



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.SuperiorHealthPlan.com/2020-brochures.html>, o llamar a 1-877-687-1196 (Relay Texas/TTY: 1-800-735-2989). 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 1-877-687-1196 (Relay Texas/TTY: 1-800-735-2989) para solicitar una copia.

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué es importante:
¿Cuál es el <u>deductible</u> general?	\$5,650 individual / \$11,300 Familia.	Por lo general, usted debe pagar todos los costos de los <u>proveedores</u> hasta el monto <u>deductible</u> antes de que este <u>plan</u> comience a pagar. Si usted tiene otros miembros de la familia en el <u>plan</u> , cada miembro de la familia debe cumplir con su propio <u>deductible</u> individual hasta que el monto total de los gastos <u>deductibles</u> pagados por todos los miembros de la familia cumpla con el <u>deductible</u> general de la familia.
¿Se cubre algún servicio antes de pagar todo el <u>deductible</u> ?	Sí. Los servicios de <u>atención preventiva</u> , atención primaria, <u>especialistas</u> y visitas a la oficina de <u>atención de urgencia</u> , examen de ojos y anteojos para niños, medicamentos genéricos y de marca preferida están cubiertos antes de cumplir con su <u>deductible</u> .	Este <u>plan</u> cubre algunos artículos y servicios incluso si aún no ha cumplido con la cantidad <u>deductible</u> . Pero puede aplicarse un <u>copago</u> o <u>coseguro</u> . Por ejemplo, este <u>plan</u> cubre ciertos <u>servicios preventivos</u> sin <u>costo compartido</u> y antes de que usted cumpla con su <u>deductible</u> . Consulte una lista de <u>los servicios preventivos cubiertos</u> en <a href="https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/">https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/</a> .
¿Hay algún otro <u>deductible</u> por servicios específicos?	No.	Usted no tiene que cumplir con los <u>deductibles</u> para servicios <u>específicos</u> .
¿Cuál es el máximo en gastos directos del bolsillo de este <u>plan</u> ?	Para <u>proveedores de red</u> : \$6,950 individual / \$13,900 Familia. No, para <u>proveedores</u> que no son de red.	El <u>límite de gastos de su bolsillo</u> es lo máximo que podría pagar en un año por los servicios cubiertos. Si usted tiene otros miembros de la familia en este <u>plan</u> , tienen que cumplir con sus propios <u>límites de su bolsillo</u> hasta que se haya cumplido con el <u>límite general de gastos de la familia</u> .
¿Qué no incluye el <u>desembolso máximo</u> ?	Primas, cargos por <u>facturación de saldo</u> y atención médica que este <u>plan</u> no cubre.	A pesar de que usted paga estos gastos, que don't contar para el <u>límite de bolsillo</u> .

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué es importante:
¿Pagará un poco menos si acude a un proveedor dentro de la red medica?	Sí. Consulte <a href="#">Buscar un proveedor</a> o llame 1-877-687-1196 para obtener una lista de proveedores de <a href="#">red</a> .	Este plan utiliza una <u>red de proveedores</u> . Usted pagará menos si utiliza un <u>proveedor en la red del plan</u> . Usted pagará más si utiliza un <u>proveedor fuera de la red</u> y puede recibir una factura de un <u>proveedor</u> por la diferencia entre el cargo <u>del proveedor</u> y lo que paga su <u>plan (facturación)</u> (saldo). Tenga en cuenta que el proveedor de <u>red</u> podría usar un <u>proveedor fuera de la red</u> para algunos servicios (como el trabajo de laboratorio). Consulte con su <u>proveedor</u> antes de recibir servicios.
¿Necesita un referido para ver a un especialista?	No.	Puede ver al <u>especialista</u> que elija sin <u>una referencia</u> .



