



! El documento Resumen de Beneficios y Cobertura (Summary of Benefits and Coverage, SBC) le ayudará a elegir un **plan** de salud. El Resumen de Beneficios y Cobertura refleja cómo usted y el **plan** compartirán el costo de los servicios cubiertos para el cuidado de la salud. **NOTA:** La información sobre el costo de este **plan** (llamado **prima**) se proporcionará por separado. Este es solo un resumen. Para obtener más información sobre su cobertura o para obtener una copia de las condiciones completas de la cobertura, llame al 1-888-607-5214 o visite welcometouhc.com. Para ver las definiciones generales de términos frecuentes, tales como **cantidad permitida**, **facturación del saldo**, **coseguro**, **copago**, **deducible**, **proveedor** u otros términos **subrayados**, consulte el Glosario. Puede ver el Glosario en https://www.cms.gov/CCIIO/Resources/Forms-Reports-and-Other-Resources/Downloads/Spanish-UG-07-27-OHPSCA-edits-mk-080316_508.pdf o llamar al 1-888-607-5214 para solicitar una copia.

Preguntas Importantes	Respuestas	Por qué Esto es Importante:
¿Cuál es el deducible general?	Dentro de la red: \$1,000 individual/ \$2,000 familiar Fuera de la red: \$3,500 individual/ \$7,000 familiar Por cada año calendario.	Por lo general, usted debe pagar todos los costos de los proveedores hasta alcanzar el deducible para que este plan comience a pagar. Si usted tiene otros familiares inscritos en el plan , cada familiar debe alcanzar su propio deducible individual hasta que el total de gastos deducibles pagados por todos los familiares alcance el deducible familiar general.
¿Hay servicios cubiertos antes de que usted alcance su deducible ?	Sí. Los servicios para el cuidado preventivo y las categorías con copago están cubiertos antes de que usted alcance su deducible .	Este plan cubre algunos artículos y servicios, aunque usted no haya alcanzado aún el deducible anual. Sin embargo, es posible que se aplique un copago o coseguro . Por ejemplo, este plan cubre ciertos servicios preventivos sin costo compartido y antes de que usted alcance su deducible . Consulte una lista de los servicios cubiertos en www.cuidadodesalud.gov/es/coverage/preventive-care-benefits/ .
¿Hay otros deducibles por servicios específicos?	No.	Usted no tiene que alcanzar deducibles por servicios específicos.
¿Cuál es el límite de gastos de su bolsillo para este plan ?	Dentro de la red: \$3,500 individual/ \$7,000 familiar Fuera de la red: \$11,000 individual/ \$22,000 familiar Por cada año calendario.	El límite de gastos de su bolsillo es lo máximo que usted podría pagar en un año por servicios cubiertos. Si usted tiene otros familiares inscritos en este plan , ellos tienen que alcanzar sus propios límites de gastos de su bolsillo hasta que se haya alcanzado el límite de gastos de su bolsillo familiar general.
¿Qué no está incluido en el límite de gastos de su bolsillo ?	Primas , cargos de facturación del saldo , cuidado de la salud que este plan no cubre y multas por no obtener preautorización para recibir servicios.	Aunque usted paga estos gastos, no se toman en cuenta para alcanzar el límite de gastos de su bolsillo .
¿Pagará menos si usa un proveedor de la red ?	Sí. Visite myuhc.com o llame al 1-888-607-5214 para obtener una lista de proveedores de la red . Para consultar una lista de farmacias, entre a www.caremark.com y use la herramienta “ FIND A PHARMACY ” (BUSCAR UNA FARMACIA).	Este plan usa una red de proveedores . Usted pagará menos si usa un proveedor dentro de la red del plan . Pagará lo máximo si usa un proveedor fuera de la red , y podría recibir una factura de un proveedor por la diferencia entre lo que cobra el proveedor y lo que paga su plan (facturación del saldo). Tenga en cuenta que su proveedor de la red podría usar un proveedor fuera de la red para algunos servicios (p. ej., pruebas de laboratorio). Verifíquelo con su proveedor antes de recibir servicios.
¿Necesita una referencia para consultar a un especialista ?	No.	Puede consultar al especialista que elija sin una referencia .



