



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/2022-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](#), [deductible](#), [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="#">deductible</a> total?	\$1,500 por individuo y \$3,000 por familia.	En general, debe pagar todos los costos de los <a href="#">proveedores</a> hasta la cantidad <a href="#">deductible</a> 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="#">deductible</a> individual hasta que la cantidad total de gastos <a href="#">deductibles</a> pagados por todos los familiares satisfagan el <a href="#">deductible</a> familiar total.
¿Hay servicios cubiertos antes de alcanzar su <a href="#">deductible</a> ?	Sí. Visitas al consultorio para servicios de <a href="#">atención preventiva</a> , atención primaria, <a href="#">especialista</a> y de <a href="#">atención de urgencia</a> , exámenes de la vista y anteojos para niños, análisis de laboratorio, medicamentos genéricos y de marca preferida están cubiertos antes de que llegue a su <a href="#">deductible</a> .	Este <a href="#">plan</a> cubre algunos artículos y servicios incluso si todavía no llega al monto del <a href="#">deductible</a> , pero podría aplicarse un <a href="#">copago</a> o <a href="#">coseguro</a> . Por ejemplo, este <a href="#">plan</a> cubre ciertos <a href="#">servicios preventivos</a> sin <a href="#">costos compartidos</a> y antes de que llegue a su <a href="#">deductible</a> . Vea la lista de los <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="#">deductibles</a> para servicios específicos?	Sí, \$3,800 persona / \$7,600 familia para cobertura de medicamentos de venta con receta. No hay ningún otro <a href="#">deductible</a> específico.	Antes de que este <a href="#">plan</a> empiece a pagar por estos servicios, usted debe pagar todos los costos de estos servicios hasta la cantidad del <a href="#">deductible</a> específico.
¿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> , \$8,700 por individuo y \$17,400 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 proveedor dentro de la red?	Sí. <a href="https://ambetter.silversummithealthplan.com/findadoc">https://ambetter.silversummithealthplan.com/findadoc</a> o llame al 1-866-263-8134 (TTY/TDD 1-855-868-4945) para una lista de proveedores de la red.	Este <u>plan</u> utiliza una <u>red de proveedores</u> . Pagará menos si usa un <u>proveedor</u> que esté incluido en la <u>red</u> del <u>plan</u> . Pagará más si acude a un <u>proveedor fuera de la red</u> , y es posible que reciba una factura de un <u>proveedor</u> por la diferencia entre el cargo del <u>proveedor</u> y lo que su <u>plan</u> paga ( <u>facturación de saldo</u> ). Tenga en cuenta que su <u>proveedor dentro de la red</u> puede usar un <u>proveedor fuera de la red</u> para algunos servicios (como análisis de laboratorio). Consulte con su <u>proveedor</u> antes de recibir los servicios.
¿Necesita una <u>derivación</u> para atenderse con un <u>especialista</u> ?	No.	Puede ver al <u>especialista</u> que usted elija sin una <u>derivación</u> .



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 proveedor	Consulta con su médico de atención primaria para tratar una afección o lesión	\$40 <u>Copago</u> / visita; <u>deducible</u> no se aplica	No cubierto	Las visitas de atención virtual sin límite recibidas de Telesalud de Ambetter están cubiertas sin ningún cargo, los proveedores están cubiertos en su totalidad, los deducibles no se aplican.
	Consulta con un <u>especialista</u>	\$125 <u>Copago</u> / visita; <u>deducible</u> no se aplica	No cubierto	Cubierto sin límite.
	<u>Atención preventiva/evaluación</u> /vacunas	Sin cargo; <u>deducible</u> no se aplica	No cubierto	Puede que tenga que pagar por servicios que no son preventivos. Pregunte a su <u>proveedor</u> si los servicios necesarios son preventivos. Luego verifique por lo que su <u>plan</u> pagará.
Si se realiza un examen	<u>Exámenes de diagnóstico</u> (radiografías, análisis de sangre)	\$60 <u>Copago</u> / prueba; <u>deducible</u> no se aplica para laboratorio y servicios profesionales  50% <u>Coseguro</u> para rayos X e imágenes de diagnóstico  50% <u>Coseguro</u> para servicios de laboratorio y profesionales e imágenes de diagnóstico y	No cubierto	Puede que sea necesaria una autorización previa. Cubierto sin límite. Otros lugares pueden incluir Hospital, Sala de emergencias o Centro ambulatorio.  El no obtener autorización previa para un servicio que requiere autorización previa resultará en la denegación de los beneficios. Consulte su póliza para obtener más detalles.