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)	
<u>Si acude a la oficina o clínica de un proveedor de salud</u>	Visita de atención primaria para tratar una lesión o enfermedad	\$30 <u>Copago</u> / visita; <u>deductible</u> no se aplica	No cubierto	----Ninguno----
	Visita al <u>especialista</u>	\$60 <u>Copago</u> / visita; <u>deductible</u> no se aplica	No cubierto	----Ninguno----
	<u>Atención preventiva/ examen colectivo/ vacuna</u>	Sin cargo	No cubierto	----Ninguno----
<u>Si se realiza un examen</u>	<u>Prueba diagnóstica</u> (radiografía, análisis de sangre)	20% <u>Coseguro</u>	No cubierto	Es posible que se requiera autorización previa. Si no se obtiene una autorización previa para cualquier servicio que requiera autorización previa, puede resultar en una reducción de los beneficios. Consulte su política para obtener más detalles.
	Estudios de imágenes (tomografía computarizada, estudio PET, resonancia magnética)	20% <u>Coseguro</u>	No cubierto	Es posible que se requiera 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)	
<b>Si necesita medicamentos para tratar su enfermedad o infección.</b> Hay más información disponible acerca de la <a href="#">cobertura de medicamentos con receta en lista de medicamentos preferidos</a> .	Medicamentos genéricos (Nivel 1)	venta al por menor: \$10 <u>Copago / receta</u> ; Pedido por correo: \$25 <u>Copago / receta</u> ; <u>deducible</u> no se aplica	No cubierto	Se proporcionan <u>medicamentos recetados</u> hasta 30 días al por menor y hasta 90 días a través de la orden por correo. Los pedidos por correo están sujetos a 2.5x importe <u>de costo compartido</u> al por menor.
	Medicamentos de marcas preferidas (Nivel 2)	venta al por menor: \$55 <u>Copago / receta</u> ; Pedido por correo: \$137.50 <u>Copago / receta</u> ; <u>deducible</u> no se aplica	No cubierto	Es posible que se requiera autorización previa. Se proporcionan <u>medicamentos recetados</u> hasta 30 días al por menor y hasta 90 días a través de la orden por correo. Los pedidos por correo están sujetos a 2.5x importe <u>de costo compartido</u> al por menor.
	Medicamentos de marcas no preferidas (Nivel 3)	30% <u>Coseguro</u>	No cubierto	Es posible que se requiera autorización previa. Se proporcionan <u>medicamentos recetados</u> hasta 30 días al por menor y hasta 90 días a través de la orden por correo. Los pedidos por correo están sujetos a 2.5x importe <u>de costo compartido</u> al por menor.
	<u>Medicamentos especializados</u> (Nivel 4)	30% <u>Coseguro</u>	No cubierto	Es posible que se requiera autorización previa. Se proporcionan <u>medicamentos recetados</u> hasta 30 días al por menor y hasta 30 días a través de la orden por correo.
<b>Si se somete a una operación ambulatoria</b>	Cargo de instalaciones (p. ej., centro de cirugía ambulatoria)	20% <u>Coseguro</u>	No cubierto	Es posible que se requiera autorización previa.
	Honorarios del médico/cirujano	20% <u>Coseguro</u>	No cubierto	Es posible que se requiera 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>	20% <u>Coseguro</u>	20% <u>Coseguro</u>	----Ninguno----
	<u>Transporte médico de emergencia</u>	20% <u>Coseguro</u>	20% <u>Coseguro</u>	----Ninguno----
	<u>Atención de urgencia</u>	\$60 <u>Copago</u> / visita; deductible no se aplica	No cubierto	----Ninguno----
Si le hospitalizan	Cargo de instalaciones (p. ej., habitación de hospital)	20% <u>Coseguro</u>	No cubierto	Es posible que se requiera autorización previa.
	Honorarios del médico/cirujano	20% <u>Coseguro</u>	No cubierto	Es posible que se requiera autorización previa.
Si necesita servicios de salud mental, conductual o toxicomanías	Sevicios ambulatorios	\$30 <u>Copago</u> / visita a la oficina (no se aplica el deductible); 20% <u>Coseguro</u> para todos los demás servicios ambulatorios	No cubierto	Es posible que se requiera autorización previa. (Las visitas de PCP y otras visitas profesionales no requieren autorización previa)
	Servicios internos	20% <u>Coseguro</u>	No cubierto	Es posible que se requiera 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	\$30 <u>Copago</u> / visita; <u>deductible</u> no se aplica	No cubierto	No se requiere autorización previa para las entregas dentro del plazo estándar según la regulación federal, pero puede ser necesaria para otros servicios. <u>La distribución de costos</u> no se aplica a los <u>servicios preventivos</u> . Dependiendo del tipo de servicios, se pueden aplicar <u>coseguros, deducibles o copago</u> . La atención de la maternidad puede incluir pruebas y servicios descritos en otra parte del SBC (es decir, ultrasonido).
	Servicios de parto profesionales	20% <u>Coseguro</u>	No cubierto	No se requiere autorización previa para las entregas dentro del plazo estándar según la regulación federal, pero puede ser necesaria para otros servicios. <u>La distribución de costos</u> no se aplica a los <u>servicios preventivos</u> . Dependiendo del tipo de servicios, se pueden aplicar <u>coseguros, deducibles o copago</u> . La atención de la maternidad puede incluir pruebas y servicios descritos en otra parte del SBC (es decir, ultrasonido).
	Servicios de instalaciones de partos profesionales	20% <u>Coseguro</u>	No cubierto	No se requiere autorización previa para las entregas dentro del plazo estándar según la regulación federal, pero puede ser necesaria para otros servicios. <u>La distribución de costos</u> no se aplica a los <u>servicios preventivos</u> . Dependiendo del tipo de servicios, se pueden aplicar <u>coseguros, deducibles o copago</u> . La atención de la maternidad puede incluir pruebas y servicios descritos en otra parte del SBC (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>	20% <u>Coseguro</u>	No cubierto	Es posible que se requiera autorización previa. 60 visitas al año.
	<u>Servicios de rehabilitación</u>	20% <u>Coseguro</u>	No cubierto	35 visitas por año, combinadas con atención quiropráctica (el límite de visitas no se aplica al tratamiento o atención que se determina que es <u>médicamente necesario</u> como resultado y está relacionado con una lesión cerebral adquirida o con el tratamiento de retrasos en el desarrollo).
	<u>Servicios de habilitación</u>	20% <u>Coseguro</u>	No cubierto	35 visitas al año (el límite de visitas no se aplica al tratamiento de los retrasos en el desarrollo).
	<u>Cuidado de enfermería especializada</u>	20% <u>Coseguro</u>	No cubierto	Es posible que se requiera autorización previa. 25 Días al año.
	<u>Equipo médico duradero</u>	20% <u>Coseguro</u>	No cubierto	Es posible que se requiera autorización previa.
	<u>Servicios de cuidados paliativos o enfermos terminales</u>	20% <u>Coseguro</u>	No cubierto	Es posible que se requiera autorización previa.
	Examen de la vista pediátrico	Sin cargo	No cubierto	1 visita por año.
Si su niño necesita servicios odontológicos o de la vista	Anteojos para niños	Sin cargo	No cubierto	1 artículo por año.
	Chequeo dental pediátrico	No cubierto	No 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 cuando la vida de la madre está en peligro)
- Cirugía bariátrica
- Cuidado a largo plazo
- Odontólogos
- Acupuntura
- Cirugía estética
- Enfermería de servicio privado
- Programas de pérdida de peso
- Atención que no es de emergencia cuando se viaja fuera de los EE. UU.

