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, visite https://www-es.ambetterhealth.com/en/nv/2026-brochures.html o llame al 1-866-263-8134 (TTY 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 1-855-868-4945) para pedir una copia.

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué es importante:
¿Cuánto es el deducible total?	$0 con un proveedor de atención de salud indígena (IHCP) o con una remisión de un IHCP para consultar a un proveedor que no sea IHCP; o $1,350por miembro/$2,700 por familia	En general, debe pagar todos los costos de los proveedores hasta la cantidad deducible antes de que este plan comience a pagar. Si tiene otros familiares en el plan, cada familiar debe satisfacer su propio deducible individual hasta que la cantidad total de gasto deducibles pagados por todos los familiares satisfagan el deducible familiar total.
¿Hay servicios cubiertos antes de alcanzar su deducible?	Sí. Los servicios de atención preventiva y ciertos medicamentos recetados están cubiertos antes de que alcance su deducible (ver información adicional a continuación).	Este plan cubre algunos productos y servicios aunque aún no haya alcanzado la cantidad del deducible. Sin embargo, se podría aplicar un copago o un coseguro. Por ejemplo, este plan cubre ciertos servicios preventivos sin costos compartidos antes de que alcance su deducible. Consulte una lista de servicios preventivos cubiertos en https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/.
¿Hay otros deducibles para servicios específicos?	No.	No debe pagar deducibles por servicios específicos.
¿Cuánto es el límite de gastos de bolsillo para este plan?	Para atención de proveedores de la red: $6,100 por miembro/$12,200 por familia. No se aplica a proveedores fuera de la red.	El límite de gastos de bolsillo es lo máximo que puede pagar en un año por servicios cubiertos. Si otros miembros de su familia pertenecen a este plan, estos tienen que alcanzar sus propios límites de gastos de bolsillo hasta que se alcance el límite de gastos de bolsillo general de la familia.
¿Qué es lo que no está incluido en el límite de gastos de bolsillo?	Primas, cargos de facturación de saldo, multas por no obtener autorización previa para los servicios y atención de salud que este plan no cubre.	Aunque pague estos gastos, no cuentan para el límite de gastos de bolsillo.

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué es importante:
¿Pagará menos si acude a un proveedor dentro de la red?	Sí. Visite https://ambetterhealth.com/en/nv/findadoc o llame al 1-866-263-8134 (TTY 1-855-868-4945) para obtener una lista de proveedores de la red.	Este plan utiliza una red de proveedores. Pagará menos si usa un proveedor que esté incluido en la red del plan. Pagará más si acude a un proveedor fuera de la red, y es posible que reciba una factura de un proveedor por la diferencia entre el cargo del proveedor y lo que su plan paga (facturación de saldo). Tenga en cuenta que su proveedor de la red puede usar un proveedor fuera de la red para algunos servicios (como análisis de laboratorio). Consulte con su proveedor antes de recibir los servicios.
¿Necesita una derivación para atenderse con un especialista?	Sí.	Este plan pagará algunos o todos los costos de las consultas con un especialista para los servicios cubiertos, pero sólo si usted tiene una referencia antes de consultar con el especialista.

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 de la red que no brinda atención de salud indígena (Usted pagará más)	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	Sin cargo.	$15 Copago / visita	Sin cobertura	Las Consultas de Atención Virtuales Ilimitadas, disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana, que reciba por parte del proveedor de telesalud designado de Ambetter están cubiertas Sin Cargo, los proveedores cuentan con cobertura completa y no se aplica deducible. Sin costo compartido para consultar a un proveedor que no sea IHCP con remisión de un IHCP.
	Consulta con un especialista	Sin cargo.	$45 Copago / visita	Sin cobertura	Ninguno Sin costo compartido para consultar a un proveedor que no sea IHCP con remisión de un IHCP.
	Atención preventiva/ evaluación/vacunas	Sin cargo.	Sin cargo; deducible no se aplica	Sin cobertura	Es posible que tenga que pagar por los servicios que no son preventivos. Consulte a su proveedor si los servicios que necesita son preventivos y luego verifique qué es lo que pagará el plan.

