



福利和承保范围摘要 (SBC) 文档将帮助您选择健康计划。本 SBC 文档介绍了您与计划将如何共同承担承保的健康护理服务费用。

注：有关本计划费用（称为保费）的信息将另外提供。本文档仅为计划摘要。如需了解有关您的承保范围的更多信息，或希望获取承保完整术语的副本，请访问

<https://ambetter.superiorhealthplan.com/2025-brochures.html>，或致电 1-877-687-1196 (Relay Texas/TTY 1-800-735-2989)。有关常用术语的一般定义，如准许金额、差额账单、共同保险、共付额、自付额、医疗服务提供者或其他带下划线的术语，

请参阅术语表。您可以在以下网址查看术语表 <https://www.healthcare.gov/sbc-glossary> 或致电索取 1-877-687-1196 (Relay Texas/TTY 1-800-735-2989) 份术语表副本。

| 重要问题                                 | 答案                                                                                                                                                                                                 | 为什么这很重要：                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
|--------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 整体 <u>免赔额</u> 是多少？                   | 在印第安人医疗保健 <u>提供者</u> （IHCP）处或在非 IHCP 处但获得了 IHCP 的 <u>转诊</u> 时为 \$0；\$1,500 个人/家庭\$3,000                                                                                                            | 一般而言，您必须在本计划开始支付之前，向服务提供者支付不超过免赔额的所有费用。如果您的计划中有其他家庭成员，每个家庭成员必须满足其个人免赔额，直至所有家庭成员支付的免赔额总额达到家庭免赔额总额。                                                                                                                                                                                                                           |
| 在您达到您的 <u>免赔额</u> 前，是否有承保的服务？        | 是。在您达到自付额之前，预防性照护服务、初级护理、专家和急诊、以及某些处方药物在承保范围内（请参阅以下其他信息）。                                                                                                                                          | 即使您还没达到 <u>免赔额</u> ，此 <u>计划</u> 亦承保一些项目和服务。但可能需要支付 <u>共付额</u> 或 <u>共同保险</u> 。例如，在达到您的 <u>免赔额</u> 前，此 <u>计划</u> 会承保特定的 <u>预防性服务</u> 且没有 <u>费用分摊</u> 。请在以下网址查看承保的 <u>预防性服务</u> 清单 <a href="https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/">https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/</a> 。 |
| 特定服务是否还有其他 <u>免赔额</u> ？              | 否。                                                                                                                                                                                                 | 您不需为特定服务符合免赔额。                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| 此 <u>计划</u> 的 <u>最高自付额</u> 是多少？      | 对于 <u>网络内医疗服务提供者</u> ：\$7,800 个人/\$15,600 家庭。不适用于 <u>网络外医疗服务提供者</u> 。                                                                                                                              | <u>最高自付额</u> 为您可能在一年内为承保服务支付的最大金额。如果您还有其他家庭成员投保此 <u>计划</u> 。在达到家庭整体 <u>最高自付额</u> 之前，其他家庭成员必须达到其自己的 <u>最高自付额</u> 。                                                                                                                                                                                                           |
| 哪些不包含在 <u>最高自付额</u> 中？               | <u>保费</u> 、 <u>差额账单</u> 费用、未取得 <u>预先授权</u> 服务的罚款以及此 <u>计划</u> 未承保的健康护理。                                                                                                                            | 即使您已支付这些费用，相关费用亦不计入 <u>最高自付额</u> 。                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| 如果使用 <u>网络内医疗服务提供者</u> ，您支付的金额是否会更少？ | 是。请参阅 <a href="https://ambetter.superiorhealthplan.com/findadoc">https://ambetter.superiorhealthplan.com/findadoc</a> 或致电 1-877-687-1196 (Relay Texas/TTY 1-800-735-2989) 索取 <u>网络内医疗服务提供者</u> 清单。 | 此 <u>计划</u> 使用 <u>医疗服务提供者网络</u> 。如果您使用 <u>计划网络内的医疗服务提供者</u> ，您会支付较少费用。如果您使用 <u>网络外医疗服务提供者</u> ，您会支付较多的费用，且可能会收到来自 <u>医疗服务提供者</u> 的账单，其中为 <u>医疗服务提供者</u> 的收费及您的 <u>计划</u> 支付的费用差额（ <u>差额账单</u> ）。请注意，您的 <u>网络内医疗服务提供者</u> 可能使用 <u>网络外医疗服务提供者</u>                                                                             |

| 重要问题                                                | 答案 | 为什么这很重要：                                            |
|-----------------------------------------------------|----|-----------------------------------------------------|
|                                                     |    | 以提供某些服务（如化验）。请在获取服务前与您的 <a href="#">医疗服务提供者</a> 确认。 |
| 您是否需要 <a href="#">转诊</a> 才能看 <a href="#">专科医生</a> ？ | 是。 | 本计划将支付承保服务的部分或全部至专科医生处看诊费用，但只限于至专科医生处看诊前，您已接受转诊     |

