



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 <b>deducible</b> total?	\$0	Consulte la tabla de Circunstancias médicas comunes abajo para conocer los costos de los servicios que cubre este <b>plan</b> .
¿Hay servicios cubiertos antes de alcanzar su <b>deducible</b> ?	Sí, excepto la Marca preferida (Nivel 2), Marca no preferida (Nivel 3) y <b>medicamentos de especialidad</b> (Nivel 4).	Este <b>plan</b> cubre algunos artículos y servicios incluso si todavía no llega al monto del <b>deducible</b> , pero podría aplicarse un <b>copago</b> o <b>coseguro</b> . Por ejemplo, este <b>plan</b> cubre ciertos <b>servicios preventivos</b> sin <b>costos compartidos</b> y antes de que llegue a su <b>deducible</b> . Vea la lista de los <b>servicios preventivos</b> cubiertos en <a href="https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/">https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/</a> .
¿Hay otros <b>deducibles</b> para servicios específicos?	Sí, \$1,500 persona / \$3,000 familia para cobertura de medicamentos de venta con receta. No hay ningún otro <b>deducible</b> específico.	Antes de que este <b>plan</b> empiece a pagar por estos servicios, usted debe pagar todos los costos de estos servicios hasta la cantidad del <b>deducible</b> específico.
¿Cuánto es el <b>límite de gastos de bolsillo</b> para este <b>plan</b> ?	Para <b>proveedores de la red</b> , \$6,750 por individuo y \$13,500 por familia. No es aplicable a los <b>proveedores fuera de la red</b> .	El <b>límite de gastos de bolsillo</b> es lo máximo que puede pagar en un año por servicios cubiertos. Si tiene otros familiares en este <b>plan</b> , ellos tienen que satisfacer sus propios <b>límite de gastos de bolsillo</b> hasta que se haya satisfecho el <b>límite de gastos de bolsillo</b> familiar total.
¿Qué es lo que no está incluido en el <b>límite de gastos de bolsillo</b> ?	<b>Primas</b> , <b>facturación de saldo</b> , y atención médica que este <b>plan</b> no cubre.	Aunque pague estos gastos, no cuentan para el <b>límite de gastos del bolsillo</b> .
¿Pagará menos si acude a un <b>proveedor dentro de la red</b> ?	Sí. <b>Encontrar un proveedor</b> o llame al 1-866-263-8134 (TTY/TDD 1-855-868-4945) para una lista de <b>proveedores de la red</b> .	Este <b>plan</b> utiliza una <b>red</b> de <b>proveedores</b> . Pagará menos si usa un <b>proveedor</b> que esté incluido en la <b>red</b> del <b>plan</b> . Pagará más si acude a un <b>proveedor fuera de la red</b> , y es posible que reciba una factura de un <b>proveedor</b> por la diferencia entre el cargo del <b>proveedor</b> y lo que su <b>plan</b> paga ( <b>facturación de saldo</b> ). Tenga en cuenta que su <b>proveedor dentro de la red</b> puede usar un <b>proveedor fuera de la red</b> para algunos servicios (como análisis de laboratorio). Consulte con su <b>proveedor</b> 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	\$30 <a href="#">Copago</a> / visita	No cubierto	Visitas virtuales de Ambetter Health cubiertas a \$0, <a href="#">proveedores</a> cubiertos en su totalidad.
	Consulta con un <a href="#">especialista</a>	\$60 <a href="#">Copago</a> / visita	No cubierto	-----Ninguno-----
	<a href="#">Atención preventiva/evaluación</a> /vacunas	Sin cargo	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)	\$40 <a href="#">Copago</a> / prueba para servicios ambulatorios y profesionales de laboratorio (no se aplica <a href="#">deducible</a> ); 50% <a href="#">Coseguro</a> para rayos X e imágenes diagnósticas	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)	50% <a href="#">Coseguro</a>	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/2021/45142NV003.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> Hay más información disponible sobre la <a href="#">cobertura de receta médica</a> en <a href="#">Lista de Medicamentos Preferidos</a> .	Medicamentos genéricos	Al por menor: \$30 <a href="#">Copago</a> / receta	No cubierto	Los <a href="#">medicamentos con receta</a> se proporcionan hasta por 30 días al por menor y hasta 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	Al por menor: 50% <a href="#">Coseguro</a> ; sujeto al <a href="#">deducible</a> de medicamentos Rx	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 cantidad de <a href="#">costo compartido</a> de 2.5x del precio de venta al por menor. <a href="#">Deducible</a> de \$1,500 persona / \$3,000 familia por fármaco de venta con receta por marca preferida, marca no preferida y <a href="#">medicamentos especializados</a> .
	Medicamentos de marca no preferidos	Al por menor: 50% <a href="#">Coseguro</a> ; sujeto al <a href="#">deducible</a> de medicamentos Rx	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. <a href="#">Deducible</a> de \$1,500 persona / \$3,000 familia por fármaco de venta con receta por marca preferida, marca no preferida y <a href="#">medicamentos especializados</a> .
	<a href="#">Medicamentos de especialidad</a>	Al por menor: 50% <a href="#">Coseguro</a> ; sujeto al <a href="#">deducible</a> de medicamentos Rx	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. <a href="#">Deducible</a> de \$1,500 persona / \$3,000 familia por fármaco de venta con receta por marca preferida, marca no preferida y <a href="#">medicamentos especializados</a> .
<b>Si le hacen una cirugía ambulatoria</b>	Tarifa del centro (p. ej., centro de cirugía ambulatoria)	50% <a href="#">Coseguro</a>	No cubierto	Puede que sea necesaria una autorización previa. Cubierto sin límite.
	Tarifas del médico/cirujano	50% <a href="#">Coseguro</a>	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/2021/45142NV003.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)	
Si necesita atención médica inmediata	<a href="#">Atención en la Sala de Emergencias</a>	50% <a href="#">Coseguro</a>	50% <a href="#">Coseguro</a> ; <a href="#">deducible</a> no se aplica	-----Ninguno-----
	<a href="#">Transporte médico de emergencia</a>	50% <a href="#">Coseguro</a>	50% <a href="#">Coseguro</a> ; <a href="#">deducible</a> no se aplica	-----Ninguno-----
	<a href="#">Atención de urgencia</a>	\$50 <a href="#">Copago</a> / visita	No cubierto	-----Ninguno-----
Si necesita hospitalización	Tarifa del centro (p. ej., habitación del hospital)	50% <a href="#">Coseguro</a>	No cubierto	Puede que sea necesaria una autorización previa. Cubierto sin límite.
	Tarifas del médico/cirujano	50% <a href="#">Coseguro</a>	No cubierto	Puede que sea necesaria una autorización previa. Cubierto sin límite.
Si necesita servicios de salud mental, salud conductual o de abuso de sustancias	Servicios para pacientes ambulatorios	<a href="#">Copago</a> de \$30 / visita al consultorio; <a href="#">Coseguro</a> del 50% 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	50% <a href="#">Coseguro</a>	No cubierto	Puede que sea necesaria una autorización previa. Cubierto sin límite.
Si está embarazada	Visitas al consultorio	\$30 <a href="#">Copago</a> / visita	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	50% <a href="#">Coseguro</a>	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
	Servicios hospitalarios para el nacimiento y el parto	50% <a href="#">Coseguro</a>	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/2021/45142NV003.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)	
				maternidad puede incluir las pruebas y servicios descritos en otro sitio en el SBC (por ej. ecografía).
<b>Si necesita servicios de recuperación o tiene otras necesidades especiales de salud</b>	<a href="#">Atención médica en el hogar</a>	50% <a href="#">Coseguro</a>	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="#">Servicios de rehabilitación</a>	50% <a href="#">Coseguro</a>	No cubierto	Puede que sea necesaria una autorización previa. Los <a href="#">servicios de rehabilitación</a> con hospitalización o ambulatoria se limitan a 120 visitas combinadas al año.
	<a href="#">Servicios de habilitación</a>	50% <a href="#">Coseguro</a>	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>	50% <a href="#">Coseguro</a>	No cubierto	Puede que sea necesaria una autorización previa. Limitado a 100 días al año.
	<a href="#">Equipo médico duradero</a>	50% <a href="#">Coseguro</a>	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>	50% <a href="#">Coseguro</a>	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	No están cubiertos	Limitado a 1 visita al año.
	Anteojos para niños	Sin costo	No están cubiertos	Limitado a 1 artículo al año.
	Control dental para niños	No están cubiertos	No están cubiertos	-----Ninguno-----

