



El Resumen de beneficios y cobertura (SBC) lo ayudará a escoger un [plan](#) de salud. El SBC muestra cómo usted y el [plan](#) compartirían los costos de los servicios de atención médica cubiertos. **NOTA:** La información sobre el costo de este [plan](#) (denominado [prima](#)) se proporcionará por separado. Este es solo un resumen. Para obtener más información sobre su cobertura u obtener una copia de los términos completos de la cobertura, <https://ambetter-es.SilverSummitHealthplan.com/2021-brochures.html> o llamar al 1-866-263-8134 (TTY/TDD 1-855-868-4945). Para ver las definiciones de términos frecuentes, como [cantidad permitida](#), [facturación de saldo](#), [coseguro](#), [copago](#), [deducible](#), [proveedor](#) u otros términos subrayados, consulte el glosario. Puede consultar el glosario en <https://www.healthcare.gov/sbc-glossary> o llamar al 1-866-263-8134 (TTY/TDD 1-855-868-4945) para pedir una copia.

| Preguntas importantes                                                                         | Respuestas                                                                                                                                                             | Por qué es importante:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ¿Cuánto es el <a href="#">deducible</a> total?                                                | \$6,900 por individuo y \$13,800 por familia.                                                                                                                          | En general, debe pagar todos los costos de los <a href="#">proveedores</a> hasta la cantidad deducible antes de que este <a href="#">plan</a> comience a pagar. Si tiene otros familiares en el <a href="#">plan</a> , cada familiar debe satisfacer su propio <a href="#">deducible</a> individual hasta que la cantidad total de gastos <a href="#">deducibles</a> pagados por todos los familiares satisfagan el <a href="#">deducible</a> familiar total.                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| ¿Hay servicios cubiertos antes de alcanzar su <a href="#">deducible</a> ?                     | Sí. Servicios de <a href="#">atención preventiva</a> , exámenes de la vista y anteojos para niños están cubiertos antes de que llegue a su <a href="#">deducible</a> . | Este <a href="#">plan</a> cubre algunos productos y servicios aunque aún no haya alcanzado la cantidad del <a href="#">deducible</a> . Sin embargo, se podría aplicar un <a href="#">copago</a> o un <a href="#">coseguro</a> . Por ejemplo, este <a href="#">plan</a> cubre ciertos <a href="#">servicios preventivos</a> sin <a href="#">costos compartidos</a> antes de que alcance su <a href="#">deducible</a> . Consulte una lista de <a href="#">servicios preventivos</a> cubiertos en <a href="https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/">https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/</a>                                                                                                                              |
| ¿Hay otros <a href="#">deducibles</a> para servicios específicos?                             | No.                                                                                                                                                                    | No debe pagar <a href="#">deducibles</a> por servicios específicos.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| ¿Cuánto es el <a href="#">límite de gastos de bolsillo</a> para este <a href="#">plan</a> ?   | Para <a href="#">proveedores de la red</a> , \$6,900 por individuo y \$13,800 por familia. No es aplicable a los <a href="#">proveedores fuera de la red</a> .         | El <a href="#">límite de gastos de bolsillo</a> es lo máximo que puede pagar en un año por servicios cubiertos. Si tiene otros familiares en este <a href="#">plan</a> , ellos tienen que satisfacer sus propios <a href="#">límite de gastos de bolsillo</a> hasta que se haya satisfecho el <a href="#">límite de gastos de bolsillo</a> familiar total.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| ¿Qué es lo que no está incluido en el <a href="#">límite de gastos de bolsillo</a> ?          | <a href="#">Primas</a> , <a href="#">facturación de saldo</a> , y atención médica que este <a href="#">plan</a> no cubre.                                              | Aunque pague estos gastos, no cuentan para el <a href="#">límite de gastos del bolsillo</a> .                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| ¿Pagará menos si acude a un <a href="#">proveedor dentro de la red</a> ?                      | Sí. <a href="#">Encontrar un proveedor</a> o llame al 1-866-263-8134 (TTY/TDD 1-855-868-4945) para una lista de <a href="#">proveedores de la red</a> .                | Este <a href="#">plan</a> utiliza una <a href="#">red</a> de <a href="#">proveedores</a> . Pagará menos si usa un <a href="#">proveedor</a> que esté incluido en la <a href="#">red</a> del <a href="#">plan</a> . Pagará más si acude a un <a href="#">proveedor fuera de la red</a> , y es posible que reciba una factura de un <a href="#">proveedor</a> por la diferencia entre el cargo del <a href="#">proveedor</a> y lo que su <a href="#">plan</a> paga ( <a href="#">facturación de saldo</a> ). Tenga en cuenta que su <a href="#">proveedor dentro de la red</a> puede usar un <a href="#">proveedor fuera de la red</a> para algunos servicios (como análisis de laboratorio). Consulte con su <a href="#">proveedor</a> antes de recibir los servicios. |
| ¿Necesita una <a href="#">derivación</a> para atenderse con un <a href="#">especialista</a> ? | No.                                                                                                                                                                    | Puede ver al <a href="#">especialista</a> que usted elija sin una <a href="#">derivación</a> .                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |