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 de la red que no brinda atención de salud indígena (Usted pagará más)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará el máximo)	
Si se realiza un examen	Exámenes de diagnóstico (radiografías, análisis de sangre)	Sin cargo.	$15 Copago / visita para servicios profesionales y de laboratorio 15% Coseguro para diagnóstico por imágenes y radiografías 15% Coseguro para servicios de laboratorio y profesionales, y radiografías y diagnóstico por imágenes en otros lugares de servicio	Sin cobertura	Se podría requerir una autorización previa. Cubierto sin límite. Otros lugares de servicio pueden ser un hospital, una sala de emergencias o un centro para pacientes ambulatorios. Si no obtiene una autorización previa para los servicios que la requieran, eso dará lugar al rechazo de los beneficios. Sin costo compartido para consultar a un proveedor que no sea IHCP con remisión de un IHCP.
	Diagnóstico por imágenes (tomografía computarizada/ tomografía por emisión de positrones, imágenes por resonancia magnética)	Sin cargo.	15% Coseguro	Sin cobertura	Se podría requerir una autorización previa. Cubierto sin límite. Las mamografías de diagnóstico y otras pruebas de diagnóstico por imágenes que puedan utilizarse para la detección del cáncer de seno están cubiertas sin costo compartido de acuerdo con la ley de Nevada. Sin costo compartido para consultar a un proveedor que no sea IHCP con remisión de un IHCP.

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 de la red que no brinda atención de salud indígena (Usted pagará más)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará el máximo)	
Si necesita un medicamento para tratar su enfermedad o condición médica. Hay más información disponible sobre la **cobertura de medicamentos con receta médica** en **https://ambetterhealth.com/en/nv/2026formulary**	Medicamentos genéricos	Sin cargo.	Nivel 1a: Venta minorista de medicamentos genéricos preferidos: $10 Copago / receta; deducible no se aplica Nivel 1b: Venta minorista de medicamentos genéricos: $10 Copago / receta; deducible no se aplica	Sin cobertura	Se podría requerir una autorización previa. Los medicamentos recetados se entregan en suministros de hasta 30 días a través de venta minorista y de hasta 90 días a través de los servicios de compra por correo. Las compras por correo están sujetas a un monto de costo compartido 2.5 veces mayor que el de venta minorista. Las transacciones de farmacias en las que se utilizan tarjetas de descuento o de ayuda con copagos contarán para el límite máximo de gastos de bolsillo y el costo compartido del miembro. Sin costo compartido para consultar a un proveedor que no sea IHCP con remisión de un IHCP.
	Medicamentos de marca preferidos	Sin cargo.	Nivel 2: Venta minorista: $30 Copago / receta; deducible no se aplica	Sin cobertura	Se podría requerir una autorización previa. Los medicamentos recetados se entregan en suministros de hasta 30 días a través de venta minorista y de hasta 90 días a través de los servicios de compra por correo. Las compras por correo están sujetas a un monto de costo compartido 2.5 veces mayor que el de venta minorista. Sin costo compartido para consultar a un proveedor que no sea IHCP con remisión de un IHCP.
	Medicamentos de marca no preferidos y genéricos no preferidos	Sin cargo.	Nivel 3: Venta minorista: 30% Coseguro	Sin cobertura	

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 de la red que no brinda atención de salud indígena (Usted pagará más)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará el máximo)	
	Medicamentos de especialidad	Sin cargo.	Nivel 4: Venta minorista: 45% Coseguro	Sin cobertura	Se podría requerir una autorización previa. Los medicamentos recetados se entregan en suministros de hasta 30 días a través de venta minorista y de hasta 30 días a través de los servicios de compra por correo. Las transacciones de farmacias en las que se utilizan tarjetas de descuento o de ayuda con copagos contarán para el límite máximo de gastos de bolsillo y el costo compartido del miembro. Sin costo compartido para consultar a un proveedor que no sea IHCP con remisión de un IHCP.
Si le hacen una cirugía ambulatoria	Tarifa del centro (p. ej., centro de cirugía ambulatoria)	Sin cargo.	15% Coseguro	Sin cobertura	Se podría requerir una autorización previa. Cubierto sin límite. Sin costo compartido para consultar a un proveedor que no sea IHCP con remisión de un IHCP.
	Tarifas del médico/cirujano	Sin cargo.	15% Coseguro	Sin cobertura	Se podría requerir una autorización previa. Cubierto sin límite. Sin costo compartido para consultar a un proveedor que no sea IHCP con remisión de un IHCP.
Si necesita atención médica inmediata	Atención en la Sala de Emergencias	Sin cargo.	15% Coseguro	15% Coseguro	Ninguno Sin costo compartido para consultar a un proveedor que no sea IHCP conremisión de un IHCP.
	Transporte médico de emergencia	Sin cargo.	15% Coseguro	15% Coseguro	Cubierto sin límite. Nota: No se requiere autorización previa para el transporte de emergencia. Sin embargo, todo transporte que no sea de emergencia requiere autorización previa. Si recibe servicios de un proveedor de ambulancia terrestre o acuática fuera de la red, es posible que deba pagar una facturación de saldo. Sin costo compartido para consultar a un proveedor que no sea IHCP con remisión de un IHCP.
	Atención de urgencia	Sin cargo.	$30 Copago / visita	Sin cobertura	Ninguno Sin costo compartido para consultar a un proveedor que no sea IHCP con remisión de un IHCP.
Si necesita hospitalización	Tarifa del centro (p. ej., habitación del hospital)	Sin cargo.	15% Coseguro	Sin cobertura	Se podría requerir una autorización previa. Cubierto sin límite. Sin costo compartido para consultar a un proveedor que no sea IHCP con remisión de un IHCP.