Otros servicios cubiertos (podrían aplicarse limitaciones a estos servicios. Esto no es una lista completa. Consulte el documento de su [plan](#) document.)

- Audífonos (dos elementos por tres años)
- Cuidado quiropráctico (limitado a 35 visitas especializadas por año, combinadas con servicios de rehabilitación)
- Cuidado rutinario del pie (para el tratamiento de la diabetes)
- Tratamiento de la infertilidad (Cobertura solo para el diagnóstico de infertilidad)
- Cuidado de los ojos de rutina (adulto-una visita y un artículo por año. Se aplican límites en dólares.)

**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 Superior HealthPlan at 1-877-687-1196 (Relay Texas/TTY 1-800-735-2989); Texas Department of Insurance, 333 Guadalupe, Austin, TX 78701, Phone No. 1-800-578-4677. 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](http://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: Texas Department of Insurance, 333 Guadalupe, Austin, TX 78701, Phone No. 1-800-578-4677.

#### **¿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 estandares 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 877-687-1196, TTY/TDD 877-941-9237

Tagalog (Tagalog): Kung kailangan ninyo ang tulong sa Tagalog tumawag sa 877-687-1196, TTY/TDD 877-941-9237

Chinese (中文): 如果需要中文的帮助, 请拨打这个号码 877-687-1196, TTY/TDD 877-941-9237

Navajo (Dine): Dinek'ehgo shika a'ohwol ninisingo, kwijigo holne' 877-687-1196, TTY/TDD 877-941-9237

---

*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)

<a href="#">El proveedores general del plan</a>	\$5,650
<a href="#">Especialista copago</a>	\$60
<a href="#">Hospital (Instalaciones) coseguro</a>	20%
<a href="#">Otro coseguro</a>	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*)

<b>Costo total hipotético</b>	<b>\$12,800</b>
-------------------------------	-----------------

#### En este ejemplo, Peg pagaría:

Costo compartido	
Deductibles	\$4,500
Copagos	\$400
Coseguro	\$2,000
Qué no está cubierto	
Límites o exclusiones	\$60
<b>El total que Peg pagaría es</b>	<b>\$6,960</b>