 Todos los [copagos](#) y el [coseguro](#) que se muestran en este cuadro se aplican después de alcanzar su [deducible](#), si se aplica uno.

| Circunstancia médica común                                      | Servicios que podría necesitar                                                                                              | Lo que usted pagará                                 |                                                    | Limitaciones, excepciones y otra información importante                                                                                                                                                                                                                  |
|-----------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|----------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                                 |                                                                                                                             | Proveedor dentro de la red (Usted pagará el mínimo) | Proveedor fuera de la red (Usted pagará el máximo) |                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| Si acude al consultorio o clínica del <a href="#">proveedor</a> | Consulta con su médico de atención primaria para tratar una afección o lesión                                               | Sin cargo                                           | No cubierto                                        | -----Ninguno-----                                                                                                                                                                                                                                                        |
|                                                                 | Consulta con un <a href="#">especialista</a>                                                                                | Sin cargo                                           | No cubierto                                        | -----Ninguno-----                                                                                                                                                                                                                                                        |
|                                                                 | <a href="#">Atención preventiva/evaluación</a> /vacunas                                                                     | Sin cargo; <a href="#">deducible</a> no se aplica   | No cubierto                                        | Puede que tenga que pagar por servicios que no son preventivos. Pregunte a su <a href="#">proveedor</a> si los servicios necesarios son preventivos. Luego verifique por lo que su <a href="#">plan</a> pagará.                                                          |
| Si se realiza un examen                                         | <a href="#">Exámenes de diagnóstico</a> (radiografías, análisis de sangre)                                                  | Sin cargo                                           | No cubierto                                        | Puede que sea necesaria una autorización previa. Cubierto sin límite. Incapacidad para obtener autorización previa para cualquier servicio que requiera autorización previa puede ocasionar disminución de beneficios. Vea su póliza para obtener más detalles.          |
|                                                                 | Diagnóstico por imágenes (tomografía computarizada/tomografía por emisión de positrones, imágenes por resonancia magnética) | Sin cargo                                           | No cubierto                                        | Puede que sea necesaria una autorización previa. Cubierto sin límite.                                                                                                                                                                                                    |
|                                                                 | Medicamentos genéricos                                                                                                      | Retail: Sin cargo                                   | No cubierto                                        | Los <a href="#">medicamentos con receta</a> se proporcionan hasta por 30 días al por menor y hasta por 90 días por pedidos por correo. Los pedidos por correo están sujetos a una cantidad de <a href="#">costo compartido</a> de 2.5x del precio de venta al por menor. |
|                                                                 | Medicamentos de marca preferidos                                                                                            | Retail: Sin cargo                                   | No cubierto                                        | Puede que sea necesaria una autorización previa. Los <a href="#">medicamentos con receta</a> se proporcionan hasta por 30 días al por menor y hasta por 90 días por pedidos por correo. Los pedidos por correo están sujetos a una                                       |
|                                                                 | Medicamentos de marca no preferidos                                                                                         | Retail: Sin cargo                                   | No cubierto                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                          |