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 de la red que no brinda atención de salud indígena (Usted pagará más)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará el máximo)	
	Tarifas del médico/cirujano	Sin cargo.	15% Coseguro	Sin cobertura	Se podría requerir una autorización previa. Cubierto sin límite. Sin costo compartido para consultar a un proveedor que no sea IHCP con remisión de un IHCP.
Si necesita servicios de salud mental, salud conductual o de abuso de sustancias	Servicios para pacientes ambulatorios	Sin cargo.	Visita al consultorio: $15 Copago / visita; Otros servicios para pacientes ambulatorios: 15% Coseguro	Sin cobertura	Se podría requerir una autorización previa. Cubierto sin límite. (No se necesita autorización previa para las visitas al consultorio del proveedor de atención primaria (PCP) o de otro médico). Sin costo compartido para consultar a un proveedor que no sea IHCP con remisión de un IHCP.
	Servicios para pacientes hospitalizados	Sin cargo.	15% Coseguro	Sin cobertura	Se podría requerir una autorización previa. Cubierto sin límite. Sin costo compartido para consultar a un proveedor que no sea IHCP con remisión de un IHCP.
Si está embarazada	Visitas al consultorio	Sin cargo.	$15 Copago / visita	Sin cobertura	No se requiere autorización previa para los partos dentro del plazo estándar según las leyes federales, pero puede ser necesaria para otros servicios. El costo compartido no se aplica a los servicios preventivos, como los exámenes prenatales y postnatales de rutina. Según el tipo de servicios, podría aplicarse un coseguro, un deducible o un copago. La atención por maternidad puede incluir pruebas y servicios descritos en otros apartados del Resumen de beneficios y cobertura (SBC) (p. ej., ecografía). Sin costo compartido para consultar a un proveedor que no sea IHCP con remisión de un IHCP.
	Servicios profesionales para el nacimiento y el parto	Sin cargo.	15% Coseguro	Sin cobertura	Se podría requerir una autorización previa. No se aplica costo compartido a los servicios preventivos. Según el tipo de servicios, podría aplicarse un coseguro, un deducible o un copago. La atención por maternidad puede incluir pruebas y servicios descritos en otros apartados del Resumen de beneficios y cobertura (SBC)
	Servicios hospitalarios para el nacimiento y el parto	Sin cargo.	15% Coseguro	Sin cobertura	

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 de la red que no brinda atención de salud indígena (Usted pagará más)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará el máximo)	
					(p. ej., ecografía). Sin costo compartido para consultar a un proveedor que no sea IHCP con remisión de un IHCP.

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 de la red que no brinda atención de salud indígena (Usted pagará más)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará el máximo)	
Si necesita servicios de recuperación o tiene otras necesidades especiales de salud	Atención médica en el hogar	Sin cargo.	15% Coseguro	Sin cobertura	Se podría requerir una autorización previa. Ilimitado excepto para lo siguiente: Se limita a 1 consulta de servicio social médico por curso de tratamiento y 1 consulta de nutrición. Sin costo compartido para consultar a un proveedor que no sea IHCP con remisión de un IHCP.
	Servicios de rehabilitación	Sin cargo.	Atención ambulatoria: 15% Coseguro Servicios hospitalarios 15% Coseguro	Sin cobertura	Pacientes ambulatorios: Se podría requerir una autorización previa. Los servicios de rehabilitación para pacientes hospitalizados y ambulatorios están limitados a un total de 120 visitas al año. Nota: Los límites no se aplican para diagnósticos de trastorno por consumo de sustancias, de salud mental o de tartamudez. Pacientes hospitalizados: Se podría requerir una autorización previa. Los servicios de rehabilitación para pacientes hospitalizados y ambulatorios están limitados a un total de 120 visitas al año. Nota: Los límites no se aplican para diagnósticos de trastorno por consumo de sustancias, de salud mental o de tartamudez. Sin costo compartido para consultar a un proveedor que no sea IHCP con remisión de un IHCP.