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)	
		rayos X en otros lugares de servicio		
	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.
Si necesita un medicamento para tratar su enfermedad o condición médica. Hay más información disponible sobre la <a href="#">cobertura de medicamentos con receta médica</a> en <a href="https://ambetter.silversummithealthplan.com/2022formulary">https://ambetter.silversummithealthplan.com/2022formulary</a> .	Medicamentos genéricos (Nivel1)	Vendedor genérico preferido: \$5 <a href="#">Copago</a> / receta; <a href="#">deducible</a> no se aplica  Vendedor genérico: \$35 <a href="#">Copago</a> / receta; <a href="#">deducible</a> no se aplica	No cubierto	Es posible que se requiera la autorización previa. Los medicamentos recetados se suministran hasta por 30 días en los establecimientos de venta al por menor y hasta por 90 días a través de pedidos por correo. Los pedidos por correo están sujetos a un <a href="#">costo compartido</a> de 2.5 veces la cantidad de venta al por menor.
	Medicamentos de marca preferidos (Nivel 2)	Al por menor: \$195 <a href="#">Copago</a> / receta; <a href="#">deducible</a> no se aplica	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.
	Medicamentos de marca no preferidos (Nivel 3)	Al por menor: \$250 <a href="#">Copago</a> / receta; 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="#">Deductible</a> de \$3,800 persona / \$7,600 familia por fármaco de venta con receta por marca preferida, marca no preferida y <a href="#">medicamentos especializados</a> .

\*Para obtener más información sobre limitaciones y excepciones, consulte el documento del [plan](#) o de la póliza en <https://api.centene.com/eoc/2022/45142NV003.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)	
	<u>Medicamentos de especialidad</u> (Nivel 4)	Al por menor: 50% <u>Coseguro</u> ; sujeto al <u>deductible</u> de medicamentos Rx	No cubierto	Puede que sea necesaria una autorización previa. Los <u>medicamentos con receta</u> se proporcionan hasta 30 días al por menor y hasta 30 días por pedidos por correo. <u>Deductible</u> de \$3,800 persona / \$7,600 familia por fármaco de venta con receta por marca preferida, marca no preferida y <u>medicamentos especializados</u> .
Si le hacen una cirugía ambulatoria	Tarifa del centro (p. ej., centro de cirugía ambulatoria)	50% <u>Coseguro</u>	No cubierto	Puede que sea necesaria una autorización previa. Cubierto sin límite.
	Tarifas del médico/cirujano	50% <u>Coseguro</u>	No cubierto	Puede que sea necesaria una autorización previa. Cubierto sin límite.
Si necesita atención médica inmediata	<u>Atención en la Sala de Emergencias</u>	\$2,500 <u>Copago</u> / visita (\$1,250 <u>Copago</u> / visita por centro; \$1,250 <u>Copago</u> / visita por honorarios del médico)	\$2,500 <u>Copago</u> / visita (\$1,250 <u>Copago</u> / visita por centro; \$1,250 <u>Copago</u> / visita por honorarios del médico)	Cubierto sin límite.
	<u>Transporte médico de emergencia</u>	50% <u>Coseguro</u>	50% <u>Coseguro</u>	Cobertura sin límite. Nota: No se requiere la autorización previa para el transporte de emergencia, sin embargo, todo transporte que no sea de emergencia requiere autorización previa.
	<u>Atención de urgencia</u>	\$60 <u>Copago</u> / visita; <u>deductible</u> no se aplica	No cubierto	Cubierto sin límite.
Si necesita hospitalización	Tarifa del centro (p. ej., habitación del hospital)	<u>Copago</u> de \$3,000 por día	No cubierto	Puede que sea necesaria una autorización previa. Cubierto sin límite.
	Tarifas del médico/cirujano	Sin cargo; <u>deductible</u> no se aplica	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/2022/45142NV003.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 servicios de salud mental, salud conductual o de abuso de sustancias</b>	Servicios para pacientes ambulatorios	<u>Copago</u> de \$40/visita al consultorio ( <u>deductible</u> no se aplica); <u>Coseguro</u> de 50% para otros servicios ambulatorios	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	<u>Copago</u> de \$3,000 por día	No cubierto	Puede que sea necesaria una autorización previa. Cubierto sin límite.
<b>Si está embarazada</b>	Visitas al consultorio	\$40 <u>Copago</u> / visita; <u>deductible</u> no se aplica	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 <u>costo compartido</u> no aplica a <u>servicios preventivos</u> , tales como evaluaciones de rutina prenatales y posnatales. Dependiendo del tipo de servicios, puede que aplique un <u>coseguro</u> , <u>deductible</u> o <u>copago</u> . 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; <u>deductible</u> no se aplica	No cubierto	Puede que sea necesaria una autorización previa. Los <u>costos compartidos</u> no aplican para <u>servicios preventivos</u> . Dependiendo del tipo de servicios, puede que aplique un <u>copago</u> , <u>coseguro</u> o <u>deductible</u> . 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	<u>Copago</u> de \$3,000 por día	No cubierto	