 此表中所示的所有[共付额](#)和[共同保险](#)费用仅适用于您已经达到您的[免赔额](#)（如果[免赔额](#)适用）。

| 常见医疗事件                                  | 您可能需要的服务                         | 您需要支付的费用                      |                                                                                                                                      |                              | 限制、例外和其他重要信息                                                                                                                                         |
|-----------------------------------------|----------------------------------|-------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                         |                                  | 印第安人医疗保健提供者 (IHCP) (您会支付最少费用) | 非 IHCP 网络内医疗服务提供者 (您会支付较多费用)                                                                                                         | 非 IHCP 网络外医疗服务提供者 (您会支付最多费用) |                                                                                                                                                      |
| 如果您前往 <a href="#">医疗服务提供者</a> 的办公室或诊所就诊 | 初级护理就诊以治疗受伤或疾病                   | 不收费                           | <a href="#">共同支付额</a> \$30/就诊； <a href="#">免赔额</a> 不适用                                                                               | 未覆盖                          | 无限制承保。经 IHCP <a href="#">转诊</a> ，在非 IHCP 就诊可免除 <a href="#">费用分摊</a> 。                                                                                |
|                                         | 到 <a href="#">专科医生</a> 处就诊       | 不收费                           | <a href="#">共同支付额</a> \$60/就诊； <a href="#">免赔额</a> 不适用                                                                               | 未覆盖                          | 无 经 IHCP <a href="#">转诊</a> ，在非 IHCP 就诊可免除 <a href="#">费用分摊</a> 。                                                                                    |
|                                         | <a href="#">预防性护理/筛查</a> /疫苗接种   | 不收费                           | 免费； <a href="#">免赔额</a> 不适用                                                                                                          | 未覆盖                          | 您可能需要为非预防性服务支付费用。请向您的 <a href="#">医疗服务提供者</a> 洽询您所需的服务是否为预防性服务。然后查看您的 <a href="#">计划</a> 将会支付哪些费用。                                                   |
| 如果您进行检查                                 | <a href="#">诊断性检测</a> (X 光、血液检测) | 不收费                           | 实验室和专业服务 <a href="#">共同保险金</a> 25%<br>X 光和诊断性影像 <a href="#">共同保险金</a> 25%<br>在其他地方获取实验室和专业服务以及 X 光及诊断性影像服务 <a href="#">共同保险金</a> 25% | 未覆盖                          | 可能需要取得事先授权。无限制承保。服务的其他地方可能包括：医院、急诊室或门诊设施。<br><br>对于任何需要事先授权的服务，如果未能获得事先授权，将会导致保险福利被拒。经 IHCP <a href="#">转诊</a> ，在非 IHCP 就诊可免除 <a href="#">费用分摊</a> 。 |

| 常见医疗事件                                                                                                                                                                                                                                               | 您可能需要的服务                     | 您需要支付的费用                      |                                                                                                                |                              | 限制、例外和其他重要信息                                                                                                               |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|-------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                                                                                                                                                                                                                      |                              | 印第安人医疗保健提供者 (IHCP) (您会支付最少费用) | 非 IHCP 网络内医疗服务提供者 (您会支付较多费用)                                                                                   | 非 IHCP 网络外医疗服务提供者 (您会支付最多费用) |                                                                                                                            |
|                                                                                                                                                                                                                                                      | 影像 (CT/PET 扫描、MRI)           | 不收费                           | <a href="#">共同保险金</a> 25%                                                                                      | 未覆盖                          | 可能需要取得事先授权。无限制承保。经 IHCP <a href="#">转诊</a> ，在非 IHCP 就诊可免除 <a href="#">费用分摊</a> 。                                           |
| <p>如果您需要药物治疗您的疾病或病况</p> <p>如需了解有关<a href="https://ambetter.superiorhealthplan.com/2025formulary">处方药承保范围</a>的更多信息，请访问：<a href="https://ambetter.superiorhealthplan.com/2025formulary">https://ambetter.superiorhealthplan.com/2025formulary</a>。</p> | 非专利药 (第 1 级)                 | 不收费                           | 等级 1a - 首选非专利药零售： <a href="#">共同支付额</a> \$15/处方；免赔额不适用<br>等级 1b - 非专利药零售： <a href="#">共同支付额</a> \$15/处方；免赔额不适用 | 未覆盖                          | 可能需要取得事先授权。处方药的零售到货期为 30 天内，邮购到货期为 90 天内。邮购需支付 2.5 倍零售分摊费用。经 IHCP <a href="#">转诊</a> ，在非 IHCP 就诊可免除 <a href="#">费用分摊</a> 。 |
|                                                                                                                                                                                                                                                      | 首选品牌药 (第 2 级)                | 不收费                           | 等级 2 - 零售： <a href="#">共同支付额</a> \$30/处方；免赔额不适用                                                                | 未覆盖                          | 可能需要取得事先授权。处方药的零售到货期为 30 天内，邮购到货期为 90 天内。邮购需支付 2.5 倍零售分摊费用。经 IHCP <a href="#">转诊</a> ，在非 IHCP 就诊可免除 <a href="#">费用分摊</a> 。 |
|                                                                                                                                                                                                                                                      | 非首选品牌药 (第 3 级)               | 不收费                           | 等级 3 - 零售： <a href="#">共同支付额</a> \$60/处方；免赔额不适用                                                                | 未覆盖                          |                                                                                                                            |
|                                                                                                                                                                                                                                                      | <a href="#">特殊药物</a> (第 4 级) | 不收费                           | 等级 4 - 零售： <a href="#">共同支付额</a> \$250/处方；免赔额不适用                                                               | 未覆盖                          | 可能需要取得事先授权。处方药的零售到货期为 30 天内，邮购到货期为 30 天内。经 IHCP <a href="#">转诊</a> ，在非 IHCP 就诊可免除 <a href="#">费用分摊</a> 。                   |
| 如果您进行门诊手术                                                                                                                                                                                                                                            | 设施费 (例如，非住院手术中心)             | 不收费                           | <a href="#">共同保险金</a> 25%                                                                                      | 未覆盖                          | 可能需要取得事先授权。无限制承保。经 IHCP <a href="#">转诊</a> ，在非 IHCP 就诊可免除 <a href="#">费用分摊</a> 。                                           |
|                                                                                                                                                                                                                                                      | 医师/外科手术费                     | 不收费                           | <a href="#">共同保险金</a> 25%                                                                                      | 未覆盖                          | 可能需要取得事先授权。无限制承保。经 IHCP <a href="#">转诊</a> ，在非 IHCP 就诊可免除 <a href="#">费用分摊</a> 。                                           |