\* Para obtener más información sobre limitaciones y excepciones, consulte el documento del [plan](#) o de la póliza en <https://api.centene.com/EOC/2021/45142NV003.pdf>.

**Servicios excluidos y otros servicios cubiertos:**

**Servicios que su [Plan](#), por lo general, NO cubre (consulte la póliza o documento del [plan](#) para obtener más información y una lista de otros [servicios excluidos](#)).**

- Aborto (Excepto en casos de violación, incesto o cuando la vida de la madre está en peligro)
- Atención a largo plazo
- Cuidado que no es de emergencia al viajar fuera de Estado Unidos
- Acupuntura
- Cirugía estética
- Programas de pérdida de peso

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

- Atención de la vista de rutina (Adulto-una visita y un artículo al año. Se aplican límites de dólares.)
- Cirugía bariátrica (Limitado a 1 procedimiento de por vida.)
- Servicio de enfermería privada
- Atención dental (Adulto-se aplican límites anuales de visitas y artículos. Límite anual de US \$1,000 al año.)
- Cuidado quiropráctico (Limitado a 20 visitas al año.)
- Tratamiento de la infertilidad (Los servicios de inseminación artificial están limitados a 6 ciclos de por vida.)
- Audífonos (Limitado a 1 artículo cada 3 años.)
- Cuidado rutinario de los pies (La cobertura está limitada a la atención de la diabetes solamente.)