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 de la red que no brinda atención de salud indígena (Usted pagará más)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará el máximo)	
	Servicios de habilitación	Sin cargo.	Pacientes ambulatorios: 15% Coseguro Pacientes hospitalizados: 15% Coseguro	Sin cobertura	Pacientes ambulatorios: Se podría requerir una autorización previa. Los servicios de rehabilitación para pacientes hospitalizados y ambulatorios están limitados a un total de 120 visitas al año. Nota: Los límites no se aplican para diagnósticos de tartamudez. Pacientes hospitalizados: Se podría requerir una autorización previa. Los servicios de rehabilitación para pacientes hospitalizados y ambulatorios están limitados a un total de 120 visitas al año. Nota: Los límites no se aplican para diagnósticos de trastorno por consumo de sustancias, de salud mental o de tartamudez. Sin costo compartido para consultar a un proveedor que no sea IHCP con remisión de un IHCP.
	Atención de enfermería especializada	Sin cargo.	15% Coseguro	Sin cobertura	Se podría requerir una autorización previa. Se limita a 100 días por año. Sin costo compartido para consultar a un proveedor que no sea IHCP con remisión de un IHCP.
	Equipo médico duradero	Sin cargo.	15% Coseguro	Sin cobertura	Se podría requerir una autorización previa. Los artículos comprados se limitan a 1 cada 3 años. Sin costo compartido para consultar a un proveedor que no sea IHCP con remisión de un IHCP.
	Servicios en un programa de cuidados paliativos	Sin cargo.	15% Coseguro	Sin cobertura	Se podría requerir una autorización previa. Ilimitado excepto para lo siguiente: Los servicios de duelo están limitados a 5 sesiones de terapia de grupo por episodio. Sin costo compartido para consultar a un proveedor que no sea IHCP con remisión de un IHCP.
Si su hijo necesita servicios dentales o de la vista	Examen de la vista para niños	Sin cargo.	Sin cargo; No se aplica deducible	Sin cobertura	Limitado a 1 consulta por año. Sin costo compartido para consultar a un proveedor que no sea IHCP con remisión de un IHCP.

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 de la red que no brinda atención de salud indígena (Usted pagará más)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará el máximo)	
	Anteojos para niños	Sin cargo.	Sin cargo; No se aplica deducible	Sin cobertura	Se limita a 1 artículo por año. Sin costo compartido para consultar a un proveedor que no sea IHCP con remisión de un IHCP.
	Control dental para niños	Sin cobertura.	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 miembro está en peligro) • Acupuntura • Atención a largo plazo.	• Atención de la vista de rutina (adultos). • Atención dental (adultos) • Atención dental (niños)	• Atención que no es de emergencia cuando viaja fuera de los EE. UU. • Cirugía cosmética. • Programas para bajar 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 quiropráctico (limitada a 20 visitas por año). • Audífonos (limitado a 1 artículo cada 3 años)	• Cirugía bariátrica (se limita a 1 cirugía de por vida) • Cuidado de los pies de rutina.	• Enfermería privada. • Tratamiento de la infertilidad (los servicios de inseminación artificial se limitan a 6 ciclos de por vida)

Su derecho a continuar con la cobertura: Hay organismos que pueden ayudarle si quiere mantener la cobertura después de que esta finalice. La información de contacto de esas agencias es: Ambetter from SilverSummit Healthplan, 1-866-263-8134 (TTY 1-855-868-4945); Nevada Division of Insurance, 3300 West Sahara Ave., Suite 275, Las Vegas, Nevada, 89102, Phone: 1-888-872-3234; Administración de Seguridad de Beneficios para Empleados del Departamento de Trabajo, 1-866-444-EBSA (3272); u Programa de Plan Multiestatal de la Oficina de Gestión de Personal, https://www.opm.gov/healthcare-insurance/multi-state-plan-

program/external-review/. Es posible que haya otras opciones de cobertura disponibles para usted, como contratar una cobertura de seguro individual a través del Mercado de Seguros de Salud. Para obtener más información sobre el Mercado, visite 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 West Sahara Ave., Suite 275, Las Vegas, Nevada, 89102, Phone: 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 se aplica