| 常见医疗事件                | 您可能需要的服务               | 您需要支付的费用                         |                                                                                  |                                 | 限制、例外和其他重要信息                                                                                                      |
|-----------------------|------------------------|----------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                       |                        | 印第安人医疗保健提供者 (IHCP)<br>(您会支付最少费用) | 非 IHCP 网络内医疗服务提供者<br>(您会支付较多费用)                                                  | 非 IHCP 网络外医疗服务提供者<br>(您会支付最多费用) |                                                                                                                   |
| 如果您需要立即就医             | <a href="#">急诊室护理</a>  | 不收费                              | <a href="#">共同保险金</a> 25%                                                        | <a href="#">共同保险金</a> 25%       | 无 经 IHCP <a href="#">转诊</a> ，在非 IHCP 就诊可免除 <a href="#">费用分摊</a> 。                                                 |
|                       | <a href="#">急救医疗转运</a> | 不收费                              | <a href="#">共同保险金</a> 25%                                                        | <a href="#">共同保险金</a> 25%       | 无限制承保。备注：急诊运送不需要事先授权，但所有非急诊运送都需要事先授权。经 IHCP <a href="#">转诊</a> ，在非 IHCP 就诊可免除 <a href="#">费用分摊</a> 。              |
|                       | <a href="#">紧急护理</a>   | 不收费                              | <a href="#">共同支付额</a> \$45/就诊；免赔额不适用                                             | 未覆盖                             | 无 经 IHCP <a href="#">转诊</a> ，在非 IHCP 就诊可免除 <a href="#">费用分摊</a> 。                                                 |
| 如果您需要住院               | 设施费（例如，医院病房）           | 不收费                              | <a href="#">共同保险金</a> 25%                                                        | 未覆盖                             | 可能需要取得事先授权。无限制承保。经 IHCP <a href="#">转诊</a> ，在非 IHCP 就诊可免除 <a href="#">费用分摊</a> 。                                  |
|                       | 医师/外科手术费               | 不收费                              | <a href="#">共同保险金</a> 25%                                                        | 未覆盖                             | 可能需要取得事先授权。无限制承保。经 IHCP <a href="#">转诊</a> ，在非 IHCP 就诊可免除 <a href="#">费用分摊</a> 。                                  |
| 如果您需要心理健康、行为健康或药物滥用服务 | 门诊服务                   | 不收费                              | 办公室就诊： <a href="#">共同支付额</a> \$30/就诊；免赔额不适用<br>其他门诊服务： <a href="#">共同保险金</a> 25% | 未覆盖                             | 可能需要取得事先授权。无限制承保。（在主治医生 (PCP) 和其他诊所执业者处就诊不需要事先授权。）经 IHCP <a href="#">转诊</a> ，在非 IHCP 就诊可免除 <a href="#">费用分摊</a> 。 |
|                       | 住院服务                   | 不收费                              | <a href="#">共同保险金</a> 25%                                                        | 未覆盖                             | 可能需要取得事先授权。无限制承保。经 IHCP <a href="#">转诊</a> ，在非 IHCP 就诊可免除 <a href="#">费用分摊</a> 。                                  |

| 常见医疗事件             | 您可能需要的服务               | 您需要支付的费用                         |                                                                           |                                 | 限制、例外和其他重要信息                                                                                                                                                                               |
|--------------------|------------------------|----------------------------------|---------------------------------------------------------------------------|---------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                    |                        | 印第安人医疗保健提供者 (IHCP)<br>(您会支付最少费用) | 非 IHCP 网络内医疗服务提供者<br>(您会支付较多费用)                                           | 非 IHCP 网络外医疗服务提供者<br>(您会支付最多费用) |                                                                                                                                                                                            |
| 如果您怀孕              | 办公室就诊                  | 不收费                              | <a href="#">共同支付额</a> \$30/就诊；免赔额不适用                                      | 未覆盖                             | 根据联邦法规，在标准时限内分娩无需事先授权，但其他服务可能需要事先授权。费用分担不适用于预防性服务，如常规产前和产后筛查。根据服务类型，可能需要共同保险、自付额或共付额。孕产妇保健可能包括 SBC 其他部分所述的检查和服务（如超声波检查）。经 IHCP <a href="#">转诊</a> ，在非 IHCP 就诊可免除 <a href="#">费用分摊</a> 。    |
|                    | 分娩专业服务                 | 不收费                              | <a href="#">共同保险金</a> 25%                                                 | 未覆盖                             | 可能需要取得事先授权。分摊费用不适用于预防性服务。根据服务类型，可能适用共付额、共同保险金或自付额。产妇产后照护可能包括 SBC 中其他部分所说明的检查和服务（如超声检查）。经 IHCP <a href="#">转诊</a> ，在非 IHCP 就诊可免除 <a href="#">费用分摊</a> 。                                     |
|                    | 分娩设施服务                 | 不收费                              | <a href="#">共同保险金</a> 25%                                                 | 未覆盖                             |                                                                                                                                                                                            |
| 如果您需要康复协助或其他特殊健康需求 | <a href="#">家庭健康护理</a> | 不收费                              | <a href="#">共同保险金</a> 25%                                                 | 未覆盖                             | 可能需要取得事先授权。每年限 60 次就诊。经 IHCP <a href="#">转诊</a> ，在非 IHCP 就诊可免除 <a href="#">费用分摊</a> 。                                                                                                      |
|                    | <a href="#">功能康复服务</a> | 不收费                              | 门诊： <a href="#">共同支付额</a> \$30/就诊；免赔额不适用<br>住院： <a href="#">共同保险金</a> 25% | 未覆盖                             | 门诊：可能需要取得事先授权。每年合计限 35 次就诊（与整脊照护合计）。备注：上述限制不适用于因获得性脑损伤造成及与获得性脑损伤相关、治疗发育迟缓或任何心理健康/物质滥用诊断而确定为医疗上必要的治疗或照护。住院：可能需要取得事先授权。无限制承保。经 IHCP <a href="#">转诊</a> ，在非 IHCP 就诊可免除 <a href="#">费用分摊</a> 。 |

