Resumen de beneficios y cobertura: Lo que cubre este plan y lo que usted paga por los servicios cubiertos **Periodo de cobertura: 01/01/2018-12/31/2018**

Ambetter from SilverSummit Healthplan : Ambetter Secure Care 1 (2018) with 3 Free PCP Visits **Cobertura para:** individual/familiar | **Tipo de plan:** HMO

El Resumen de beneficios y cobertura (SBC, por sus siglas en inglés) es un documento que le ayudará a elegir un plan **médico. El SBC le muestra cómo usted y el plan compartirían el costo de los servicios médicos cubiertos. NOTA: La información sobre el costo de este plan (llamada prima) se proporcionará aparte. Esto es solo un resumen.** Para más información sobre su cobertura, o para obtener una copia de los términos de cobertura completos, visita https://ambetter.SilverSummitHealthplan.com/2018-brochures.html, o llamar a 1-866-263-8134 (TTY/TDD 1-855-868-4945). Para una definición de los términos de uso común, como monto permitido, facturación del saldo, coseguro, copago, deducible, proveedor, u otros términos delineados consulte el glosario. Puede ver una copia del glosario en www.http://ambetter.celticarehealthplan.com o llamar a 877-687-1186, TTY/TDD 877-941-9234 para solicitar una copia.

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué es importante:
¿Cuál es el deducible general?	$1,000 individual/$2,000 familia.	Generalmente, usted debe pagar todos los costos de los proveedores hasta por el monto de deducible antes de que este plan comience a pagar. Si tiene otros miembros de la familia en el plan, cada miembro de la familia debe cumplir con sus propios individuales deducibles hasta el importe total de gastos deducibles pagados por todos los miembros de la familia conoce a la familia en general deducible.
¿Se cubre algún servicio antes de pagar todo el deducible?	Sí. Atención preventiva y medicamentos genéricos están cubiertos antes de que su deducible.	Este plan cubre algunos artículos y servicios, incluso si todavía no han satisfecho la cantidad deducible . Pero puede aplicar un copago o coseguro . Por ejemplo, este plan cubre algunos servicios preventivos sin gastos y antes de que su deducible. Ver una lista de los cubiertos servicios preventivos en https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/.
¿Hay algún otro deducible por servicios específicos?	Sí, familia de individuo / $1,000 $500 para cobertura de medicamentos recetados. Hay otros no específicos deducibles.	Usted debe pagar todos los costos para estos servicios hasta por el monto específico deducible antes de que este plan comience a pagar por estos servicios.
¿Cuál es el máximo en gastos directos del bolsillo de este plan?	Para red $6,350 individuo / $12,700 la familia. No, para no - proveedores de la red.	El límite de desembolso es lo máximo que podría pagar en un año por los servicios cubiertos. Si usted tiene otros miembros de la familia en este plan, tienen que cumplir con sus propios límites de desembolso hasta que el general familia límite de desembolso se ha encontrado.
¿Qué no incluye el desembolso máximo?	Primas, gastos saldo de facturación y atención de la salud este plan no cubre.	A pesar de que estos gastos no cuentan hacia el límite de la hacia fuera-de-bolsillo.
¿Pagará un poco menos si acude a un proveedor dentro de la red medica?	Sí. Encontrar un proveedor o llame al 1-866-263-8134 para una lista de proveedores de la red.	Este plan utiliza una red de proveedores. Pagas menos si usas un proveedor en la red del plan. Usted pagará más si utilizas un proveedor fuera de la red, y es posible que reciba una factura de un proveedor por la diferencia entre el cargo del proveedor y que su plan paga (balance de facturación). Ten en cuenta, su proveedor de red puede utilizar un proveedor fuera de la red para algunos servicios (tales como trabajo de laboratorio). Consulte con su proveedor antes de llegar a servicios.
¿Necesita un referido para ver a un especialista?	No.	Puedes ver el especialista que elige sin remisión.

Todos los costos de copago y coseguro que se indican en esta tabla son después de que se haya completado el deducible, si aplica un deducible.

