



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/2019-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, deductible, proveedor, u otros términos delineados consulte el glosario. Puede ver una copia del glosario en <https://www.healthcare.gov/sbc-glossary> o llamar a 1-866-263-8134 (TTY/TDD 1-855-868-4945) para solicitar una copia.

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué es importante:
¿Cuál es el <u>deductible</u> general?	\$0	Consulte la tabla de eventos médicos comunes debajo de los costes para este <u>plan</u> cubre los servicios.
¿Se cubre algún servicio antes de pagar todo el <u>deductible</u> ?	No hay ningún <u>deducible</u> .	No hay ningún <u>deducible</u> . Ver una lista de los cubiertos <u>servicios preventivos</u> en https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/ .
¿Hay algún otro <u>deductibles</u> por servicios específicos?	No.	No tienes que cubrir <u>deducibles</u> para servicios específicos.
¿Cuál es el máximo en gastos directos del bolsillo de este <u>plan</u> ?	No es aplicable.	Este <u>plan</u> no tiene un <u>límite hacia fuera del desembolso</u> en sus gastos.
¿Qué no incluye el <u>desembolso máximo</u> ?	No es aplicable.	Este <u>plan</u> no tiene un <u>límite hacia fuera del desembolso</u> en sus gastos.

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué es importante:
¿Pagará un poco menos si acude a un proveedor dentro de la red médica?	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](#) and [coseguro](#) que se indican en esta tabla son después de que se haya completado el [deductible](#) si aplica un [deductible](#).

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	No hay costo	No está cubierto	----Ninguno----
	Visita al especialista	No hay costo	No está cubierto	----Ninguno----
	Atención preventiva/ examen colectivo/ vacuna	No hay costo	No está cubierto	----Ninguno----
Si se realiza un examen	Prueba diagnóstica (radiografía, análisis de sangre)	No hay costo	No está cubierto	Puede requerirse autorización previa. Obtener autorización previa para cualquier servicio que requiera autorización previa puede ocasionar disminución de beneficios. Vea su póliza para obtener más detalles.
	Estudios de imágenes (tomografía computarizada, estudio PET, resonancia magnética)	No hay costo	No está cubierto	Puede requerirse autorización previa.

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 lista de medicamentos preferidos .	Medicamentos genéricos (Nivel 1)	No hay costo	No está cubierto	<u>Medicamentos</u> se proporcionan por menor de 31 días y hasta 90 días a través de correo.
	Medicamentos de marcas preferidas (Nivel 2)	No hay costo	No está cubierto	Puede requerirse autorización previa. <u>Medicamentos</u> se proporcionan hasta 31 días de venta por menor y hasta 90 días por orden de correo.
	Medicamentos de marcas no preferidas (Nivel 3)	No hay costo	No está cubierto	Puede requerirse autorización previa. <u>Medicamentos</u> se proporcionan hasta 31 días de venta por menor y hasta 90 días por orden de correo.
	<u>Medicamentos especializados</u> (Nivel 4)	No hay costo	No está cubierto	Puede requerirse autorización previa. <u>Medicamentos</u> se proporcionan hasta 31 días de venta por menor y hasta 90 días por orden de correo.
Si se somete a una operación ambulatoria	Cargo de instalaciones (p. ej., centro de cirugía ambulatoria)	No hay costo	No está cubierto	Puede requerirse autorización previa.
	Honorarios del médico/cirujano	No hay costo	No está cubierto	Puede requerirse autorización previa.

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 atención médica inmediata	<u>Atención en la sala de emergencias</u>	No hay costo	No hay costo	----Ninguno----
	<u>Transporte médico de emergencia</u>	No hay costo	No hay costo	----Ninguno----
	<u>Atención de urgencia</u>	No hay costo	No está cubierto	----Ninguno----
Si le hospitalizan	Cargo de instalaciones (p. ej., habitación de hospital)	No hay costo	No está cubierto	Puede requerirse autorización previa.
	Honorarios del médico/cirujano	No hay costo	No está cubierto	Puede requerirse autorización previa.
Si necesita servicios de salud mental, conductual o toxicomanías	Sevicios ambulatorios	No hay costo	No está cubierto	Puede requerirse autorización previa. (PCP y otras visitas de médico no requieren autorización previa)
	Servicios internos	No hay costo	No está cubierto	Puede requerirse autorización previa.

