrgicos                                                       | Sin costo después del deducible                 | No están cubiertos | Sí                 |
| Laboratorio para pacientes ambulatorios y servicios profesionales                                           | Sin costo después del deducible                 | No están cubiertos | Sí                 |

| Otros servicios médicos                                                                                        | Su costo<br>(solo Proveedores dentro de la red) | Fuera de la red    | Sujeto a deducible |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------|--------------------|--------------------|
| Salud mental/del comportamiento y servicios para pacientes ambulatorios para trastorno por abuso de sustancias | Sin costo después del deducible                 | No están cubiertos | Sí                 |
| Servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios (incluye terapia del habla, ocupacional y física)      | Sin costo después del deducible                 | No están cubiertos | Sí                 |

| Vista pediátrica                                | Su costo<br>(solo Proveedores dentro de la red) | Fuera de la red    | Sujeto a deducible |
|-------------------------------------------------|-------------------------------------------------|--------------------|--------------------|
| Examen de los ojos de rutina (1 visita por año) | Cubierto 100%                                   | No están cubiertos | No                 |
| Anteojos (monturas, 1 artículo por año)         | Cubierto 100%                                   | No están cubiertos | No                 |
| Lentes (por par)                                | Cubierto 100%                                   | No están cubiertos | No                 |

| Medicamentos recetados              | Su costo<br>(solo Proveedores dentro de la red) | Fuera de la red    | Sujeto a deducible |
|-------------------------------------|-------------------------------------------------|--------------------|--------------------|
| Genéricos*                          | Copago de \$20                                  | No están cubiertos | No                 |
| Medicamentos de marca preferidos    | Sin costo después del deducible                 | No están cubiertos | Sí                 |
| Medicamentos de marca no preferidos | Sin costo después del deducible                 | No están cubiertos | Sí                 |
| Medicamentos especializados         | Sin costo después del deducible                 | No están cubiertos | Sí                 |

\*Si el costo del medicamento genérico es menor que el copago, usted paga la menor cantidad.

La información que se muestra representa un Plan de costo compartido estándar. Nuestros planes no cubren todos los gastos de atención médica. Los beneficios cubiertos variarán por estado y son solo para proveedores dentro de la red. Para obtener detalles completos sobre beneficios, los miembros deberían revisar su Evidencia de cobertura y Lista de beneficios antes de recibir servicios. Puede haber exclusiones y limitaciones.

Si necesita ayuda para entender los términos que se usan arriba, consulte la página Palabras que se deben conocer en [Ambetter.SuperiorHealthPlan.com](http://Ambetter.SuperiorHealthPlan.com).





# Ambetter Essential Care 1 (2018)

+ **Vista** (nivel de bronce)

| <b>Vista pediátrica</b> (hasta los 19 años de edad) | <b>Su costo</b> (solo Proveedores dentro de la red) | <b>Fuera de la red</b> | <b>Sujeto a deducible</b> |
|-----------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|------------------------|---------------------------|
| Exámenes y anteojos:                                |                                                     |                        |                           |
| Examen de los ojos de rutina (1 visita por año)     | Cubierto 100%                                       | No están cubiertos     | No                        |
| Anteojos (monturas) (1 artículo por año)            | Cubierto 100%                                       | No están cubiertos     | No                        |
| Lentes (por par):                                   |                                                     |                        |                           |
| Simple                                              | Cubierto 100%                                       | No están cubiertos     | No                        |
| Bifocal                                             | Cubierto 100%                                       | No están cubiertos     | No                        |
| Trifocal                                            | Cubierto 100%                                       | No están cubiertos     | No                        |
| Lenticular                                          | Cubierto 100%                                       | No están cubiertos     | No                        |
| Lentes de contacto:                                 |                                                     |                        |                           |
| Lentes de contacto (en lugar de anteojos)           | Cubierto 100%                                       | No están cubiertos     | No                        |
| Ajuste de lentes de contacto                        | Cubierto 100%                                       | No están cubiertos     | No                        |
| Ajuste de lentes especializados                     | Cubierto 100%                                       | No están cubiertos     | No                        |