Eventos médicos comunes	Servicios que podría necesitar	Lo que usted paga		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor en la red (Usted pagará lo mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará lo máximo)	
Si acude a la oficina o clínica de un proveedor de salud	Visita de atención primaria para tratar una lesión o enfermedad	Coseguro del 20%	No está cubierto	-----Ninguno-----
	Visita al especialista	Coseguro del 20%	No está cubierto	Autorización previa necesaria. Falta de autorización previa para cualquier servicio que requiera autorización previa puede resultar en negación de pago por el cuidado que de lo contrario podría estar cubierto.
	Atención preventiva/ examen colectivo/ vacuna	No hay costo	No está cubierto	-----Ninguno-----
Si se realiza un examen	Prueba diagnóstica (radiografía, análisis de sangre)	Coseguro del 20%	No está cubierto	Autorización previa necesaria.
	Estudios de imágenes (tomografía computarizada, estudio PET, resonancia magnética)	Coseguro del 20%	No está cubierto	Autorización previa necesaria.

Eventos médicos comunes	Servicios que podría necesitar	Lo que usted paga		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor en la red (Usted pagará lo mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará lo máximo)	
Si necesita medicamentos para tratar su enfermedad o infección. Hay más información disponible acerca de la cobertura de medicamentos con receta en Preferred Drug List	Medicamentos genéricos (Nivel 1)	Venta por menor: $10 Co-pago por/prescription; Correo: /prescription de Co-pagode $30; no se aplica deducible	No está cubierto	Medicamentos se proporcionan por menor de 31 días y hasta 90 días a través de correo. Correo pedidos están sujetos a cantidad de gastos por menor X 3.
	Medicamentos de marcas preferidas (Nivel 2)	Venta por menor: $25 Co-pago por/prescription; Correo: /prescription de copagode $75; Sujeto a deducible de Rx	No está cubierto	Autorización previa necesaria. A $500 individual/$1,000 familia Rxdeducible por marca preferida, marca no preferida y medicamentos de especialidad. Medicamentos con receta están previstas hasta 3 días 1 venta por menor y hasta días 90 a través de correo. Correo pedidos están sujetos a cantidad de gastos por menor X 3.
	Medicamentos de marcas no preferidas (Nivel 3)	Venta por menor: $75 copago/prescription; Correo: /prescription de copagode $225; Sujeto a deducible de Rx	No está cubierto	Autorización previa necesaria. A $500 individual/$1,000 familia Rxdeducible por marca preferida, marca no preferida y medicamentos de especialidad. Medicamentos con receta están previstas hasta 3 días 1 venta por menor y hasta días 90 a través de correo. Correo pedidos están sujetos a cantidad de gastos por menor X 3.
	Medicamentos especializados (Nivel 4)	Coseguro del 30%; Sujeto a deducible de Rx	No está cubierto	Autorización previa necesaria. A $500 individual/$1,000 familia Rxdeducible por marca preferida, marca no preferida y medicamentos de especialidad. Medicamentos con receta están previstas hasta 3 días 1 venta por menor y hasta días 90 a través de correo. Correo pedidos están sujetos a cantidad de gastos por menor X 3.
Si se somete a una operación ambulatoria	Cargo de instalaciones (p. ej., centro de cirugía ambulatoria)	Coseguro del 20%	No está cubierto	Autorización previa necesaria.
	Honorarios del médico/cirujano	Coseguro del 20%	No está cubierto	Autorización previa necesaria.
Si necesita atención médica inmediata	Atención en la sala de emergencias	Copago de $250/visit	Copago de $250/visit	-----Ninguno-----
	Transporte médico de emergencia	Coseguro del 20%	Coseguro del 20%	-----Ninguno-----