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 está embarazada	Visitas al consultorio	No hay costo	No está cubierto	Autorización previa no requerida para entregas dentro del plazo estándar por regulación federal, pero puede ser necesaria para otros servicios. <u>Gastos</u> no aplica para <u>servicios de prevención</u> . Dependiendo del tipo de servicios, puede aplicar <u>coaseguro</u> , <u>deductible</u> o <u>copago</u> . Atención de maternidad puede incluir pruebas y servicios que se describe en la CE (es decir, ultrasonido).
	Servicios de parto profesionales	No hay costo	No está cubierto	Autorización previa no requerida para entregas dentro del plazo estándar por regulación federal, pero puede ser necesaria para otros servicios. <u>Gastos</u> no aplica para <u>servicios de prevención</u> . Dependiendo del tipo de servicios, puede aplicar <u>coaseguro</u> , <u>deductible</u> o <u>copago</u> . Atención de maternidad puede incluir pruebas y servicios que se describe en la CE (es decir, ultrasonido).
	Servicios de instalaciones de partos profesionales	No hay costo	No está cubierto	Autorización previa no requerida para entregas dentro del plazo estándar por regulación federal, pero puede ser necesaria para otros servicios. <u>Gastos</u> no aplica para <u>servicios de prevención</u> . Dependiendo del tipo de servicios, puede aplicar <u>coaseguro</u> , <u>deductible</u> o <u>copago</u> . Atención de maternidad puede incluir pruebas y servicios que se describe en la CE (es decir, ultrasonido).

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	<u>Cuidado de la salud en el hogar</u>	No hay costo	No está cubierto	Puede requerirse autorización previa. Beneficio ilimitado excepto un servicio social médico consulta por curso de tratamiento; una consulta de nutrición por un certificado registrado dietista; y servicios de ayudante de salud solamente cuando reciben servicios de enfermería o terapia.
	<u>Servicios de rehabilitación</u>	No hay costo	No está cubierto	60 visitas por año.
	<u>Servicios de habilitación</u>	No hay costo	No está cubierto	60 visitas por año.
	<u>Cuidado de enfermería especializada</u>	No hay costo	No está cubierto	Puede requerirse autorización previa. 100 días al año.
	<u>Equipo médico duradero</u>	No hay costo	No está cubierto	Puede requerirse autorización previa. 1 artículo cada 3 años.
	<u>Servicios de cuidados paliativos o enfermos terminales</u>	No hay costo	No está cubierto	Puede requerirse autorización previa. Un límite de 5 días por episodio se aplica a los servicios de respiro y de duelo.
Si su niño necesita servicios odontológicos o de la vista	Examen de la vista pediátrico	No hay costo	No está cubierto	1 visita al año.
	Anteojos para niños	No hay costo	No está cubierto	1 punto por 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
- Cirugía estética
- Cuidado dental
- Cuidados a largo plazo
- No es de emergencia cuidado al viajar fuera de Estados Unidos
- Cuidado de rutina de la vista (adulto)
- 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.)

- Cirugía bariátrica (1 procedimiento por toda la vida)
- Tratamiento quiropráctico (a 20 consultas por año)
- Audífonos (limitado a una sola adquisición de un tipo de audífono, incluyendo reparación y reemplazo, una vez cada tres 3 años)
- Tratamiento de la infertilidad (véase política para los detalles de la cobertura)
- Enfermería privada
- Cuidado de los pies de rutina (relacionado al tratamiento de la diabetes)

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: Ambetter from Silver Summit Healthplan at 1-866-263-8134 (TTY/TDD 1-855-868-4945); 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?

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?

Si su [plan](#) [estándares de valor mínimo](#), usted podría calificar para un [crédito fiscal para las primas](#) para ayudarle a pagar un [plan](#) a través del [Mercado](#).