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 servicios de recuperación o tiene otras necesidades especiales de salud	<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	Es posible que se requiera la autorización previa. Los <a href="#">servicios de rehabilitación</a> para pacientes hospitalizados y ambulatorios están limitados a una combinación de 120 visitas por año. Nota: Los límites no aplican cuando se proporciona para un diagnóstico de trastorno de salud mental/uso de sustancias
	<a href="#">Servicios de habilitación</a>	50% <a href="#">Coseguro</a>	No cubierto	Es posible que se requiera la autorización previa. Los <a href="#">servicios de rehabilitación</a> para pacientes hospitalizados y ambulatorios están limitados a un total de 120 visitas por año combinadas. Nota: Los límites de la terapia de rehabilitación no aplican cuando se proporciona para un diagnóstico de trastorno de salud mental/uso de sustancias.
	<a href="#">Atención de enfermería especializada</a>	<a href="#">Copago</a> de \$3,000 por día	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	Es posible que se requiera la autorización previa. Ilimitado excepto por lo siguiente: el cuidado de relevo está limitado a 5 días/visitas por 90 días de hospicio en casa y los servicios de duelo están limitados a 5 sesiones de terapia de grupo por episodio.

\*Para obtener más información sobre limitaciones y excepciones, consulte el documento del [plan](#) o de la póliza en <https://api.centene.com/eoc/2022/45142NV003.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 su hijo necesita servicios dentales o de la vista	Examen de la vista para niños	Sin costo; <u>deducible</u> no se aplica	No están cubiertos	Limitado a 1 visita al año.
	Anteojos para niños	Sin costo; <u>deducible</u> 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:

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 dental (Niños)
- Cuidado que no es de emergencia al viajar fuera de Estado Unidos
- Acupuntura
- Cirugía estética
- Programas de pérdida de peso
- Atención a largo plazo (La atención aguda a largo plazo es un beneficio cubierto. La atención de enfermería a largo plazo/Atención asistencial no es un beneficio cubierto.)

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? No Corresponde**

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, kwijjigo 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 general del plan</a>	\$1,500
■ <a href="#">Especialista copago</a>	\$125
■ Hospital (establecimiento) <a href="#">copago</a>	\$3,000
■ Otro <a href="#">coseguro</a>	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>	\$1,500
<a href="#">Copagos</a>	\$3,600
<a href="#">Coseguro</a>	\$0
<i>Lo que no está cubierto</i>	
Límites o exclusiones	\$60
<b>El total que Peg pagaría es</b>	<b>\$5,160</b>

Nota: Este [plan](#) tiene otros [deducibles](#) para servicios específicos incluidos en este ejemplo de cobertura. Consulte "¿Hay otros [deducibles](#) para servicios específicos?" en la fila más arriba.