	Atención de urgencia	Coseguro del 20%	No está cubierto	-----Ninguno-----

Eventos médicos comunes	Servicios que podría necesitar	Lo que usted paga		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor en la red (Usted pagará lo mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará lo máximo)	
Si le hospitalizan	Cargo de instalaciones (p. ej., habitación de hospital)	Coseguro del 20%	No está cubierto	Autorización previa necesaria.
	Honorarios del médico/cirujano	Coseguro del 20%	No está cubierto	Autorización previa necesaria.
Si necesita servicios de salud mental, conductual o toxicomanías	Sevicios ambulatorios	Coseguro del 20%	No está cubierto	Autorización previa necesaria. (PCP y practicante de otras visitas no requieren autorización previa)
	Servicios internos	Coseguro del 20%	No está cubierto	Autorización previa necesaria.
Si está embarazada	Visitas al consultorio	Coseguro del 20%	No está cubierto	No se requiere autorización previa para entregas dentro del marco de tiempo estándar de 48/72 horas según La Norma Federal, pero se podría requerir para otros servicios. No corresponden costos compartidos para servicios preventivos. Dependiendo del tipo de servicios, podría corresponder coaseguro, deducible o copago. El cuidado de maternidad puede incluir pruebas y servicios descritos en algún otro lugar de la lista del SBC (es decir, ecografía).
	Servicios de parto profesionales	Coseguro del 20%	No está cubierto	No se requiere autorización previa para entregas dentro del marco de tiempo estándar de 48/72 horas según La Norma Federal, pero se podría requerir para otros servicios. No corresponden costos compartidos para servicios preventivos. Dependiendo del tipo de servicios, podría corresponder coaseguro, deducible o copago. El cuidado de maternidad puede incluir pruebas y servicios descritos en algún otro lugar de la lista del SBC (es decir, ecografía).
	Servicios de instalaciones de partos profesionales	Coseguro del 20%	No está cubierto	No se requiere autorización previa para entregas dentro del marco de tiempo estándar de 48/72 horas según La Norma Federal, pero se podría requerir para otros servicios. No corresponden costos compartidos para servicios preventivos. Dependiendo del tipo de servicios, podría corresponder coaseguro, deducible o copago. El

				cuidado de maternidad puede incluir pruebas y servicios descritos en algún otro lugar de la lista del SBC (es decir, ecografía).

Eventos médicos comunes	Servicios que podría necesitar	Lo que usted paga		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor en la red (Usted pagará lo mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará lo máximo)	
Si necesita ayuda recuperándose o tiene otras necesidades de salud especiales	Cuidado de la salud en el hogar	Coseguro del 20%	No está cubierto	Autorización previa necesaria. Ilimitado excepto por 1 servicio social consulta y consulta de 1 nutrición.
	Servicios de rehabilitación	Coseguro del 20%	No está cubierto	Autorización previa necesaria. 60 visitas por año.
	Servicios de habilitación	Coseguro del 20%	No está cubierto	Autorización previa necesaria. 60 visitas por período de beneficios.
	Cuidado de enfermería especializada	Coseguro del 20%	No está cubierto	Autorización previa necesaria. 100 días al año.
	Equipo médico duradero	Coseguro del 20%	No está cubierto	Autorización previa necesaria. 1 artículo cada tres 3 años.
	Servicios de cuidados paliativos o enfermos terminales	Coseguro del 20%	No está cubierto	Autorización previa necesaria. Limitado a 5 días por episodio.
Si su niño necesita servicios odontológicos o de la vista	Examen de la vista pediátrico	Copago de $0/visit; no se aplica deducible	No está cubierto	1 visita al año
	Anteojos para niños	Copago de $0/item; no se aplica deducible	No está cubierto	1 artículo al año
	Chequeo dental pediátrico	No está cubierto	No está cubierto	-----Ninguno-----

Servicios excluidos y otros servicios cubiertos

Servicios que su plan generalmente NO cubre (consulte el documento de su plan o póliza para encontrar más información y una lista de otros servicios excluidos.)

- Aborto (excepto en casos de violación, incesto, o cuando se pone en peligro la vida de la madre)
- Acupuntura
- Cuidado de rutina de la vista (adulto)
- Cuidados a largo plazo
- Cirugía estética
- Cuidado dental
- No es de emergencia cuidado al viajar fuera de Estados Unidos
- Programas de pérdida de peso