| 常见医疗事件          | 您可能需要的服务               | 您需要支付的费用                         |                                                                            |                                 | 限制、例外和其他重要信息                                                                                                                                                 |
|-----------------|------------------------|----------------------------------|----------------------------------------------------------------------------|---------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                 |                        | 印第安人医疗保健提供者 (IHCP)<br>(您会支付最少费用) | 非 IHCP 网络内医疗服务提供者<br>(您会支付较多费用)                                            | 非 IHCP 网络外医疗服务提供者<br>(您会支付最多费用) |                                                                                                                                                              |
|                 | <a href="#">功能培养服务</a> | 不收费                              | 门诊: <a href="#">共同支付额</a> \$30/就诊; 免赔额不适用<br>住院: <a href="#">共同保险金</a> 25% | 未覆盖                             | 门诊: 可能需要取得事先授权。每年限 35 次就诊。备注: 针对心理健康/物质滥用诊断或发育迟缓提供治疗时, 上述限制不适用。<br>住院: 可能需要取得事先授权。无限制承保。<br>经 IHCP <a href="#">转诊</a> , 在非 IHCP 就诊可免除 <a href="#">费用分摊</a> 。 |
|                 | <a href="#">专业护理</a>   | 不收费                              | <a href="#">共同保险金</a> 25%                                                  | 未覆盖                             | 可能需要取得事先授权。每年限 25 天。<br>经 IHCP <a href="#">转诊</a> , 在非 IHCP 就诊可免除 <a href="#">费用分摊</a> 。                                                                     |
|                 | <a href="#">耐用医疗设备</a> | 不收费                              | <a href="#">共同保险金</a> 25%                                                  | 未覆盖                             | 可能需要取得事先授权。无限制承保。<br>经 IHCP <a href="#">转诊</a> , 在非 IHCP 就诊可免除 <a href="#">费用分摊</a> 。                                                                        |
|                 | <a href="#">临终关怀服务</a> | 不收费                              | <a href="#">共同保险金</a> 25%                                                  | 未覆盖                             | 可能需要取得事先授权。无限制承保。<br>经 IHCP <a href="#">转诊</a> , 在非 IHCP 就诊可免除 <a href="#">费用分摊</a> 。                                                                        |
| 如果您的子女需要牙科或眼科护理 | 儿童眼科检查                 | 不收费                              | 免费; <a href="#">免赔额</a> 不适用                                                | 未覆盖                             | 每年限 1 次就诊。经 IHCP <a href="#">转诊</a> , 在非 IHCP 就诊可免除 <a href="#">费用分摊</a> 。                                                                                   |
|                 | 儿童眼镜                   | 不收费                              | 免费; <a href="#">免赔额</a> 不适用                                                | 未覆盖                             | 每年限 1 件商品。经 IHCP <a href="#">转诊</a> , 在非 IHCP 就诊可免除 <a href="#">费用分摊</a> 。                                                                                   |
|                 | 儿童牙科检查                 | 不承保                              | 未覆盖                                                                        | 未覆盖                             | 无                                                                                                                                                            |

## 不包含的服务和其他承保的服务:

您的**计划**一般不承保的服务（查看您的保单或**计划**文档以了解更多信息以及任何其他**不包含的服务**列表。）

- |                                  |            |                  |
|----------------------------------|------------|------------------|
| • 堕胎（如果胎儿已足月或已分娩，保户的生命受到威胁的情况除外） | • 牙科护理（成人） | • 在美国境外旅行时的非紧急护理 |
| • 针灸                             | • 牙科护理（儿童） | • 常规眼部护理（成人）     |
| • 减重手术                           | • 不孕不育治疗   | • 减肥计划           |
| • 整容手术                           | • 长期护理     |                  |

其他承保的服务（此类服务可能有限制。这不是完整列表。请查阅您的**计划**文档。）

- |                                      |                               |          |
|--------------------------------------|-------------------------------|----------|
| • 脊椎按摩护理（限每年合并就诊次数为 35 次（与门诊康复治疗合并）） | • 私人值班护士（仅面向住院提供（不包括门诊和家庭患者）） | • 常规足部护理 |
| • 助听器（限每 3 年 2 个）                    |                               |          |