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, kwijigo 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 proveedores general del plan](#) \$0
- [Especialista coseguro](#) 0%
- [Hospital \(instalaciones\) coseguro](#) 0%
- [Otro coseguro](#) 0%

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	\$0
Copagos	\$0
Coseguro	\$0
Qué no está cubierto	
Límites o exclusiones	\$60
El total que Peg pagaría es	\$60

Control de la diabetes tipo 2 de Joe

(un año de atención en la red de rutina de una enfermedad bien manejada)

- [El proveedores general del plan](#) \$0
- [Especialista coseguro](#) 0%
- [Hospital \(instalaciones\) coseguro](#) 0%
- [Otro coseguro](#) 0%

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	\$0
Copagos	\$0
Coseguro	\$0
Qué no está cubierto	
Límites o exclusiones	\$60
El total que Joe pagaría es	\$60

Fractura simple de Mia

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

- [El proveedores general del plan](#) \$0
- [Especialista coseguro](#) 0%
- [Hospital \(instalaciones\) coseguro](#) 0%
- [Otro coseguro](#) 0%

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	\$0
Copagos	\$0
Coseguro	\$0
Qué no está cubierto	
Límites o exclusiones	\$0
El total que Mia pagaría es	\$0

El [plan](#) sería responsable de los demás costos por estos servicios cubiertos en este EJEMPLO.

Declaración de no discriminación

Ambetter de SilverSummit 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 SilverSummit Healthplan no excluye personas o las trata de manera diferente debido a su raza, color, origen nacional, edad, discapacidad, o sexo.

Ambetter de SilverSummit Healthplan:

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

Si necesita estos servicios, comuníquese con Ambetter de SilverSummit Healthplan a 1-866-263-8134 (TTY/TDD 1-855-868-4945).

Si considera que Ambetter de SilverSummit 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: Ambetter de SilverSummit Healthplan Appeals Unit, 2500 North Buffalo Drive, Suite 250, Las Vegas, NV 89128, 1-866-263-8134 (TTY/TDD 1-855-868-4945), Fax 1-855-742-0125. Usted puede presentar una queja por correo, fax, o correo electrónico. Si necesita ayuda para presentar una queja, Ambetter from SilverSummit 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>.



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 사람이 Ambetter from SilverSummit Healthplan에 관해서 질문이 있다면 귀하는 그러한 도움과 정보를 귀하의 언어로 비용 부담없이 얻을 수 있는 권리가 있습니다. 그렇게 통역사와 얘기하기 위해서는 1-866-263-8134 (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: አርስም ወደም አርስም የሚርችት ሰው ስለ Ambetter from SilverSummit Healthplan ዓይነት ብቻ ካልወጥ ያለምንም ወጪ በቅንቃዋሚ ይጠና እንዲሆኝም መረጃ የሚያገኙት መግቢት እንደሚከተሉ ነው፡፡ እኩተርጌማ ለማሳጂር በ 1-866-263-8134 (TTY/TDD 1-855-868-4945) ይደመና፡፡

Thai: หากท่านหรือผู้ที่ท่านให้ความช่วยเหลืออยู่ในขณะนี้มีคำถามเกี่ยวกับ Ambetter from SilverSummit Healthplan ท่านมีสิทธิ์ที่จะได้รับความช่วยเหลือและข้อมูลในภาษาของท่าน โดยไม่เสียค่าใช้จ่ายใด ๆ ทั้งสิ้น หากต้องการใช้บริการล่าม กรุณาโทรรหัสติดต่อที่หมายเลข 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。

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: کردن صد بیت پر رای که نزد دریافت خود زبان پر رای گان به صورت اطلاعات و مکالمه رخورداری دارد حق این از دارید، Ambetter from SilverSummit Healthplan مورد در سوالاتی که نزد می کمک او بده که کسی پاشما، اگر بگیرید تا ماس 1-866-263-8134 شماره با امترجم با

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 āia 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, wenko ti tultulunganyo, ket addaan iti saludsod maipapan ti Ambetter from SilverSummit Healthplan, addaankayo iti karbengan nga agpatulong ken dumawat iti impormasyon a naiyulog iti lengquaheyo nga awanan ti bayad. Tapno makasarita iti tao a mangiyulog iti sabali nga lengquahe, umawag iti 1-866-263-8134 (TTY/TDD 1-855-868-4945).