Todos los costos de [copago](#) y [coseguro](#) que se indican en esta tabla son después de que usted haya alcanzado su [deducible](#), si se aplica un [deducible](#).

Evento Médico Común	Servicios que Podría Necesitar	Lo que Pagará Usted		Limitaciones, Excepciones y Otra Información Importante
		Proveedor de la Red (Usted pagará lo mínimo)	Proveedor Fuera de la Red (Usted pagará lo máximo)	
Si visita una clínica o el consultorio de un proveedor de cuidado de la salud	Visita al médico de cuidado primario para tratar una lesión o enfermedad	\$25 de copago por cada visita, no se aplica el deducible .	30% de coseguro	Visitas virtuales (telesalud) - \$25 de copago por visita a un proveedor de la red designado para visitas virtuales; no aplica deducible . Sin cobertura para visitas virtuales fuera de la red . Si recibe otros servicios además de la visita al consultorio, se pueden aplicar copagos , deducibles o coseguros adicionales; p. ej., por cirugía.
	Visita a un especialista	\$50 de copago por cada visita, no se aplica el deducible .	30% de coseguro	Si recibe otros servicios además de la visita al consultorio, se pueden aplicar copagos , deducibles o coseguros adicionales; p. ej., por cirugía.
	Cuidado preventivo/pruebas de detección /vacunas	Sin cargo	30% de coseguro	Es posible que tenga que pagar los servicios que no sean preventivos. Pregúntele a su proveedor si los servicios que usted necesita son preventivos. Luego verifique lo que pagará su plan .
Si le realizan un examen	Prueba de diagnóstico (radiografía, análisis de sangre)	Sin cargo	30% de coseguro	Ninguna
	Estudios por imágenes (tomografías computarizadas [CT]/tomografías por emisión de positrones [PET], imágenes por resonancia magnética [MRI])	10% de coseguro	30% de coseguro	Ninguna

* Para obtener más información sobre las limitaciones y excepciones, consulte el documento del [plan](#) o de la póliza en welcometouhc.com.

Evento Médico Común	Servicios que Podría Necesitar	Lo que Pagará Usted		Limitaciones, Excepciones y Otra Información Importante
		Proveedor de la Red (Usted pagará lo mínimo)	Proveedor Fuera de la Red (Usted pagará lo máximo)	
Si necesita medicamentos para tratar su enfermedad o condición	Nivel 1 - Medicamentos genéricos	Farmacia minorista \$7.50 de copago; Farmacia de pedidos por correo: 0-13 días = \$5 de copago 31-60 días = \$10 de copago 61-90 días = \$15 de copago	Sin cobertura	<p>Los copagos de farmacia minorista son para un suministro de medicamento de 31 días.</p> <p>El copago de farmacia minorista será el doble después del segundo resurtido de medicamentos de mantenimiento.</p> <p>La farmacia de pedidos por correo puede surtir medicamentos con receta por 30, 60 y 90 días. Los medicamentos con receta para 90 días se pueden comprar en su Farmacia CVS o Target local por el mismo copago que el de la farmacia de pedidos por correo para un suministro de 90 días.</p> <p>Los medicamentos de especialidad, Nivel 4, según aprobación del programa Prudent Rx de CVS estarán cubiertos con un copago de \$0 si el miembro se inscribe en el programa Prudent Rx. Si el miembro no está inscrito en el programa Prudent Rx, estará sujeto a un 30% de coseguro sobre el costo del medicamento.</p> <p>Los copagos por sus medicamentos con receta se tomarán en cuenta para alcanzar el máximo de gastos de su bolsillo por cada año calendario.</p> <p>Tenga en cuenta: no todos los medicamentos con receta están cubiertos por el plan. Para determinar si un medicamento específico está cubierto, ingrese a su cuenta en www.caremark.com y use la herramienta "Check Drug Coverage Cost" (Consultar el costo de cobertura de medicamentos).</p>
	Nivel 2 - Medicamentos de marca preferidos	Farmacia minorista \$25 de copago; Farmacia de pedidos por correo: 0-13 días = \$17 de copago 31-60 días = \$34 de copago 61-90 días = \$50 de copago	Sin cobertura	
	Nivel 3 - Medicamentos de marca no preferidos	Farmacia minorista \$50 de copago; Farmacia de pedidos por correo: 0-13 días = \$30 de copago 31-60 días = \$60 de copago 61-90 días = \$90 de copago	Sin cobertura	
	Nivel 4 - Medicamentos de especialidad	Farmacia especializada CVS \$0 o 30% de coseguro	No corresponde	
Si le realizan una cirugía como paciente ambulatorio	Tarifa del centro (p. ej., centro de cirugía ambulatoria)	10% de <u>coseguro</u>	30% de <u>coseguro</u>	Ninguna
	Honorarios del médico/cirujano	10% de <u>coseguro</u>	30% de <u>coseguro</u>	Si un servicio es prestado en el consultorio de un médico de la red, está cubierto por el copago por la visita al consultorio.