### 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 general del plan</a>	\$1,500
■ <a href="#">Especialista copago</a>	\$125
■ Hospital (establecimiento) <a href="#">copago</a>	\$3,00
■ Otro <a href="#">coseguro</a>	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>	\$4,300
<a href="#">Copagos</a>	\$700
<a href="#">Coseguro</a>	\$0
<i>Lo que no está cubierto</i>	
Límites o exclusiones	\$20
<b>El total que Joe pagaría es</b>	<b>\$5,020</b>

### Fractura simple de Mia

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

■ El <a href="#">deducible general del plan</a>	\$1,500
■ <a href="#">Especialista copago</a>	\$125
■ Hospital (establecimiento) <a href="#">copago</a>	\$3,000
■ Otro <a href="#">coseguro</a>	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>	\$1,500
<a href="#">Copagos</a>	\$600
<a href="#">Coseguro</a>	\$400
<i>Lo que no está cubierto</i>	
Límites o exclusiones	\$0
<b>El total que Mia pagaría es</b>	<b>\$2,500</b>

**Spanish:** Si usted, o alguien a quien está ayudando, tiene preguntas acerca de Ambetter de SilverSummit Healthplan, tiene derecho a obtener ayuda e información en su idioma sin costo alguno. Para hablar con un intérprete, llame al 1-866-263-8134 (TTY/TDD 1-855-868-4945).

**Tagalog:** Kung ikaw, o ang iyong tinutulangan, ay may mga katanungan tungkol sa Ambetter from SilverSummit Healthplan, may karapatan ka na makakuha nang tulong at impormasyon sa iyong wika ng walang gastos. Upang makausap ang isang tagasalin, tumawag sa 1-866-263-8134 (TTY/TDD 1-855-868-4945).

**Chinese:** 如果您，或是您正在協助的對象，有關於 Ambetter from SilverSummit Healthplan 方面的問題，您有權利免費以您的母語得到幫助和訊息。如果要與一位翻譯員講話，請撥電話 1-866-263-8134 (TTY/TDD 1-855-868-4945)。

**Korean:** 만약 귀하 또는 귀하가 돋고 있는 어떤 사람이 Ambetter from SilverSummit Healthplan에 관해서 질문이 있다면 귀하는 그러한 도움과 정보를 귀하의 언어로 비용 부담없이 얻을 수 있는 권리가 있습니다. 그렇게 통역사와 얘기하기 위해서는 1-866-263-8134 (TTY/TDD 1-855-868-4945)로 전화하십시오.

**Vietnamese:** Nếu quý vị, hay người mà quý vị đang giúp đỡ, có câu hỏi về Ambetter from SilverSummit Healthplan, quý vị sẽ có quyền được giúp và có thêm thông tin bằng ngôn ngữ của mình miễn phí. Để nói chuyện với một thông dịch viên, xin gọi 1-866-263-8134 (TTY/TDD 1-855-868-4945).

**Amharic:** እርሻው ወይም እርሻው የሚሸፍት ስው ሲለ Ambetter from SilverSummit Healthplan ባንበር ተያች ካለወቻቸው የለምንግም ወይ, በቋንቋም ይጋኙ እንዲሆወም መረጃ የሚኖሩት መገኘት አለወቻቸው፡፡ አስተርናሚ ለማንነገር በ 1-866-263-8134 (TTY/TDD 1-855-868-4945) ይጠሙ፡፡

Thai: หากท่านหรือผู้ที่รีท่าที่นี่ให้ รัคความชวิ ยเหลว อายุ 65+ นายนะนีมีค์ รามเกียร์ Ambetter from SilverSummit Healthplan ท่าน นแมส ทิ ริท์ จะได้ รับ ความชวิ ยเหลว และข้อมูลในภาษาของท่าน โดยไม่เสียค่า ใช้จ่าย ยได้ฯ ทุกสิ่ง น หากต้องการใช้ รับรัก าราท ม กรณีที่ไม่สามารถ ติดต่อ ที่หมายเลข 1-866-263-8134 (TTY/TDD 1-855-868-4945).