\* Para obtener más información sobre limitaciones y excepciones, consulte el documento del [plan](#) o de la póliza en <https://api.centene.com/EOC/2021/45142NV001.pdf>.

| Circunstancia médica común                                                                                                                                                                                                                   | Servicios que podría necesitar                            | Lo que usted pagará                                 |                                                    | Limitaciones, excepciones y otra información importante                                                                                                                         |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|----------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                                                                                                                                                                                                              |                                                           | Proveedor dentro de la red (Usted pagará el mínimo) | Proveedor fuera de la red (Usted pagará el máximo) |                                                                                                                                                                                 |
| <b>Si necesita un medicamento para tratar su enfermedad o condición médica.</b><br>Hay más información disponible sobre la <a href="#">cobertura de medicamentos con receta médica</a> en <a href="#">Lista de Medicamentos Preferidos</a> . |                                                           |                                                     |                                                    | cantidad de <a href="#">costo compartido</a> de 2.5x del precio de venta al por menor.                                                                                          |
|                                                                                                                                                                                                                                              | <a href="#">Medicamentos de especialidad</a>              | Retail: Sin cargo                                   | No cubierto                                        | Puede que sea necesaria una autorización previa. Los <a href="#">medicamentos con receta</a> se proporcionan hasta 30 días al por menor y hasta 30 días por pedidos por correo. |
| <b>Si le hacen una cirugía ambulatoria</b>                                                                                                                                                                                                   | Tarifa del centro (p. ej., centro de cirugía ambulatoria) | Sin cargo                                           | No cubierto                                        | Puede que sea necesaria una autorización previa. Cubierto sin límite.                                                                                                           |
|                                                                                                                                                                                                                                              | Tarifas del médico/cirujano                               | Sin cargo                                           | No cubierto                                        | Puede que sea necesaria una autorización previa. Cubierto sin límite.                                                                                                           |
| <b>Si necesita atención médica inmediata</b>                                                                                                                                                                                                 | <a href="#">Atención en la Sala de Emergencias</a>        | Sin cargo                                           | Sin cargo                                          | -----Ninguno-----                                                                                                                                                               |
|                                                                                                                                                                                                                                              | <a href="#">Transporte médico de emergencia</a>           | Sin cargo                                           | Sin cargo                                          | -----Ninguno-----                                                                                                                                                               |
|                                                                                                                                                                                                                                              | <a href="#">Atención de urgencia</a>                      | Sin cargo                                           | No cubierto                                        | -----Ninguno-----                                                                                                                                                               |
| <b>Si necesita hospitalización</b>                                                                                                                                                                                                           | Tarifa del centro (p. ej., habitación del hospital)       | Sin cargo                                           | No cubierto                                        | Puede que sea necesaria una autorización previa. Cubierto sin límite.                                                                                                           |
|                                                                                                                                                                                                                                              | Tarifas del médico/cirujano                               | Sin cargo                                           | No cubierto                                        | Puede que sea necesaria una autorización previa. Cubierto sin límite.                                                                                                           |

\* Para obtener más información sobre limitaciones y excepciones, consulte el documento del [plan](#) o de la póliza en <https://api.centene.com/EOC/2021/45142NV001.pdf>.