**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, kwiiigo 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 [deducible](#) general del [plan](#) \$0
- [Especialista copago](#) \$60
- Hospital (establecimiento) [coseguro](#) 50%
- Otro [coseguro](#) 50%

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)

**Costo total del ejemplo \$12,700**

En este ejemplo, Peg pagaría:

Costo compartidos	
<a href="#">Deducibles</a>	\$0
<a href="#">Copagos</a>	\$500
<a href="#">Coseguro</a>	\$4,400
Lo que no está cubierto	
Límites o exclusiones	\$60
<b>El total que Peg pagaría es</b>	<b>\$4,960</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 [deducible](#) general del [plan](#) \$0
- [Especialista copago](#) \$60
- Hospital (establecimiento) [coseguro](#) 50%
- Otro [coseguro](#) 50%

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)

**Costo total del ejemplo \$5,600**

En este ejemplo, Joe pagaría:

Costo compartidos	
<a href="#">Deducibles</a>	\$0
<a href="#">Copagos</a>	\$600
<a href="#">Coseguro</a>	\$1,400
Lo que no está cubierto	
Límites o exclusiones	\$20
<b>El total que Joe pagaría es</b>	<b>\$2,020</b>

**Fractura simple de Mia**  
(visita a la Sala de Emergencias dentro de la red y atención de seguimiento)

- El [deducible](#) general del [plan](#) \$0
- [Especialista copago](#) \$60
- Hospital (establecimiento) [coseguro](#) 50%
- Otro [coseguro](#) 50%

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)

**Costo total del ejemplo \$2,800**

En este ejemplo, Mia pagaría:

Costo compartidos	
<a href="#">Deducibles</a>	\$0
<a href="#">Copagos</a>	\$200
<a href="#">Coseguro</a>	\$1,200
Lo que no está cubierto	
Límites o exclusiones	\$0
<b>El total que Mia pagaría es</b>	<b>\$1,400</b>

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



FROM



<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 동역사와 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 ግዢ ጥያቄ ካለዎት ያለምንም ወጪ በቋንቋዎ ድጋፍ እንዲሁም መረጃ የማግኘት መብት አለዎት፡፡ እስተርጓሚ ለማገዳገር በ 1-866-263-8134 (TTY/TDD 1-855-868-4945) ይደውሉ፡፡
<b>Thai:</b>	หากท่านหรือผู้ที่ท่านให้ความช่วยเหลืออยู่ในขณะนี้มีความเกี่ยวข้องกับ Ambetter from SilverSummit Healthplan ท่านมีสิทธิ์ที่จะได้รับความช่วยเหลือและข้อมูลในภาษาของท่าน 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- ات صل م ترجم مع ل تحدث ب كل فة أو فة دون من ب لغك الا ضرورية والسم لومات المساعدة على الحصول ف في الحق ل دوك ، Ambetter from SilverSummit Healthplan حول أم ذلة ت ساعدة شخص ل دى أو ل دوك 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- ر دن ص د ب ت ب راي ك ن د ي د ر ي ف ت خ و د ز ي ان ب ب راي ب گ ن ب ب صورت را ا ط ل ا ع ت و ك م ك ب ب ر خ و ر د ا ر ي و د ح ق ا و ن ا ز د ا ر د ب ، Ambetter from SilverSummit Healthplan ب و ر د د ر م و ا ل ي ك ن د ي م ي ك م ك ا و ب ب ك ه ك م ي ي ا ش م ا ، ا گ ر ب ب گ ي ر و د ت م ل س 1-866-263-8134 (TTY/TDD 1-855-868-4945) ش م ل ر ه ب ا م ت ر ج م ب ا
<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'ilili ai ni fa'amatalaga i lau lava gagana e aunoa ma se tofogi. '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, wenno ti tultulunganyo, ket addaan iti saludsod maipapan ti Ambetter from SilverSummit Healthplan, addaankayo iti karbengan nga agpatulong ken dumawat iti impormasyon a naiyulog iti lengguaheyo nga awanan ti bayad. Tapno makasarita iti tao a mangiyulog iti sabali nga lengguahe, umawag iti 1-866-263-8134 (TTY/TDD 1-855-868-4945).

### 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>.