### Control de la diabetes tipo 2 de Joe

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

<a href="#">El proveedores general del plan</a>	\$5,650
<a href="#">Especialista copago</a>	\$60
<a href="#">Hospital (Instalaciones) coseguro</a>	20%
<a href="#">Otro coseguro</a>	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*)

<b>Costo total hipotético</b>	<b>\$7,400</b>
-------------------------------	----------------

<b>Costo total hipotético</b>	<b>\$7,400</b>
-------------------------------	----------------

#### En este ejemplo, Joe pagaría:

Costo compartido	
Deductibles	\$1,500
Copagos	\$1,400
Coseguro	\$400
Qué no está cubierto	
Límites o exclusiones	\$60
<b>El total que Joe pagaría es</b>	<b>\$3,360</b>

### Fractura simple de Mia

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

<a href="#">El proveedores general del plan</a>	\$5,650
<a href="#">Especialista copago</a>	\$60
<a href="#">Hospital (Instalaciones) coseguro</a>	20%
<a href="#">Otro coseguro</a>	20%

#### Este EJEMPLO incluye servicios como:

Sala de emergencias (*incluye materiales médicos*)  
Prueba diagnóstica (*radiografía*)  
Equipo médico duradero (*muletas*)  
Servicios de rehabilitación (*terapia física*)

<b>Costo total hipotético</b>	<b>\$1,900</b>
-------------------------------	----------------

<b>Costo total hipotético</b>	<b>\$1,900</b>
-------------------------------	----------------

#### En este ejemplo, Mia pagaría:

Costo compartido	
Deductibles	\$1,300
Copagos	\$200
Coseguro	\$300
Qué no está cubierto	
Límites o exclusiones	\$0
<b>El total que Mia pagaría es</b>	<b>\$1,800</b>

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

### 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 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 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 Complaint Department, 5900 E Ben White Blvd., Austin, TX 78741, 1-877-687-1196 (Relay Texas/TTY: 1-800-735-2989), Fax 1-866-683-5369. Usted puede presentar una queja 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 from 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 듣고 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 تساعدك أستله جولن Ambetter from Superior HealthPlan ، لديك الحق في الحصول على المساعدة والمعلومات الضرورية ببلده من دون آية مكلفة. للتحدث مع مترجم اتصل بـ 1-877-687-1196 .(Relay Texas/TTY 1-800-735-2989)
<b>Urdu:</b>	اگر شما، یا کسی سے مدد کرنے والے اپ کے لئے اپنے سوالات پوچھنے کے لئے، اپ کو بلا محدود اپنی زبان میں مدد اور معلومات حاصل کرنے کا حق ہے۔ کسی مترجم سے بات کرنے کے لئے، 1-877-687-1196 (Relay Texas/TTY 1-800-735-2989) پر کل 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 हो, तो आपको विना किसी खर्च के अपनी भाषा में मदद और जानकारी प्राप्त करने का अधिकार है। किसी दुआविषय 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 کسک می کنید سوالی در مورد Ambetter from Superior HealthPlan دارید، از این حق برخوردارید که کسک و اطلاعات را بصورت رایگان به زبان خود دریافت کنید. برای صحبت کردن با شماره 1-877-687-1196 تاپس بگیرید.(Relay Texas/TTY 1-800-735-2989)
<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>	જે તમને અથવા તમે જેમની મદદ કરી રહ્યા હોય તેમને, Ambetter from Superior HealthPlan લિશે કોઈ પ્રશ્ન હોય તો તમને, કોઈ ખર્ચ વિના તમારી ભાષામાં મદદ અને માહિતી પ્રાપ્ત કરવાનો અધિકાર છે. ફક્ત આવા 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 ຫຼືລົງທຶນທີ່ບໍ່ໄດ້ກໍານົງຈຳວັງຈຸດລາຍເຫຼື່ອ ມີຄ່າງາມກ່ຽວຂ້ອງກັບ Ambetter from Superior HealthPlan, ທ່ານມີມີຜິດທີ່ຈະໄດ້ຮັບການຈຸດລາຍເຫຼື່ອແລະຂໍ້ມູນຂ່າຍການທີ່ບໍ່ປັນພາກຊາຂອງທ່ານ ໂດຍບໍ່ມີຄ່າໃຊ້ຊ່າງໆ. ເພື່ອລະວົ້າກໍາປັນນາຍຍາວິດ, ໃຫ້ທີ່ທ່ານ 1-877-687-1196 (Relay Texas/TTY 1-800-735-2989).