| Circunstancia médica común                                                              | Servicios que podría necesitar                        | Lo que usted pagará                                                                                   |                                                    | Limitaciones, excepciones y otra información importante                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|-----------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                                                         |                                                       | Proveedor dentro de la red (Usted pagará el mínimo)                                                   | Proveedor fuera de la red (Usted pagará el máximo) |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| <b>Si necesita servicios de salud mental, salud conductual o de abuso de sustancias</b> | Servicios para pacientes ambulatorios                 | Sin costo / visita al consultorio; Sin costo para todos los demás servicios como paciente ambulatorio | No cubierto                                        | Puede que sea necesaria una autorización previa. Cubierto sin límite. (PCP y otras visitas de médico no requieren autorización previa).                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|                                                                                         | Servicios para pacientes hospitalizados               | Sin cargo                                                                                             | No cubierto                                        | Puede que sea necesaria una autorización previa. Cubierto sin límite.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <b>Si está embarazada</b>                                                               | Visitas al consultorio                                | Sin cargo                                                                                             | No cubierto                                        | No se requiere Autorización previa para entregas dentro del marco de tiempo estándar según las normas federales, pero se puede requerir para otros servicios. El <a href="#">costo compartido</a> no aplica a <a href="#">servicios preventivos</a> , tales como evaluaciones de rutina prenatales y posnatales. Dependiendo del tipo de servicios, puede que aplique un <a href="#">coseguro</a> , <a href="#">deducible</a> o <a href="#">copago</a> . La atención por maternidad puede incluir las pruebas y servicios descritos en otro sitio en el SBC (por ej. ecografía). |
|                                                                                         | Servicios profesionales para el nacimiento y el parto | Sin cargo                                                                                             | No cubierto                                        | Puede que sea necesaria una autorización previa. Los <a href="#">costos compartidos</a> no aplican para <a href="#">servicios preventivos</a> . Dependiendo del tipo de servicios, puede que aplique un <a href="#">copago</a> , <a href="#">coseguro</a> o <a href="#">deducible</a> . La atención por maternidad puede incluir las pruebas y servicios descritos en otro sitio en el SBC (por ej. ecografía).                                                                                                                                                                  |
|                                                                                         | Servicios hospitalarios para el nacimiento y el parto | Sin cargo                                                                                             | No cubierto                                        | Puede que sea necesaria una autorización previa. Ilimitado con las siguientes excepciones: Limitado a 1 consulta de servicio social médico por curso de tratamiento y 1 consulta de nutrición.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                                                                                         | <a href="#">Atención médica en el hogar</a>           | Sin cargo                                                                                             | No cubierto                                        | Puede que sea necesaria una autorización previa. Los <a href="#">servicios de rehabilitación</a> con                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
|                                                                                         | <a href="#">Servicios de rehabilitación</a>           | Sin cargo                                                                                             | No cubierto                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |

\* Para obtener más información sobre limitaciones y excepciones, consulte el documento del [plan](#) o de la póliza en <https://api.centene.com/EOC/2021/45142NV001.pdf>.

| Circunstancia médica común                                                                 | Servicios que podría necesitar                                  | Lo que usted pagará                                 |                                                    | Limitaciones, excepciones y otra información importante                                                                                                                                                                                                                    |
|--------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|----------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                                                            |                                                                 | Proveedor dentro de la red (Usted pagará el mínimo) | Proveedor fuera de la red (Usted pagará el máximo) |                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <b>Si necesita servicios de recuperación o tiene otras necesidades especiales de salud</b> |                                                                 |                                                     |                                                    | hospitalización o ambulatoria se limitan a 120 visitas combinadas al año.                                                                                                                                                                                                  |
|                                                                                            | <a href="#">Servicios de habilitación</a>                       | Sin cargo                                           | No cubierto                                        | Puede que sea necesaria una autorización previa. Los <a href="#">servicios de habilitación</a> con hospitalización o ambulatoria se limitan a 120 visitas combinadas al año.                                                                                               |
|                                                                                            | <a href="#">Atención de enfermería especializada</a>            | Sin cargo                                           | No cubierto                                        | Puede que sea necesaria una autorización previa. Limitado a 100 días al año.                                                                                                                                                                                               |
|                                                                                            | <a href="#">Equipo médico duradero</a>                          | Sin cargo                                           | No cubierto                                        | Puede que sea necesaria una autorización previa. Los artículos comprados se limitan a 1 artículo cada 3 años.                                                                                                                                                              |
|                                                                                            | <a href="#">Servicios en un programa de cuidados paliativos</a> | Sin cargo                                           | No cubierto                                        | Puede que sea necesaria una autorización previa. Cubierto sin límite. La atención de alivio se limita a 5 días / visitas por 90 días por servicios de atención paliativa en el hogar y los servicios por pérdida se limitan a 5 sesiones de terapia de grupo por episodio. |
| <b>Si su hijo necesita servicios dentales o de la vista</b>                                | Examen de la vista para niños                                   | Sin costo; <a href="#">deducible</a> no se aplica   | No están cubiertos                                 | Limitado a 1 visita al año.                                                                                                                                                                                                                                                |
|                                                                                            | Anteojos para niños                                             | Sin costo; <a href="#">deducible</a> no se aplica   | No están cubiertos                                 | Limitado a 1 artículo al año.                                                                                                                                                                                                                                              |
|                                                                                            | Control dental para niños                                       | No están cubiertos                                  | No están cubiertos                                 | -----Ninguno-----                                                                                                                                                                                                                                                          |