Otros servicios cubiertos (podrían aplicarse limitaciones a estos servicios. Esto no es una lista completa. Consulte el documento de su plan document.)		
• Audífonos (limitado a una sola adquisición de un tipo de audífono, incluyendo reparación y reemplazo, una vez cada tres 3 años) • Tratamiento quiropráctico	• Cirugía bariátrica (ver política para más detalles de la cobertura) • Enfermería privada	• Cuidado de los pies de rutina (relacionado al tratamiento de la diabetes) • Tratamiento de la infertilidad (véase política para los detalles de la cobertura)

Sus derechos a continuar con su cobertura Hay agencias que pueden ayudarle si desea continuar con su cobertura cuando esta termine. La información de contacto de estas agencias es: Nevada Division of Insurance, 3300 W. Sahara Ave., Suite 275, Las Vegas, Nevada 89102 1-888-872-3234. Podría tener también otras opciones de cobertura, como comprar cobertura de seguro individual a través del Mercado de Seguro Médico. Para más información acerca del Mercado, visite www.CuidadDeSalud.gov o llame al 1-800-318-2596.

Sus derechos para presentar quejas o apelaciones: Hay agencias que pueden ayudarle si tiene una queja contra su plan por negarle una reclamación. Esta queja se llama reclamo or apelación. Para más información acerca de sus derechos, consulte la explicación de beneficios que recibirá para este reclamo médico. Sus documentos del plan también incluirán información completa sobre cómo presentar un reclamo, apelación, o una queja a su plan por cualquier motivo.Para más información sobre sus derechos, esta notificación o para recibir asistencia, comuníquese con: Nevada Division of Insurance, 3300 W. Sahara Ave., Suite 275, Las Vegas, Nevada 89102 1-888-872-3234.

¿Este plan proporciona cobertura esencial mínima? Sí

Si no tiene cobertura esencial mínima durante un mes, tendrá que realizar un pago con su declaración de impuestos, a menos que califique para una exención del requisito de tener cobertura médica ese mes.

¿Este plan cumple con los estándares de valor mínimo? Sí

Si su plan no cumple con los estándares de valor mínimo, usted podría calificar para un crédito fiscal para las primas para ayudarle a pagar un plan a través del Mercado.

Servicios lingüísticos:

Spanish (Español): Para obtener asistencia en Español, llame al 1-866-263-8134, TTY/TDD 1-855-868-4945.
Tagalog (Tagalog): Kung kailangan ninyo ang tulong sa Tagalog tumawag sa 1-866-263-8134, TTY/TDD 1-855-868-4945.
Chinese (中文): 如果需要中文的帮助，请拨打这个号码 1-866-263-8134, TTY/TDD 1-855-868-4945.
Navajo (Dine): Dinek'ehgo shika at'ohwol ninisingo, kwiijigo holne 1-866-263-8134, TTY/TDD 1-855-868-4945.

————Para ver ejemplos de cómo este plan podría cubrir los costos de una situación médica hipotética, consulte la próxima sección.————

Acerca de los ejemplos de cobertura:

Este no es un estimador de costos. Los tratamientos ilustrados son ejemplos de cómo este plan podría cubrir atención médica. Los costos en sí serán diferentes, en función de la atención que termine recibiendo, los precios que cobren sus proveedores y dentro del plan. Utilice esta información para comparar la porción de los costos que usted tendría que pagar con otros planes médicos distintos. Tenga en mente que estos ejemplos de cobertura se basan solo en la cobertura individual

Peg está embarazada
(nueve meses de atención prenatal en la red y parto en el hospital)

- El deducible general del plan $1,000
- Especialista coseguro 20%
- Hospital (instalaciones) coseguro 20%
- Otro coseguro 20%

Este EJEMPLO incluye servicios como:
Visitas al especialista (atención prenatal)
Servicios de parto profesionales
Servicios de instalaciones de partos profesionales
Pruebas diagnósticas (sonogramas y análisis de sangre)
Visita al especialista (anestesia)

Costo total hipotético	**$12,800**

En este ejemplo, Peg pagaría:

Costo compartido	
Deductibles	$1,000
Copagos	$40
Coseguro	$2,500
Qué no está cubierto	
Límites o exclusiones	$60
El total que Peg pagaría es	**$3,600**

Control de la diabetes tipo 2 de Joe
(un año de atención en la red de rutina de una enfermedad bien manejada)