Evento Médico Común	Servicios que Podría Necesitar	Lo que Pagará Usted		Limitaciones, Excepciones y Otra Información Importante
		Proveedor de la Red (Usted pagará lo mínimo)	Proveedor Fuera de la Red (Usted pagará lo máximo)	
Si necesita atención médica inmediata	Cuidado en la sala de emergencias	10% de <u>coseguro</u>	*10% de <u>coseguro</u>	*Se aplica el <u>deducible dentro de la red</u>
	Transporte médico de emergencia	10% de <u>coseguro</u> , no se aplica el <u>deducible</u> .	10% de <u>coseguro</u> , no se aplica el <u>deducible</u> .	Ninguna
	Cuidado de urgencia	10% de <u>coseguro</u>	30% de <u>coseguro</u>	Ninguna
En caso de una estadía en el hospital	Tarifa del centro (p. ej., habitación de hospital)	10% de <u>coseguro</u>	30% de <u>coseguro</u>	Se requiere <u>preautorización</u> fuera de la <u>red</u> o el beneficio se reduce en \$250.
	Honorarios del médico/cirujano	10% de <u>coseguro</u>	30% de <u>coseguro</u>	Si un servicio es prestado en el consultorio de un médico de la red, está cubierto por el copago por la visita al consultorio.
Si necesita servicios para la salud mental, la salud del comportamiento o el abuso de sustancias	Servicios para pacientes ambulatorios	\$25 de <u>copago</u> por cada visita, no se aplica el <u>deducible</u> .	30% de <u>coseguro</u>	Ninguna
	Servicios para pacientes hospitalizados	10% de <u>coseguro</u>	30% de <u>coseguro</u>	Ninguna
Si está embarazada	Visitas al consultorio	Sin cargo	30% de <u>coseguro</u>	No se aplica el <u>costo compartido</u> a los <u>servicios preventivos</u> . Según el tipo de servicio, se puede aplicar un <u>copago</u> , <u>coseguro</u> o <u>deducible</u> . El cuidado de maternidad puede incluir pruebas y servicios descritos en otra parte del Resumen de Beneficios y Cobertura (p. ej., ecografía.)
	Servicios profesionales para el parto	10% de <u>coseguro</u>	30% de <u>coseguro</u>	
	Servicios del centro para el parto	10% de <u>coseguro</u>	30% de <u>coseguro</u>	Se puede aplicar el requisito de <u>preautorización</u> para pacientes hospitalizados.