| <b>Vista para adultos</b> (19 años de edad y mayores*) | <b>Su costo</b> (solo Proveedores dentro de la red) | <b>Fuera de la red</b> | <b>Sujeto a deducible</b> |
|--------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|------------------------|---------------------------|
| Exámenes y anteojos:                                   |                                                     |                        |                           |
| Examen de los ojos de rutina (1 visita por año)        | Cubierto 100%                                       | No están cubiertos     | No                        |
| Anteojos (monturas) (1 artículo por año)               | Cubierto hasta \$130                                | No están cubiertos     | No                        |
| Lentes (por par):                                      |                                                     |                        |                           |
| Simple                                                 | Cubierto 100%                                       | No están cubiertos     | No                        |
| Bifocal                                                | Cubierto 100%                                       | No están cubiertos     | No                        |
| Trifocal                                               | Cubierto 100%                                       | No están cubiertos     | No                        |
| Lenticular                                             | Cubierto 100%                                       | No están cubiertos     | No                        |
| Lentes de contacto:                                    |                                                     |                        |                           |
| Lentes de contacto (en lugar de anteojos)              | Cubierto hasta \$130                                | No están cubiertos     | No                        |
| Ajuste de lentes de contacto                           | Cubierto 100%                                       | No están cubiertos     | No                        |
| Ajuste de lentes especializados                        | Cubierto hasta \$50                                 | No están cubiertos     | No                        |

\*El cuidado de la vista de rutina para adultos no aplica al máximo del plan.



### Declaración de no discriminación

Ambetter de Superior HealthPlan cumple con las leyes de derechos civiles federales aplicables y no discrimina basándose en la raza, color, origen nacional, edad, discapacidad, o sexo. Ambetter de Superior HealthPlan no excluye personas o las trata de manera diferente debido a su raza, color, origen nacional, edad, discapacidad, o sexo.

Ambetter de Superior HealthPlan:

- Proporciona ayuda y servicios gratuitos a las personas con discapacidad para que se comuniquen eficazmente con nosotros, tales como:
  - Intérpretes calificados de lenguaje de señas
  - Información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos)
- Proporciona servicios de idiomas a las personas cuyo idioma primario no es el inglés, tales como:
  - Intérpretes calificados
  - Información escrita en otros idiomas

Si necesita estos servicios, comuníquese con Ambetter de Superior HealthPlan a 1-877-687-1196 (Relay Texas/TTY: 1-800-735-2989).

Si considera que Ambetter de Superior HealthPlan no le ha proporcionado estos servicios, o en cierto modo le ha discriminado debido a su raza, color, origen nacional, edad, discapacidad o sexo, puede presentar una queja ante: Superior HealthPlan Appeal Department, 2100 South Interstate 35, Ste. 200, Austin, TX 78704, 1-877-687-1196 (Relay Texas/TTY: 1-800-735-2989), Fax 1-800-310-0943. Usted puede presentar una queja en persona, por correo, fax, o correo electrónico. Si necesita ayuda para presentar una queja, Ambetter de Superior HealthPlan está disponible para brindarle ayuda. También puede presentar una queja de violación a sus derechos civiles ante la Oficina de derechos civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos (U.S. Department of Health and Human Services), en forma electrónica a través del portal de quejas de la Oficina de derechos civiles, disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o por correo o vía telefónica llamando al: U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue SW., Room 509F, HHH Building, Washington, DC 20201, 1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD).

Los formularios de queja están disponibles en <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.