**您的续保权利：**如果您想在保险结束后继续承保，有些机构可以提供帮助。这些机构的联系信息是：Ambetter from Superior HealthPlan 电话 1-877-687-1196 (Relay Texas/TTY 1-800-735-2989); Texas Department of Insurance, 333 Guadalupe, Austin, TX 78701, Phone No. 1-800-578-4677.; 劳工部雇员福利保障管理局电话 1-866-444-EBSA (3272); 或人事管理多州计划项目办公室，网址 <https://www.opm.gov/healthcare-insurance/multi-state-plan-program/external-review/>。您也可以选择其他保险选项，包括通过健康保险市场购买个人保险。如需关于保险市场的更多信息，请访问 [www.HealthCare.gov](http://www.HealthCare.gov) 或致电 1-800-318-2596。

**您的申诉和上诉权利：**如果您对您的**计划**拒绝您的**索赔**提出投诉，一些机构可以为您提供协助。此类投诉被称为**申诉**或**上诉**。如需了解有关您的权利的更多信息，请查看您在进行医疗**索赔**时将获得的福利说明。您的**计划**文档也会提供有关如何出于任何理由就您的**计划**提交**索赔**、**上诉**或**申诉**的完整信息。如需有关您的权利、此通知或协助的更多信息，请联系：Texas Department of Insurance, 333 Guadalupe, Austin, TX 78701, Phone No. 1-800-578-4677.

**此计划是否提供最低基本保险？** 是。

[最低基本保险](#)一般包括可通过[保险市场](#)或其他独立市场保单取得的[计划](#)、[健康保险](#)、Medicare、Medicaid、CHIP、TRICARE 和其他特定保险。如果您符合特定类别[最低基本保险](#)的资格，您可能不符合[保费税额抵免优惠](#)资格。

[此计划是否符合最低价值标准？](#) 不适用。

如果您的[计划](#)不符合[最低价值标准](#)，您可能符合[保费税额抵免优惠](#)资格，可通过[保险市场](#)帮助您支付[计划](#)费用。

#### 语言服务：

Spanish (Español): Para obtener asistencia en Español, llame al 1-877-687-1196 (Relay Texas/TTY 1-800-735-2989).

Tagalog (Tagalog): Kung kailangan ninyo ang tulong sa Tagalog tumawag sa 1-877-687-1196 (Relay Texas/TTY 1-800-735-2989).

Chinese (中文): 如果需要中文的帮助，请拨打这个号码 1-877-687-1196 (Relay Texas/TTY 1-800-735-2989)。

Navajo (Dine): Dinek'ehgo shika at'ohwol ninisingo, kwijigo holne' 1-877-687-1196 (Relay Texas/TTY 1-800-735-2989).

要查看此[计划](#)承保范例医疗状况费用的示例，请参阅下一节。

## 关于此类承保范围的示例：



这不是费用预估。所示的治疗仅为[此计划](#)承保医疗护理的示例。您的具体费用取决于您获取的实际护理、您的[医疗服务提供者](#)收取的费用和其他许多因素。重点关注于本[计划](#)下[费用分摊](#)金额（[免赔额](#)、[共付额](#)和[共同保险](#)）和[不包含的服务](#)。使用此信息来比较您在不同健康[计划](#)中可能需要支付的费用部分。请注意，此类承保范围示例基于仅以个人为对象的承保。

### Peg 怀孕了

（9 个月的网络内产前护理和医院分娩）

|                                              |         |
|----------------------------------------------|---------|
| ■ <a href="#">计划</a> 的整体 <a href="#">免赔额</a> | \$1,500 |
| ■ <a href="#">专科医生</a> <a href="#">共付额</a>   | \$60    |
| ■ 医院（设施） <a href="#">共同保险金</a>               | 25%     |
| ■ 其他 <a href="#">共同保险</a>                    | 25%     |

此事件示例包含如下服务：

[专科医生](#) 办公室就诊（[产前护理](#)）  
分娩专业服务  
分娩设施服务  
[诊断性检测](#)（[超声波和血液检查](#)）  
[专科医生](#) 就诊（[麻醉](#)）

|       |          |
|-------|----------|
| 总示例费用 | \$12,700 |
|-------|----------|

在此示例中，Peg 将支付：

| 费用分摊                 |     |
|----------------------|-----|
| <a href="#">免赔额</a>  | \$0 |
| <a href="#">共付额</a>  | \$0 |
| <a href="#">共同保险</a> | \$0 |
| 不承保项目                |     |
| 限制或例外                | \$0 |
| Peg 将支付的总金额为         | \$0 |

### 管理 Joe 的 2 型糖尿病

（一年的病情可控例行网络内护理）

|                                              |         |
|----------------------------------------------|---------|
| ■ <a href="#">计划</a> 的整体 <a href="#">免赔额</a> | \$1,500 |
| ■ <a href="#">专科医生</a> <a href="#">共付额</a>   | \$60    |
| ■ 医院（设施） <a href="#">共同保险金</a>               | 25%     |
| ■ 其他 <a href="#">共同保险</a>                    | 25%     |

此事件示例包含如下服务：

[初级保健医生](#) 办公室就诊（[包括疾病教育](#)）  
[诊断性检测](#)（[血液检查](#)）  
[处方药](#)  
[耐用医疗设备](#)（[血糖仪](#)）

|       |         |
|-------|---------|
| 总示例费用 | \$5,600 |
|-------|---------|

在此示例中，Joe 将支付：

| 费用分摊                 |     |
|----------------------|-----|
| <a href="#">免赔额</a>  | \$0 |
| <a href="#">共付额</a>  | \$0 |
| <a href="#">共同保险</a> | \$0 |
| 不承保项目                |     |
| 限制或例外                | \$0 |
| Joe 将支付的总金额为         | \$0 |