**Japanese:** Ambetter from SilverSummit Healthplan について何かご質問がございましたらご連絡ください。ご希望の言語によるサポートや情報を無料でご提供いたします。通訳が必要な場合は、1-866-263-8134 (TTY/TDD 1-855-868-4945) までお電話ください。

إذا كان لديك أو لدى شخص تساعدك حول Ambetter من SilverSummit Healthplan على المساعدة والمعلومات الضرورية لتقديمك  
Arabic: دون أية تكالفة. للتحدث مع مترجم اتصل بـ (1-855-868-4945) (TTY/TDD) 1-866-263-8134

**Russian:** В случае возникновения у вас или у лица, которому вы помогаете, каких-либо вопросов о программе страхования Ambetter from SilverSummit Healthplan вы имеете право получить бесплатную помощь и информацию на своем родном языке. Чтобы поговорить с переводчиком, позвоните по телефону 1-866-263-8134 (TTY/TDD 1-855-868-4945).

**French:** Si vous-même ou une personne que vous aidez avez des questions à propos d'Ambetter from SilverSummit Healthplan, vous avez le droit de bénéficier gratuitement d'aide et d'informations dans votre langue. Pour parler à un interprète,appelez le 1-866-263-8134 (TTY/TDD 1-855-868-4945).

**Persian:** اگر شما، یا کسی که به او کمک می کنند سوالی در مورد Ambetter from SilverSummit Healthplan دارید، از این حق برخوردارید که کمک و اطلاعات را بصورت رایگان به زبان خود دریافت کنید. برای صحت کردن یا متنjem با شماره ۱-۸۶۶-۲۶۳-۸۱۳۴ (TTY/TDD ۱-۸۵۵-۸۶۸-۴۹۴۵) تماس بگیرید.

'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'iili ai ni fa'amatalaga i lau lava gagana e aunoa ma se totogi. 'A 'e fia talanoa i se fa'amatala'upu, telefoni le 1-866-263-8134 (TTY/TDD

Full Citation: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15730000> (1-855-866-4943).

**Illocano:** No dakayo, wenco ti tultulunganyo, ket addaan iti saludsod maipapan ti Ambetter from SilverSummit Healthplan, addaankayo iti (TTY/TDD 1-855-868-4945) an.

karbengan nga agpatulong ken dumawat iti impormasyon a naiyulog iti lengguahayo nga awanan ti bayad. Tapno makasarita iti tao a mangiyulog iti sabali nga lengguah, umawag iti 1-866-263-8134 (TTY/TDD 1-855-868-4945).

## Declaración de no discriminación

Ambetter de SilverSummit Healthplan cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina en base a raza, color, origen nacional, edad, discapacidad o sexo. Ambetter de SilverSummit Healthplan no excluye a las personas ni las trata de manera distinta debido a su raza, color, origen nacional, edad, discapacidad o sexo.

Ambetter de SilverSummit Healthplan:

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

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

Si cree que Ambetter de SilverSummit Healthplan no le ha brindado estos servicios o le ha discriminado de otra manera por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, puede presentar una queja ante: Ambetter from 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 por correo electrónico. Si necesita ayuda para presentar una queja, Ambetter de SilverSummit Healthplan está disponible para usted. Además puede presentar un reclamo de derechos civiles al U.S. Department of Health and Human Services (Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE.UU.), Office for Civil Rights (Oficina de Derechos Civiles) electrónicamente a través del Portal para reclamos de la Oficina de Derechos Civiles, disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o por correo o teléfono en: U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue SW., Room 509F, HHH Building, Washington, D.C. 20201, 1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD).

Los formularios de reclamo están disponibles en <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.