|                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
|--------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Spanish:</b>    | Si usted, o alguien a quien está ayudando, tiene preguntas acerca de Ambetter de Superior HealthPlan, tiene derecho a obtener ayuda e información en su idioma sin costo alguno. Para hablar con un intérprete, llame al 1-877-687-1196 (Relay Texas/TTY 1-800-735-2989).                                                            |
| <b>Vietnamese:</b> | Nếu quý vị, hay người mà quý vị đang giúp đỡ, có câu hỏi về Ambetter from Superior HealthPlan, quý vị sẽ có quyền được giúp và có thêm thông tin bằng ngôn ngữ của mình miễn phí. Để nói chuyện với một thông dịch viên, xin gọi 1-877-687-1196 (Relay Texas/TTY 1-800-735-2989).                                                    |
| <b>Chinese:</b>    | 如果您，或是您正在協助的對象，有關於 Ambetter from Superior HealthPlan 方面的問題，您有權利免費以您的母語得到幫助和訊息。如果要與一位翻譯員講話，請撥電話 1-877-687-1196 (Relay Texas/TTY 1-800-735-2989)。                                                                                                                                                                                      |
| <b>Korean:</b>     | 만약 귀하 또는 귀하가 돕고 있는 어떤 사람이 Ambetter from Superior HealthPlan 에 관해서 질문이 있다면 귀하는 그러한 도움과 정보를 귀하의 언어로 비용 부담없이 얻을 수 있는 권리가 있습니다. 그렇게 통역사와 얘기하기 위해서는 1-877-687-1196 (Relay Texas/TTY 1-800-735-2989) 로 전화하십시오.                                                                                                                             |
| <b>Arabic:</b>     | إذا كان لديك أو لدى شخص تساعد أسئلة حول Ambetter from Superior HealthPlan ، لديك الحق في الحصول على المساعدة والمعلومات الضرورية بلغتك من دون أية تكلفة. للتحدث مع مترجم اتصل بـ 1-877-687-1196 (Relay Texas/TTY 1-800-735-2989).                                                                                                    |
| <b>Urdu:</b>       | اگر Ambetter from Superior HealthPlan کے بارے میں آپ، یا جن کی آپ مدد کر رہے ہیں ان کے سوالات ہوں تو، آپ کو بلا معاوضہ اپنی زبان میں مدد اور معلومات حاصل کرنے کا حق ہے۔ کسی مترجم سے بات کرنے کے لیے، 1-877-687-1196 (Relay Texas/TTY 1-800-735-2989) پر کال کریں۔                                                                  |
| <b>Tagalog:</b>    | Kung ikaw, o ang iyong tinutulangan, ay may mga katanungan tungkol sa Ambetter from Superior HealthPlan, may karapatan ka na makakuha nang tulong at impormasyon sa iyong wika ng walang gastos. Upang makausap ang isang tagasalin, tumawag sa 1-877-687-1196 (Relay Texas/TTY 1-800-735-2989).                                     |
| <b>French:</b>     | Si vous-même ou une personne que vous aidez avez des questions à propos d'Ambetter from Superior HealthPlan, vous avez le droit de bénéficier gratuitement d'aide et d'informations dans votre langue. Pour parler à un interprète, appelez le 1-877-687-1196 (Relay Texas/TTY 1-800-735-2989).                                      |
| <b>Hindi:</b>      | आप या जिसकी आप मदद कर रहे हैं उनके, Ambetter from Superior HealthPlan के बारे में कोई सवाल हों, तो आपको बिना किसी खर्च के अपनी भाषा में मदद और जानकारी प्राप्त करने का अधिकार है। किसी दुभाषिये से बात करने के लिए 1-877-687-1196 (Relay Texas/TTY 1-800-735-2989) पर कॉल करें।                                                      |
| <b>Persian:</b>    | اگر شما، یا کسی که به او کمک می کنید سوالی در مورد Ambetter from Superior HealthPlan دارید، از این حق برخوردارید که کمک و اطلاعات را بصورت رایگان به زبان خود دریافت کنید. برای صحبت کردن با مترجم با شماره 1-877-687-1196 (Relay Texas/TTY 1-800-735-2989) تماس بگیرید.                                                             |
| <b>German:</b>     | Falls Sie oder jemand, dem Sie helfen, Fragen zu Ambetter from Superior HealthPlan hat, haben Sie das Recht, kostenlose Hilfe und Informationen in Ihrer Sprache zu erhalten. Um mit einem Dolmetscher zu sprechen, rufen Sie bitte die Nummer 1-877-687-1196 (Relay Texas/TTY 1-800-735-2989) an.                                   |
| <b>Gujarati:</b>   | જો તમને અથવા તમે જેમની મદદ કરી રહ્યા હોય તેમને, Ambetter from Superior HealthPlan વિશે કોઈ પ્રશ્ન હોય તો તમને, કોઈ ખર્ચ વિના તમારી ભાષામાં મદદ અને માહિતી પ્રાપ્ત કરવાનો અધિકાર છે. દુભાષિયા સાથે વાત કરવા માટે 1-877-687-1196 (Relay Texas/TTY 1-800-735-2989) ઉપર કોલ કરો.                                                         |
| <b>Russian:</b>    | В случае возникновения у вас или у лица, которому вы помогаете, каких-либо вопросов о программе страхования Ambetter from Superior HealthPlan вы имеете право получить бесплатную помощь и информацию на своем родном языке. Чтобы поговорить с переводчиком, позвоните по телефону 1-877-687-1196 (Relay Texas/TTY 1-800-735-2989). |
| <b>Japanese:</b>   | Ambetter from Superior HealthPlan について何かご質問がございましたらご連絡ください。ご希望の言語によるサポートや情報を無料でご提供いたします。通訳が必要な場合は、1-877-687-1196 (Relay Texas/TTY 1-800-735-2989) までお電話ください。                                                                                                                                                                         |
| <b>Laotian:</b>    | ຖ້າທ່ານ ຫຼືຄົນທີ່ທ່ານກຳລັງຊ່ວຍເຫຼືອ ມີຄຳຖາມກ່ຽວກັບ Ambetter from Superior HealthPlan, ທ່ານມີສິດທີ່ຈະໄດ້ຮັບການຊ່ວຍເຫຼືອແລະຂໍ້ມູນ ຂ່າວສານທີ່ເປັນພາສາຂອງທ່ານ ໂດຍບໍ່ມີຄ່າໃຊ້ຈ່າຍ. ເພື່ອຈະເວົ້າກັບນາຍພາສາ, ໃຫ້ໂທຫາ 1-877-687-1196 (Relay Texas/TTY 1-800-735-2989).                                                                       |