### Mia 的简单骨折

（网络内急诊室就诊和后续护理）

|                                              |         |
|----------------------------------------------|---------|
| ■ <a href="#">计划</a> 的整体 <a href="#">免赔额</a> | \$1,500 |
| ■ <a href="#">专科医生</a> <a href="#">共付额</a>   | \$60    |
| ■ 医院（设施） <a href="#">共同保险金</a>               | 25%     |
| ■ 其他 <a href="#">共同保险</a>                    | 25%     |

此事件示例包含如下服务：

[急诊室护理](#)（[包括医疗用品](#)）  
[诊断性测试](#)（[X 光](#)）  
[耐用医疗设备](#)（[拐杖](#)）  
[功能康复服务](#)（[物理治疗](#)）

|       |         |
|-------|---------|
| 总示例费用 | \$2,800 |
|-------|---------|

在此示例中，Mia 将支付：

| 费用分摊                 |     |
|----------------------|-----|
| <a href="#">免赔额</a>  | \$0 |
| <a href="#">共付额</a>  | \$0 |
| <a href="#">共同保险</a> | \$0 |
| 不承保项目                |     |
| 限制或例外                | \$0 |
| Mia 将支付的总金额为         | \$0 |

注：这些数字假定患者接受了 IHCP [医疗服务提供者](#)的治疗，或由 IHCP [转诊](#)到非 IHCP 接受治疗。如果您在没有 IHCP [转诊](#)的情况下接受非 IHCP [医疗服务提供者](#)的治疗，费用可能会更高。



|                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|--------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>English:</b>    | If you, or someone you are helping, have questions about Ambetter from Superior HealthPlan, and are not proficient in English, you have the right to get help and information in your language at no cost and in a timely manner. If you, or someone you are helping, have an auditory and/or visual condition that impedes communication, you have the right to receive auxiliary aids and services at no cost and in a timely manner. To receive translation or auxiliary services, please contact Member Services at 1-877-687-1196 (Relay Texas/TTY 1-800-735-2989).                     |
| <b>Spanish:</b>    | Si usted, o alguien a quien está ayudando, tiene preguntas acerca de Ambetter from Superior HealthPlan y no domina el inglés, tiene derecho a obtener ayuda e información en su idioma sin costo alguno y de manera oportuna. Si usted, o alguien a quien está ayudando, tiene un impedimento auditivo o visual que le dificulta la comunicación, tiene derecho a recibir ayuda y servicios auxiliares sin costo alguno y de manera oportuna. Para recibir servicios auxiliares o de traducción, comuníquese con Servicios para Miembros al 1-877-687-1196 (Relay Texas/TTY 1-800-735-2989). |
| <b>Vietnamese:</b> | Nếu quý vị hoặc người mà quý vị đang giúp đỡ có câu hỏi về Ambetter from Superior HealthPlan và không thành thạo tiếng Anh, quý vị có quyền được trợ giúp và nhận thông tin bằng ngôn ngữ của mình miễn phí và kịp thời. Nếu quý vị hoặc người mà quý vị đang giúp đỡ mắc bệnh về thính giác và/hoặc thị giác gây cản trở giao tiếp, quý vị có quyền được nhận các hỗ trợ và dịch vụ phụ trợ miễn phí và kịp thời. Để nhận dịch vụ thông dịch hoặc dịch vụ phụ trợ, vui lòng liên hệ bộ phận Dịch Vụ Thành Viên theo số 1-877-687-1196 (Relay Texas/TTY 1-800-735-2989).                     |
| <b>Chinese:</b>    | 如果您，或是您正在協助的對象，有關於 Ambetter from Superior HealthPlan 方面的問題，且不精通英語，您有權利免費並及時以您的母語獲幫助和訊息。如果您，或您正在協助的對象有聽力和/或視力上的問題，阻礙了溝通，您有權利免費並及時獲得輔助支援與服務。若要取得翻譯或輔助服務，請聯絡會員服務部，電話是 1-877-687-1196 (Relay Texas/TTY 1-800-735-2989)。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| <b>Korean:</b>     | 귀하 또는 귀하의 도움을 받는 분이 Ambetter from Superior HealthPlan에 대한 질문이 있는 경우 영어에 능숙하지 않으시면 해당 언어로 시의적절하게 무료 지원과 정보를 받을 권리가 있습니다. 귀하 또는 귀하의 도움을 받는 분이 청각 및/또는 시각적으로 의사소통에 장애가 있는 경우 시의적절하게 무료 보조 도구 및 서비스를 받을 권리가 있습니다. 번역 또는 보조 서비스를 받으시려면 1-877-687-1196 (Relay Texas/TTY 1-800-735-2989)번으로 가입자 서비스부에 연락해주시오.                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| <b>Arabic:</b>     | إذا كان لديك أو لدى شخص تساعد أسئلة حول Ambetter from Superior HealthPlan، ولم تكن بارعًا باللغة الإنكليزية، فلديك الحق في الحصول على المساعدة والمعلومات بلغتك من دون أي تكلفة وفي الوقت المناسب. إذا كنت أنت أو أي شخص تساعد تعاني من حالة سمعية و/أو بصرية تعيق التواصل، فلديك الحق في تلقي مساعدات وخدمات إضافية من دون أي تكلفة وفي الوقت المناسب. لتلقي خدمات الترجمة أو خدمات إضافية، يرجى الاتصال بخدمات الأعضاء على 1-877-687-1196 (Relay Texas/TTY 1-800-735-2989).                                                                                                                |
| <b>Urdu:</b>       | اگر آپ، یا جس کی آپ مدد کر رہے ہیں وہ Ambetter from Superior HealthPlan کے بارے میں سوالات کرنا چاہتے ہیں، اور وہ انگریزی میں ماہر نہیں ہیں، تو آپ کو اپنی زبان میں بلا معاوضہ اور بروقت مدد اور معلومات حاصل کرنے کا حق ہے۔ اگر آپ، یا جس کی آپ مدد کر رہے ہیں، انہیں سماعت اور/یا بصارت میں کوئی پریشانی درپیش ہے جس سے مواصلت میں رکاوٹ پیدا ہوتی ہے، تو آپ کو مفت اور بروقت معاون امداد اور خدمات حاصل کرنے کا حق ہے۔ ترجمہ یا معاون خدمات حاصل کرنے کے لیے، براہ کرم 1-877-687-1196 (Relay Texas/TTY 1-800-735-2989) پر ممبر سروسز سے رابطہ کریں۔                                       |