#### Servicios excluidos y otros servicios cubiertos:

|                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                              |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Servicios que su <a href="#">Plan</a>, por lo general, NO cubre (consulte la póliza o documento del <a href="#">plan</a> para obtener más información y una lista de otros <a href="#">servicios excluidos</a>).</b> |                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                              |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Aborto (Excepto en casos de violación, incesto o cuando la vida de la madre está en peligro)</li> <li>• Acupuntura</li> <li>• Atención a largo plazo</li> </ul>                | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Atención de la vista de rutina (Adulto)</li> <li>• Atención dental</li> <li>• Cirugía estética</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cuidado que no es de emergencia al viajar fuera de Estado Unidos</li> <li>• Programas de pérdida de peso</li> </ul> |

\* Para obtener más información sobre limitaciones y excepciones, consulte el documento del [plan](#) o de la póliza en <https://api.centene.com/EOC/2021/45142NV001.pdf>.

**Otros servicios cubiertos (es posible que se apliquen limitaciones a estos servicios. Esta no es una lista completa. Consulte el documento del [plan](#)).**

- Audífonos (Limitado a 1 artículo cada 3 años.)
- Cirugía bariátrica (Limitado a 1 procedimiento de por vida.)
- Cuidado quiropráctico (Limitado a 20 visitas al año.)
- Cuidado rutinario de los pies (La cobertura está limitada a la atención de la diabetes solamente.)
- Servicio de enfermería privada
- Tratamiento de la infertilidad (Los servicios de inseminación artificial están limitados a 6 ciclos de por vida.)

**Su derecho a continuar con la cobertura:** Hay organismos que pueden ayudarlo si quiere mantener la cobertura después de que esta finalice. La información de contacto de esos organismos es: Ambetter from SilverSummit Healthplan a 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.. Es posible que haya otras opciones de cobertura disponibles para usted, como contratar una cobertura de seguro individual a través del [Mercado de Seguros Médicos](#). Para obtener más información sobre el [Mercado](#), visite [www.HealthCare.gov](http://www.HealthCare.gov) o llame al 1-800-318-2596.

**Su derecho a presentar una queja o una apelación:** Hay organismos que pueden ayudarlo si tiene una queja contra su [plan](#) por la denegación de una [reclamación](#). Esta queja se denomina [queja](#) formal o [apelación](#). Para obtener más información sobre sus derechos, consulte la explicación de beneficios que recibirá por dicha [reclamación](#) médica. Los documentos de su [plan](#) también dan toda la información para presentar una [reclamación](#), una [apelación](#) o una [queja formal](#) por cualquier motivo a su [plan](#). Para obtener más información sobre sus derechos, sobre este aviso o si necesita ayuda, 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**

La [cobertura esencial mínima](#) generalmente incluye [planes](#), [seguros médicos](#) disponibles a través del [Mercado](#) u otras pólizas de mercado individuales, Medicare, Medicaid, CHIP, TRICARE y otras coberturas específicas. Si usted es elegible para determinados tipos de [cobertura esencial mínima](#), tal vez no sea elegible para el [crédito fiscal para primas del plan](#).

### **¿Cumple este plan el valor mínimo estándar? Sí**

Si su [plan](#) no cumple con el [valor mínimo estándar](#), es posible que cumpla con los requisitos para recibir un [crédito fiscal para primas del plan](#) que lo ayudará a pagar un [plan](#) en el [Mercado](#).