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 1-855-868-4945).
Tagalog (Tagalog): Kung kailangan ninyo ang tulong sa Tagalog tumawag sa 1-866-263-8134 (TTY 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 1-855-868-4945).
Navajo (Dine): Dinek'ehgo shika at'ohwol ninisingo, kwiijigo holne' 1-866-263-8134 (TTY 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	$1,350
Médico especialista copago	$45
Hospital (centro) coseguro	15%
Otro coseguro	15%

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:

Costos compartidos	
Deducibles	$0
Copagos	$0
Coseguro	$0
Lo que no está cubierto	
Límites o exclusiones	$0
El total que Peg pagaría es	**$0**

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	$1,350
Médico especialista copago	$45
Hospital (centro) coseguro	15%
Otro coseguro	15%

Este EJEMPLO de evento incluye servicios como:
Visitas al consultorio del médico de atención primaria *(incluye la educación sobre enfermedades)*
Exámenes de diagnóstico *(análisis de sangre)*
Medicamentos recetados
Equipo médico duradero *(glucómetro)*

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

En este ejemplo, Joe pagaría:

Costos compartidos	
Deducibles	$0
Copagos	$0
Coseguro	$0
Lo que no está cubierto	
Límites o exclusiones	$0
El total que Joe pagaría es	**$0**

Fractura simple de Mia
(visita a la sala de emergencias dentro de la red y atención de seguimiento)

El deducible general del plan	$1,350
Médico especialista copago	$45
Hospital (centro) coseguro	15%
Otro coseguro	15%

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:

Costos compartidos	
Deducibles	$0
Copagos	$0
Coseguro	$0
Lo que no está cubierto	
Límites o exclusiones	$0
El total que Mia pagaría es	**$0**

Nota: Estas cifras suponen que el paciente recibió atención de un proveedor IHCP o tenía una remisión de un IHCP para consultar a un proveedor que no sea IHCP. Si recibe atención de un proveedor que no sea IHCP sin la remisión de un IHCP, sus costos pueden ser más altos.

El **plan** sería responsable de los demás costos de los servicios cubiertos de este EJEMPLO.

English:	If you, or someone you are helping, have questions about Ambetter from SilverSummit 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 1-866-263-8134 (TTY 1-855-868-4945).
Spanish:	Si usted, o alguien a quien está ayudando, tiene preguntas acerca de Ambetter from SilverSummit 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 1-866-263-8134 (TTY 1-855-868-4945).
Tagalog:	Kung ikaw, o ang iyong tinutulungan, ay may mga katanungan tungkol sa Ambetter from SilverSummit 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 tinutulungan, 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 1-866-263-8134 (TTY 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，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 1-866-263-8134 (TTY 1-855-868-4945)。
Korean:	귀하 또는 귀하의 도움을 받는 분이 Ambetter from SilverSummit 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 1-866-263-8134 (TTY 1-855-868-4945)번으로 가입자 서비스부에 연락해주십시오.
Vietnamese:	Nếu quý vị hoặc người mà quý vị đang giúp đỡ có câu hỏi về Ambetter from SilverSummit 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 1-866-263-8134 (TTY 1-855-868-4945).
Amharic:	እርስዎ ወይም ሌላ የሚያግዙት ሰው፣ ስለ Ambetter from SilverSummit Healthplan ጥያቄ ካለዎት እና እንግሊዝኛ ብቁ ካልሆኑ፣ ያለምንም ወጪ እና በጊዜው በቋንቋዎ እርዳታ እና መረጃ የማግኘት መብት አልዎት። እርስዎ ወይም ሌላ የሚያግዙት ሰው፣ ግንኙነትን የሚያደናቅፍ የመስማት እና/ወይም የእይታ ችግር ካልዎት፣ አጋዥ እርዳታዎችን እና አገልግሎቶችን ያለ ምንም ወጪ እና በጊዜው የመቀበል መብት አልዎት። የትርጉም ወይም ረዳት አገልግሎቶችን ለማግኘት እባክዎ በ 1-866-263-8134 (TTY 1-855-868-4945) የአባል አገልግሎቶች ን ያናግሩ።
Thai:	หากคุณหรือคนที่คุณกำลังให้ความช่วยเหลือมีคำถามเกี่ยวกับ Ambetter from SilverSummit Healthplan และไม่ชำนาญในการใช้ภาษาอังกฤษ คุณมีสิทธิ์ที่จะขอรับความช่วยเหลือและข้อมูลในภาษาของคุณโดยไม่เสียค่าใช้จ่ายอย่างทันท่วงที หากคุณหรือคนที่คุณกำลังให้ความช่วยเหลือมีภาวะด้านการฟังและ/หรือการมองเห็นที่เป็นอุปสรรคต่อการสื่อสาร คุณมีสิทธิ์ที่จะขอรับความช่วยเหลือและบริการเสริมโดยไม่เสียค่าใช้จ่ายอย่างทันท่วงที หากต้องการบริการด้านการแปลหรือบริการเสริม โปรดติดต่อ บริการสำหรับสมาชิก ที่หมายเลข 1-866-263-8134 (TTY 1-855-868-4945)