- El deducible general del plan $1,000
- Especialista coseguro 20%
- Hospital (instalaciones) coseguro 20%
- Otro coseguro 20%

Este EJEMPLO incluye servicios como:
Visitas al consultorio del médico primario (incluye sesiones informativas sobre la enfermedad)
Pruebas diagnósticas (análisis de sangre)
Medicamentos por recetas
Equipo médico duradero (medidor de glucosa)

Costo total hipotético	**$7,400**

En este ejemplo, Joe pagaría:

Costo compartido	
Deductibles*	$1,500
Copagos	$600
Coseguro	$600
Qué no está cubierto	
Límites o exclusiones	$60
El total que Joe pagaría es	**$2,760**

Fractura simple de Mia
(visita a la sala de emergencias dentro de la red y visitas de seguimiento)

- El deducible general del plan $1,000
- Especialista coseguro 20%
- Hospital (instalaciones) coseguro 20%
- Otro coseguro 20%

Este EJEMPLO incluye servicios como:
Sala de emergencias (incluye materiales médicos)
Prueba diagnóstica (radiografía)
Equipo médico duradero (muletas)
Servicios de rehabilitación (terapia física)

Costo total hipotético	**$1,900**

En este ejemplo, Mia pagaría:

Costo compartido	
Deductibles	$1,000
Copagos	$0
Coseguro	$400
Qué no está cubierto	
Límites o exclusiones	$0
El total que Mia pagaría es	**$1,400**

*Nota: Este plan tiene otros deducibles para servicios específicos incluidos en este ejemplo de cobertura. Consulte "¿Hay otros deducibles para servicios específicos?" fila arriba.

El plan sería responsable de los demás costos por estos servicios cubiertos en este EJEMPLO.

Statement of Non-Discrimination

Ambetter from SilverSummit 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 SilverSummit Healthplan does not exclude people or treat them differently because of race, color, national origin, age, disability, or sex.

Ambetter from SilverSummit 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 SilverSummit Healthplan at 1-866-263-8134 (TTY/TDD 1-855-868-4945).

If you believe that Ambetter from SilverSummit 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: Ambetter from SilverSummit Healthplan Appeals Unit, 2500 North Buffalo Drive, Suite 230, Las Vegas, NV 89128, 1-866-263-8134 (TTY/TDD 1-855-868-4945), Fax 1-855-252-0568. You can file a grievance in person or by mail, fax, or email. If you need help filing a grievance, Ambetter from SilverSummit 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*.

© 2017 SilverSummit Healthplan, Inc. All rights reserved.