### **Servicio de acceso a idiomas:**

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 de ejemplo, consulte la siguiente sección.*

## Acerca de estos ejemplos de cobertura:



**Esta no es una herramienta de cálculo de costos.** Los tratamientos que se muestran son solo ejemplos de cómo puede este [plan](#) cubrir la atención médica. Sus costos reales pueden variar según el tratamiento real que reciba, los precios que sus [proveedores](#) cobren y muchos otros factores. Fíjese en las cantidades de [costo compartido](#) ([deducibles](#), [copagos](#) y [coseguro](#)) y en los [servicios excluidos](#) por el [plan](#). Use esta información para comparar la parte de los costos que podría pagar con los distintos [planes médicos](#). Tenga presente que estos ejemplos de cobertura se basan solo en una cobertura individual.

### Peg va a tener un bebé

(9 meses de atención prenatal dentro de la red y parto en el hospital)

|                                                                 |         |
|-----------------------------------------------------------------|---------|
| ■ El <a href="#">deducible</a> general del <a href="#">plan</a> | \$6,900 |
| ■ <a href="#">Especialista copago</a>                           | \$0     |
| ■ Hospital (establecimiento) <a href="#">copago</a>             | \$0     |
| ■ Otro <a href="#">coseguro</a>                                 | 0%      |

Este EJEMPLO de evento incluye servicios como:

Visitas al consultorio del [especialista](#) (atención prenatal)  
 Servicios profesionales para el nacimiento y el parto  
 Servicios hospitalarios para el nacimiento y el parto  
[Exámenes de diagnóstico](#) (ecografías y análisis de sangre)  
 Consulta con un [especialista](#) (anestesia)

|                                |                 |
|--------------------------------|-----------------|
| <b>Costo total del ejemplo</b> | <b>\$12,700</b> |
|--------------------------------|-----------------|

En este ejemplo, Peg pagaría:

| Costo compartidos                  |                |
|------------------------------------|----------------|
| <a href="#">Deducibles</a>         | \$6,900        |
| <a href="#">Copagos</a>            | \$0            |
| <a href="#">Coseguro</a>           | \$0            |
| Lo que 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 de rutina dentro de la red de una condición bien controlada)

|                                                                 |         |
|-----------------------------------------------------------------|---------|
| ■ El <a href="#">deducible</a> general del <a href="#">plan</a> | \$6,900 |
| ■ <a href="#">Especialista copago</a>                           | \$0     |
| ■ Hospital (establecimiento) <a href="#">copago</a>             | \$0     |
| ■ Otro <a href="#">coseguro</a>                                 | 0%      |

Este EJEMPLO de evento incluye servicios como:

Visitas en el consultorio del [médico de atención primaria](#) (incluye la educación sobre enfermedades)  
[Exámenes de diagnóstico](#) (análisis de sangre)  
[Medicamentos con receta médica](#)  
[Equipo médico duradero](#) (glucómetro)

|                                |                |
|--------------------------------|----------------|
| <b>Costo total del ejemplo</b> | <b>\$5,600</b> |
|--------------------------------|----------------|

En este ejemplo, Joe pagaría:

| Costo compartidos                  |                |
|------------------------------------|----------------|
| <a href="#">Deducibles</a>         | \$5,400        |
| <a href="#">Copagos</a>            | \$0            |
| <a href="#">Coseguro</a>           | \$0            |
| Lo que no está cubierto            |                |
| Límites o exclusiones              | \$20           |
| <b>El total que Joe pagaría es</b> | <b>\$5,420</b> |

### Fractura simple de Mia

(visita a la Sala de Emergencias dentro de la red y atención de seguimiento)

|                                                                 |         |
|-----------------------------------------------------------------|---------|
| ■ El <a href="#">deducible</a> general del <a href="#">plan</a> | \$6,900 |
| ■ <a href="#">Especialista copago</a>                           | \$0     |
| ■ Hospital (establecimiento) <a href="#">copago</a>             | \$0     |
| ■ Otro <a href="#">coseguro</a>                                 | 0%      |