|                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
|------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Tagalog:</b>  | Kung ikaw, o ang iyong tinutulongan, ay may mga katanungan tungkol sa Ambetter from Superior HealthPlan, at hindi ka mahusay sa Ingles, may karapatan ka na makakuha ng tulong at impormasyon sa iyong wika nang walang gastos at sa maagap na paraan. Kung ikaw, o ang iyong tinutulongan, ay may kondisyon sa pandinig at/o pannikin na nakakaapekto sa komunikasyon, may karapatan kang makatanggap ng mga karagdagang tulong at serbisyo nang walang gastos at sa maagap na paraan. Para makatanggap ng mga serbisyo sa pagsasalin o mga karagdagang serbisyo, mangyaring makipag-ugnayan sa Mga Serbisyo para sa Miyembro sa 1-877-687-1196 (Relay Texas/TTY 1-800-735-2989). |
| <b>French:</b>   | Si vous-même ou une personne que vous aidez avez des questions à propos d'Ambetter from Superior HealthPlan et que vous ne maîtrisez pas l'anglais, vous pouvez bénéficier gratuitement et en temps utile d'aide et d'informations dans votre langue. Si vous-même ou une personne que vous aidez souffrez d'un trouble auditif ou visuel qui entrave la communication, vous pouvez bénéficier gratuitement et en temps utile d'aides et de services auxiliaires. Pour profiter de services de traduction ou de services auxiliaires, veuillez contacter Services aux membres au 1-877-687-1196 (Relay Texas/TTY 1-800-735-2989).                                                  |
| <b>Hindi:</b>    | अगर आप या कोई ऐसा व्यक्ति जिसकी आप सहायता कर रहे हैं, के पास Ambetter from Superior HealthPlan से जुड़े प्रश्न हैं और आप दोनों अंग्रेज़ी में माहिर नहीं हैं, तो आपको अपनी भाषा में मुफ्त और समय पर सहायता और जानकारी प्राप्त करने का अधिकार है. अगर आपको या किसी ऐसे व्यक्ति को जिसकी आप मदद कर रहे हैं, सुनने और/या देखने में समस्या होती है और इससे बातचीत बाधित होती है, तो आपको बिना किसी लागत के और समय पर सहायक सहायता और सेवाएं प्राप्त करने का अधिकार है. अनुवाद या सहायक सेवाएं प्राप्त करने के लिए कृपया 1-877-687-1196 (Relay Texas/TTY 1-800-735-2989) पर सदस्य सेवाएं से संपर्क करें.                                                                                 |
| <b>Persian:</b>  | اگر شما یا فردی که دارید به او کمک می کنید، سؤالی درباره Ambetter from Superior HealthPlan دارید، و انگلیسی نمی دانید، حق دارید کمک و اطلاعات را به زبان خودتان به رایگان و به موقع دریافت کنید. اگر شما یا فردی که دارید به او کمک می کنید مشکلات شنوایی یا بینایی دارد که برقراری ارتباط را سخت می کند، حق دارید کمک ها و خدمات امدادی را به زبان خودتان به رایگان و به موقع دریافت کنید. برای دریافت کمک ها و خدمات امدادی لطفاً با خدمات اعضا به شماره 1-877-687-1196 (Relay Texas/TTY 1-800-735-2989) تماس بگیرید.                                                                                                                                                            |
| <b>German:</b>   | Falls Sie oder jemand, dem Sie helfen, Fragen zu Ambetter from Superior HealthPlan hat und nicht Englisch spricht, haben Sie das Recht, kostenlos und zeitnah Hilfe und Informationen in Ihrer Sprache zu erhalten. Falls Sie oder jemand, dem Sie helfen, eine Hör- und/oder Sehbeeinträchtigung hat, die die Kommunikation beeinflusst, haben Sie das Recht, kostenlos und zeitnah zusätzliche Hilfe und Dienstleistungen zu erhalten. Um eine Übersetzung oder zusätzliche Dienstleistungen zu erhalten, wenden Sie sich an den Kundendienst unter 1-877-687-1196 (Relay Texas/TTY 1-800-735-2989).                                                                             |
| <b>Gujarati:</b> | જો તમને અથવા તમે જેમની મદદ કરી રહ્યા હો એવી કોઈ વ્યક્તિને Ambetter from Superior HealthPlan વિશે પ્રશ્નો હોય અને અંગ્રેજીમાં પ્રવીણ ન હોય, તો તમને કોઈ ખર્ચ કર્યા વિના અને સમયસર તમારી ભાષામાં મદદ તથા માહિતી મેળવવાનો અધિકાર છે. જો તમે અથવા તમે જેમની મદદ કરી રહ્યા હો એવી કોઈ વ્યક્તિ શ્રવણશક્તિ અને/અથવા દૃષ્ટિવિષયક અવસ્થાથી પીડિત હોય કે જે સંચારને અવરોધતી હોય, તો તમને કોઈ ખર્ચ કર્યા વિના અને સમયસર સહાયક સહાય તથા સેવાઓ પ્રાપ્ત કરવાનો અધિકાર છે. અનુવાદ અથવા સહાયક સેવાઓ પ્રાપ્ત કરવા માટે, કૃપા કરીને 1-877-687-1196 (Relay Texas/TTY 1-800-735-2989) પર સભ્યની સેવાઓનો સંપર્ક કરો.                                                                                    |