Spanish:	Si usted, o alguien a quien está ayudando, tiene preguntas acerca de Ambetter de SilverSummit Healthplan, tiene derecho a obtener ayuda e información en su idioma sin costo alguno. Para hablar con un intérprete, llame al 1-866-263-8134 (TTY/TDD 1-855-868-4945).
Tagalog:	Kung ikaw, o ang iyong tinutulangan, ay may mga katanungan tungkol sa Ambetter from SilverSummit Healthplan, may karapatan ka na makakuha nang tulong at impormasyon sa iyong wika ng walang gastos. Upang makausap ang isang tagasalin, tumawag sa 1-866-263-8134 (TTY/TDD 1-855-868-4945).
Chinese:	如果您，或是您正在協助的對象，有關於 Ambetter from SilverSummit 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 1-866-263-8134 (TTY/TDD 1-855-868-4945)。
Korean:	만약 귀하 또는 귀하가 돕고 있는 어떤 사람이Ambetter from SilverSummit Healthplan 에 관해서 질문이 있다면 귀하는 그러한 도움과 정보를 귀하의 언어로 비용 부담없이 얻을 수 있는 권리가 있습니다. 그렇게 통역사와 얘기하기 위해서는1-866-263-8134 (TTY/TDD 1-855-868-4945) 로 전화하십시오..
Vietnamese :	Nếu quý vị, hay người mà quý vị đang giúp đỡ, có câu hỏi về Ambetter from SilverSummit 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 1-866-263-8134 (TTY/TDD 1-855-868-4945).
Amharic:	እርስዎ ወይም እርስዎ የሚርዱት ሰው ስለ Ambetter from SilverSummit Healthplan ማብር ጥያቄ ካለዎት ያለምንም ወጪ በቋንቋዎ ድጋፍ እንዲሁም መረጃ የማግኘት መብት አለዎት፣ ፧ አስተርጓሚ ለማነጋገር በ 1-866-263-8134 (TTY/TDD 1-855-868-4945) ይደውሉ፣ ፧
Thai:	หากท่านหรือผู้ที่ท่านให้ความช่วยเหลืออยู่ในขณะนี้มีคำถามเกี่ยวกับ Ambetter from SilverSummit Healthplan ท่านมีสิทธิ์ที่จะได้รับความช่วยเหลือและข้อมูลในภาษาของท่าน โดยไม่เสียค่าใช้จ่ายใด ๆ ทั้งสิ้น หากต้องการใช้บริการล่าม กรุณาโทรศัพท์ติดต่อที่หมายเลข 1-866-263-8134 (TTY/TDD 1-855-868-4945).
Japanese:	Ambetter from SilverSummit 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、1-866-263-8134 (TTY/TDD 1-855-868-4945) までお電話ください。
Arabic:	بـ ـاتـ صل مـ ترجم معـ لـ لـ تحدث .تـ كـ لـ فة أيـ ة دون من بـ لـ غ تك الـ ضروريـ ة والـ معـ لومات الـ مـ ساعدة عـ لى الـ حـ صول فـ ي الـ حق لـ ديـ ك ، حول أ سـ ئلة تـ ساعده شخص لـ دى أو لـ ديـ ك كـ ان ذا Ambetter from SilverSummit Healthplan 1-866-263-8134 (TTY/TDD 1-855-868-4945).
Russian :	В случае возникновения у вас или у лица, которому вы помогаете, каких-либо вопросов о программе страхования Ambetter from SilverSummit Healthplan вы имеете право получить бесплатную помощь и информацию на своем родном языке. Чтобы поговорить с переводчиком, позвоните по телефону 1-866-263-8134 (TTY/TDD 1-855-868-4945).
French :	Si vous-même ou une personne que vous aidez avez des questions à propos d'Ambetter from SilverSummit Healthplan, vous avez le droit de bénéficier gratuitement d'aide et d'informations dans votre langue. Pour parler à un interprète, appelez le 1-866-263-8134 (TTY/TDD 1-855-868-4945).
Persian:	ک ردن صحـ بت بـ راي کـ ـ ن يد دربـ اف ت خود زبـ ان بـ ه رايـ گان بـ صورت را اطلاعات و ک مک ک ه بـ رخورداريـ د حق اين از داريـ د، مورد در سؤالي ک ـ ن يد مي ک مک او بـ ه ک ه سي يـ ا شما، اگـ ر بـ گـ يريـ د تـ ماس 1-866-263-8134 (TTY/TDD 1-855-868-4945) شماره بـ ا مـ ترجم بـ ا
Samoan :	‘Āfai e iai ni au fesili, po‘o ni fesili fo‘i a se isi ‘o ‘e fesoasoani i ai, e uiga i le Ambetter from SilverSummit Healthplan, e iai lau āiā e sa‘ili ai ni fa‘amatalaga i lau lava gagana e aunoa ma se totogi. ‘A ‘e fia talanoa i se fa‘amatala‘upu, telefoni le 1-866-263-8134 (TTY/TDD 1-855-868-4945).
German:	Falls Sie oder jemand, dem Sie helfen, Fragen zu Ambetter from SilverSummit 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 1-866-263-8134 (TTY/TDD 1-855-868-4945) an.
Ilocano:	No dakayo, wenno ti tultulunganyo, ket addaan iti saludsod maipapan ti Ambetter from SilverSummit Healthplan, addaankayo iti karbengan nga agpatulong ken dumawat iti impormasyon a naiyulog iti lengguaheyo nga awanan ti bayad. Tapno makasarita iti tao a mangiyulog iti sabali nga lengguahe, umawag iti 1-866-263-8134 (TTY/TDD 1-855-868-4945).

© 2017 SilverSummit Healthplan, Inc. All rights reserved.