Japanese:	ご自身やあなたが介護している他の人が、Ambetter from SilverSummit 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、1-866-263-8134 (TTY 1-855-868-4945)のメンバーサービスにご連絡ください。
Arabic:	إذا كان لديك أو لدى شخص تساعده أسئلة حول Ambetter from SilverSummit 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 تساعده 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 بـ خدمات الأعضاء على 1-866-263-8134 (TTY 1-855-868-4945).
Russian:	Если у вас или у лица, которому вы помогаете, возникли какие-либо вопросы о программе страхования Ambetter from SilverSummit 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 1-866-263-8134 (TTY 1-855-868-4945).
French:	Si vous-même ou une personne que vous aidez avez des questions à propos d'Ambetter from SilverSummit 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 1-866-263-8134 (TTY 1-855-868-4945).
Farsi:	اگر شما یا فردی که دارید به او کمک می‌کنید، سؤالی درباره Ambetter from SilverSummit Healthplan دارید، و انگلیسی نمی‌دانید، 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 می‌کنید مشکلات شنوایی یا بینایی دارد که برقراری ارتباط را سخت می‌کند، حق دارید کمک‌ها و خدمات امدادی را به زبان خودتان به رایگان و به موقع دریافت کنید. برای دریافت کمک‌ها و خدمات امدادی لطفاً با خدمات اعضا به شماره 1-866-263-8134 (TTY 1-855-868-4945) تماس بگیرید.
Samoan:	Afai e te le lelei i le Igilisi ma o oe po'o se tasi o lo'o e fesoasoani i ai o lo'o i ai ni fa'afitauli e uiga i le Ambetter from SilverSummit Healthplan, o lo'o ia te oe le ai e maua fua ai ma vave fesoasoani ma fa'amatalaga i lau lava gagana. E iai lau ai tatau e maua fua ma vave fesoasoani fesoasoani ma au'aunaga pe afai o oe po'o se tasi o lo'o e fesoasoani i ai o lo'o i ai se fa'aletonu i le va'ai po'o le fa'alogo e faigata ai feso'ota'iga. Ina ia maua auaunaga faaliliu upu poo tulaga tau aafiaga tumau i le soifua, faamolemole, faafesoota'i le 'Auauanga a le au paia le 1-866-263-8134 (TTY 1-855-868-4945).
German:	Falls Sie oder jemand, dem Sie helfen, Fragen zu Ambetter from SilverSummit 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 1-866-263-8134 (TTY 1-855-868-4945).
Ilocano:	No sika, wenno ti maysa a tultulungam, ket addaan kadagiti saludsod maipapan iti Ambetter from SilverSummit Healthplan, ken saan a nalaing iti Ingles, adda karbengam a makagun od iti tulong ken impormasion iti pagsasaom nga awan ti gastos ken iti naintiempuan a wagas. No sika, wenno ti maysa a tultulungam, ket addaan iti problema iti panagdengngeg ken/wenno panagkita a manglapped iti komunikasion, adda karbengam nga umawat kadagiti kanayonan a tulong ken serbisio para ti disabilidad nga awan ti gastos ken iti naintiempuan a wagas. Tapno makaawat kadagiti serbisio ti panagipatarus wenno para ti disabilidad, maidawat a kontakem ti Serbisio iti Miembro iti 1-866-263-8134 (TTY 1-855-868-4945).