|                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Russian:</b>  | <p>Если у вас или у лица, которому вы помогаете, возникли какие-либо вопросы о программе страхования Ambetter from Superior HealthPlan, при этом вы недостаточно хорошо владеете английским языком, вы имеете право на бесплатную и своевременную помощь и информацию на своем родном языке. Если у вас или у лица, которому вы помогаете, наблюдается какое-либо нарушение слуха и/или зрения, которое препятствует коммуникации, вы имеете право на бесплатные и своевременные вспомогательные услуги и помощь. Для получения услуг перевода или вспомогательных услуг обратитесь в отдел обслуживания участников программы страхования по номеру 1-877-687-1196 (Relay Texas/TTY 1-800-735-2989).</p> |
| <b>Japanese:</b> | <p>ご自身やあなたが介護している他の人が、Ambetter from Superior HealthPlanについてご質問をお持ちの場合、英語に自信がなくても無料かつタイムリーにご希望の言語でヘルプや情報を得ることができます。ご自身や、あなたが介護している他の人の聴覚や視覚の状態のためやり取りが難しい場合でも、無料かつタイムリーに補助サービスを受けることができます。翻訳や補助サービスを受けるには、1-877-687-1196 (Relay Texas/TTY 1-800-735-2989)のメンバーサービスにご連絡ください。</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| <b>Laotian:</b>  | <p>ຖ້າຫາກທ່ານ ຫຼື ຜູ້ໃດຜູ້ໜຶ່ງທີ່ທ່ານກຳລັງໃຫ້ການຊ່ວຍເຫຼືອ, ມີຄຳຖາມກ່ຽວກັບ Ambetter from Superior HealthPlan, ແລະ ບໍ່ຊ່ວຍຊາບພາສາອັງກິດ, ທ່ານມີສິດໄດ້ຮັບການຊ່ວຍເຫຼືອ ແລະ ຂໍ້ມູນທີ່ເປັນພາສາຂອງທ່ານໂດຍບໍ່ມີຄ່າໃຊ້ຈ່າຍ ແລະ ທັນເວລາ. ຖ້າຫາກທ່ານ ຫຼື ຜູ້ໃດຜູ້ໜຶ່ງທີ່ທ່ານກຳລັງໃຫ້ການຊ່ວຍເຫຼືອ, ມີສະພາບທາງການໄດ້ຍິນ ແລະ/ຫຼື ການເບິ່ງເຫັນທີ່ຂັດຂວາງການສື່ສານ, ທ່ານມີສິດໄດ້ຮັບການຊ່ວຍເຫຼືອ ແລະ ການບໍລິການເສີມໂດຍບໍ່ມີຄ່າໃຊ້ຈ່າຍ ແລະ ທັນເວລາ. ເພື່ອໃຫ້ໄດ້ຮັບການບໍລິການແປພາສາ ຫຼື ບໍລິການເສີມ, ກະລຸນາຕິດຕໍ່ຫາ Member Services (ການບໍລິການສະມາຊິກ) ໄດ້ທີ່ 1-877-687-1196 (Relay Texas/TTY 1-800-735-2989).</p>                                                                                                         |

AMB24-TX-C-00014

Ambetter from Superior HealthPlan includes EPO products that are underwritten by Celtic Insurance Company, and HMO products that are underwritten by Superior HealthPlan, Inc. These companies are each Qualified Health Plan issuers in the Texas Health Insurance Marketplace. This is a solicitation for insurance. ©2024 Celtic Insurance Company, ©2024 Superior HealthPlan, Inc. All rights reserved. Ambetter.SuperiorHealthPlan.com. If you, or someone you're helping, have questions about Ambetter from Superior HealthPlan, and are not proficient in English, you have the right to get help and information in your language at no cost and in a timely manner. If you, or someone you're helping, have an auditory and/or visual condition that impedes communication, you have the right to receive auxiliary aids and services at no cost and in a timely manner. To receive translation or auxiliary services, please contact Member Services at 1-877-687-1196 (Relay Texas/TTY 1-800-735-2989). For more information on your right to receive an Ambetter from Superior HealthPlan free of discrimination, or your right to receive language, auditory and/or visual assistance services, please visit AmbetterHealth.com and scroll to the bottom of the page.