Este EJEMPLO de evento incluye servicios como:

[Atención en la Sala de Emergencias](#) (incluye suministros médicos)  
[Exámenes de diagnóstico](#) (radiografías)  
[Equipo médico duradero](#) (muletas)  
[Servicios de rehabilitación](#) (fisioterapia)

|                                |                |
|--------------------------------|----------------|
| <b>Costo total del ejemplo</b> | <b>\$2,800</b> |
|--------------------------------|----------------|

En este ejemplo, Mia pagaría:

| Costo compartidos                  |                |
|------------------------------------|----------------|
| <a href="#">Deducibles</a>         | \$2,800        |
| <a href="#">Copagos</a>            | \$0            |
| <a href="#">Coseguro</a>           | \$0            |
| Lo que no está cubierto            |                |
| Límites o exclusiones              | \$0            |
| <b>El total que Mia pagaría es</b> | <b>\$2,800</b> |

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



|                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
|---------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Spanish:</b>     | 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).                                                                                 |
| <b>Tagalog:</b>     | Kung ikaw, o ang iyong tinutulungan, 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).                                                          |
| <b>Chinese:</b>     | 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)。                                                                                                                                                                                                           |
| <b>Korean:</b>      | 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.                                                                                                                                                  |
| <b>Vietnamese :</b> | 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).                                                                         |
| <b>Amharic:</b>     | እርስዎ ወይም እርስዎ የሚርዳችሁ ሰው ስለ Ambetter from SilverSummit Healthplan ግብ ጥያቄ ካለዎት ያለምንም ወጪ በቋንቋዎ ድጋፍ እንዲሁም መረጃ የማግኘት መብት አለዎት፤ ፡ እስተርጓሚ ለማግኘት በ 1-866-263-8134 (TTY/TDD 1-855-868-4945) ይደውሉ፤                                                                                                                                                              |
| <b>Thai:</b>        | หากท่านหรือผู้ที่ท่านให้ความช่วยเหลืออยู่ในขณะนี้มีความเกี่ยวข้องกับ Ambetter from SilverSummit Healthplan ท่านมีสิทธิที่จะได้รับความช่วยเหลือและข้อมูลในภาษาของท่าน โดยไม่เสียค่าใช้จ่ายใด ๆ ทั้งสิ้น หากต้องการใช้บริการล่าม กรุณาโทรศัพท์ติดต่อที่หมายเลข 1-866-263-8134 (TTY/TDD 1-855-868-4945).                                                 |
| <b>Japanese:</b>    | 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。                                                                                                                                                                                              |
| <b>Arabic:</b>      | ب - انا ص لم ترجم مع ل ل تحدث. ب لة كة أوة دون من ب لة لك ال ضرورية والمعة لومات المساعدة على الحصول في الحق ل دونك ، Ambetter from SilverSummit Healthplan حول أمة لة تة ساعدة شخص ل دي أو ل دونك كان ذا 1-866-263-8134 (TTY/TDD 1-855-868-4945).                                                                                                    |
| <b>Russian :</b>    | 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).                      |
| <b>French :</b>     | 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).                                                           |
| <b>Persian:</b>     | ب - گ یرو د ت ملس 1-866-263-8134 (TTY/TDD 1-855-868-4945) شماره ب ا م ترجم ب ا ک ر دن ص د ب ت ب رای ک ن د یرو یخ ت خود ز ب ن ب یه رایو ب گن ب صورت را اطلاعات و ک مک ک به ب ر خور داری د حق او ن از داری د ، Ambetter from SilverSummit Healthplan مورد در موالی ک ن د ی م ی ک مک او ب یه ک مک ی ب ا شما، اگر                                         |
| <b>Samoan :</b>     | ‘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 totagi. ‘A ‘e fia talanoa i se fa’amatala’upu, telefoni le 1-866-263-8134 (TTY/TDD 1-855-868-4945).                                        |
| <b>German:</b>      | 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.                                                        |
| <b>Ilocano:</b>     | No dakayo, wenna 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). |

### 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 de 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>.