



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](#), [deducible](#), [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 deducible general?	\$2,625 individual/\$5,250 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. Servicios de atención preventiva , atención primaria, especialistas y visitas de la oficina de atención de urgencia , medicamentos de marca preferida y 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 costo-compartido 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 deducibles por servicios específicos?	No	No tienes que cubrir deducibles para servicios específicos.
¿Cuál es el máximo en gastos directos del bolsillo de este plan ?	Para red \$6,300 individuo / \$12,600 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 .

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué es importante:
¿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](#) 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	\$25 Copago /visit; no se aplica deducible	No está cubierto	----Ninguno----
	Visita al especialista	\$40 Copago /visit; no se aplica deducible	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)	\$25 de Copago para pacientes ambulatorios de laboratorio y servicios profesionales; no se aplica deducible ; 40% de Coseguro por radiografía y diagnóstico por imágenes	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)	40% de Coseguro	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)	Venta por menor: \$20 <u>Copago de/prescription</u> ; Correo: /prescription de <u>copago</u> de \$60; no se aplica <u>deducible</u>	No está cubierto	<u>Medicamentos</u> se proporcionan por menor de 31 días y hasta 90 días a través de correo. Correo pedidos están sujetos a cantidad de <u>gastos</u> por menor x 3.
	Medicamentos de marcas preferidas (Nivel 2)	Venta por menor: \$50 <u>Copago por/prescription</u> ; Correo: /prescription de <u>copago</u> de \$150; no se aplica <u>deducible</u>	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. Correo pedidos están sujetos a cantidad de <u>gastos</u> por menor x 3.
	Medicamentos de marcas no preferidas (Nivel 3)	40% de <u>Coseguro</u>	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. Correo pedidos están sujetos a cantidad de <u>gastos</u> por menor x 3.
	Medicamentos especializados (Nivel 4)	40% de <u>Coseguro</u>	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. Correo pedidos están sujetos a cantidad de <u>gastos</u> por menor x 3.
Si se somete a una operación ambulatoria	Cargo de instalaciones (p. ej., centro de cirugía ambulatoria)	40% de <u>Coseguro</u>	No está cubierto	Puede requerirse autorización previa.
	Honorarios del médico/cirujano	40% de <u>Coseguro</u>	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	Atención en la sala de emergencias	40% de <u>Coseguro</u>	40% de <u>Coseguro</u>	----Ninguno----
	Transporte médico de emergencia	40% de <u>Coseguro</u>	40% de <u>Coseguro</u>	----Ninguno----
	Atención de urgencia	\$75 <u>Copago por/visit</u> ; no se aplica <u>deducible</u>	No está cubierto	----Ninguno----
Si le hospitalizan	Cargo de instalaciones (p. ej., habitación de hospital)	40% de <u>Coseguro</u>	No está cubierto	Puede requerirse autorización previa.
	Honorarios del médico/cirujano	40% de <u>Coseguro</u>	No está cubierto	Puede requerirse autorización previa.
Si necesita servicios de salud mental, conductual o toxicomanías	Sevicios ambulatorios	\$20 <u>Copago de /office</u> visitar; no se aplica <u>deducible</u> ; 40% de <u>coseguro</u> para otros servicios	No está cubierto	Puede requerirse autorización previa. (PCP y otras visitas de médico no requieren autorización previa)
	Servicios internos	40% de <u>Coseguro</u>	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	\$20 <u>Copago</u> /visit; no se aplica <u>deducible</u>	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>deducible</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	40% de <u>Coseguro</u>	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>deducible</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	40% de <u>Coseguro</u>	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>deducible</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	Cuidado de la salud en el hogar	40% de Coseguro	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.
	Servicios de rehabilitación	40% de Coseguro	No está cubierto	60 visitas por año.
	Servicios de habilitación	40% de Coseguro	No está cubierto	60 visitas por año.
	Cuidado de enfermería especializada	40% de Coseguro	No está cubierto	Puede requerirse autorización previa. 100 días al año.
	Equipo médico duradero	40% de Coseguro	No está cubierto	Puede requerirse autorización previa. 1 artículo cada 3 años.
	Servicios de cuidados paliativos o enfermos terminales	40% de Coseguro	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](#).)

- | | | |
|--|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • Aborto (excepto en casos de violación, incesto, o cuando se pone en peligro la vida de la madre) • Acupuntura | <ul style="list-style-type: none"> • Cirugía estética • Cuidado dental • Cuidados a largo plazo | <ul style="list-style-type: none"> • 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) | • 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) | • Cuidado de los pies de rutina (relacionado al tratamiento de la diabetes) |
| • Tratamiento quiropráctico (a 20 consultas por año) | | • Enfermería privada | |

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 a'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](#) \$2,625
- [Especialista copago](#) \$40
- Hospital (instalaciones) [coseguro](#) 40%
- Otro [coseguro](#) 40%

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	\$1,900
Copagos	\$700
Coseguro	\$3,600
Qué no está cubierto	
Límites o exclusiones	\$60
El total que Peg pagaría es	\$6,260

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](#) \$2,625
- [Especialista copago](#) \$40
- Hospital (instalaciones) [coseguro](#) 40%
- Otro [coseguro](#) 40%

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	\$1,000
Copagos	\$1,900
Coseguro	\$700
Qué no está cubierto	
Límites o exclusiones	\$60
El total que Joe pagaría es	\$3,660

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

- El [proveedores](#) general del [plan](#) \$2,625
- [Especialista copago](#) \$40
- Hospital (instalaciones) [coseguro](#) 40%
- Otro [coseguro](#) 40%

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	\$100
Coseguro	\$700
Qué no está cubierto	
Límites o exclusiones	\$0
El total que Mia pagaría es	\$1,800

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 Healthplan 에 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:	እርስዎ ወይም እርስዎ የሚርዱት ሰው ስለ Ambetter from SilverSummit Healthplan ግብር ጥያቄ ካለዎት ያለምንም ወጪ በቋንቋዎ ድጋፍ እንዲሁም መረጃ የማግኘት መብት አለዎት፤ እስተርጓሚ ለማነጋገር በ 1-866-263-8134 (TTY/TDD 1-855-868-4945) ይደውሉ፤
Thai:	หากท่านหรือผู้ที่ท่านให้ความช่วยเหลืออยู่ในขณะนี้ มีคำถามเกี่ยวกับ 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:	ب- ات صل م ترجم مع ل ل تحدث بـ كل لغة أية دون من بـ لغ تلك ال ضرورية والم مع لومات المساعدة على الحصول في الحق لاديك ، Ambetter from SilverSummit Healthplan حول أمد نة تـ ساعده شخص لادى أو لاديك كان ذا 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 صد بت ب رای ک نید دریافت خود زبان به رایگان ب صورت را اطلاعات و کمک که ب ر خوردارید حق این از دارید، Ambetter from SilverSummit Healthplan مورد در سؤالی ک نید می کمک او به که ک سی یا شما، اگر ب گ یرید ت ماس 1-866-263-8134 (TTY/TDD 1-855-868-4945) شماره بام ترجم ب 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 tologi. ‘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 saludod 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).