Evento Médico Común	Servicios que Podría Necesitar	Lo que Pagará Usted		Limitaciones, Excepciones y Otra Información Importante
		Proveedor de la Red (Usted pagará lo mínimo)	Proveedor Fuera de la Red (Usted pagará lo máximo)	
Si necesita ayuda para recuperarse o tiene otras necesidades especiales de salud	Cuidado de asistencia médica a domicilio	10% de <u>coseguro</u>	30% de <u>coseguro</u>	Se limita a 100 visitas por cada año calendario. Se requiere <u>preautorización</u> fuera de la <u>red</u> o el beneficio se reduce en \$250.
	Servicios para la rehabilitación	10% de <u>coseguro</u>	30% de <u>coseguro</u>	Se limitan a 40 visitas por terapia, por cada año calendario.
	Servicios para la habilitación	10% de <u>coseguro</u>	30% de <u>coseguro</u>	Los servicios se prestan conforme a los <u>servicios para la rehabilitación</u> indicados anteriormente, y los límites se combinan con los de estos.
	Cuidado de enfermería especializada	10% de <u>coseguro</u>	30% de <u>coseguro</u>	Se limita a 100 días por cada año calendario (combinados con la rehabilitación para pacientes hospitalizados). Se requiere <u>preautorización</u> fuera de la <u>red</u> o el beneficio se reduce en \$250.
	Equipo médico duradero	10% de <u>coseguro</u>	30% de <u>coseguro</u>	Cubre una sola compra de 1 tipo cualquiera de Equipo Médico Duradero (incluida la reparación o el reemplazo). Se requiere <u>preautorización</u> para Equipo Médico Duradero fuera de la red que exceda los \$1,000 o el beneficio se reduce en \$250.
	Servicios para cuidados paliativos	10% de <u>coseguro</u>	30% de <u>coseguro</u>	Se limitan a 180 días por cada año calendario. Se requiere <u>preautorización</u> para recibir servicios fuera de la <u>red</u> antes de la admisión para una estadía como paciente hospitalizado en un centro de cuidados paliativos o el beneficio se reduce en \$250.
Si su hijo necesita cuidado dental o de la vista	Examen de la vista para niños	Sin cobertura	Sin cobertura	Sin cobertura de exámenes de la vista para niños.
	Anteojos para niños	Sin cobertura	Sin cobertura	Sin cobertura de anteojos para niños.
	Examen dental para niños	Sin cobertura	Sin cobertura	Sin cobertura de exámenes dentales para niños.

Servicios Excluidos y Otros Servicios Cubiertos:

Servicios que Su [Plan](#) Generalmente NO Cubre (Para obtener más información y una lista de otros [servicios excluidos](#), consulte el documento de su póliza o plan.)

- | | | |
|--|--|--|
| <ul style="list-style-type: none">• Acupuntura• Cirugía estética• Cuidado dental• Anteojos para niños | <ul style="list-style-type: none">• Aparatos auditivos• Tratamiento de la infertilidad• Cuidado a largo plazo• Cuidado que no es de emergencia mientras viaja fuera de los Estados Unidos | <ul style="list-style-type: none">• Servicios de enfermería privada• Cuidado de la vista de rutina• Cuidado de los pies de rutina – Excepto que esté cubierto para la diabetes• Programas de control de peso (excepto para Real Appeal) |
|--|--|--|

Otros Servicios Cubiertos (Se pueden aplicar limitaciones a estos servicios. Esta no es una lista completa. Consulte el documento de su [plan](#).)

- | | |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none">• Cuidado quiropráctico (manipulativo) – 20 visitas por cada año calendario | <ul style="list-style-type: none">• Cirugía bariátrica |
|---|--|

Sus Derechos a Continuar con la Cobertura: Si usted desea continuar con su cobertura después de que termine, hay agencias que pueden ayudar. La información de contacto de dichas agencias es la siguiente: Administración de Seguridad de Beneficios del Empleado del Departamento de Trabajo de los Estados Unidos al 1-866-444-3272 o en www.dol.gov/ebsa, o Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos al 1-877-267-2323 ext. 61565 o en www.cciio.cms.gov. También es posible que usted disponga de otras opciones de cobertura, por ejemplo, comprar una cobertura de seguro individual a través del [Mercado de Seguros](#) de Salud. Para obtener más información sobre el [Mercado](#), visite www.cuidadodesalud.gov/es o llame al 1-800-318-2596.

Sus Derechos a Presentar Quejas Formales y Apelaciones: Hay agencias que pueden ayudar si usted tiene una queja contra su [plan](#) sobre la denegación de un [reclamo](#). Esta queja se llama [queja formal](#) o [apelación](#). Para obtener más información sobre sus derechos, examine la explicación de beneficios que recibirá por ese [reclamo](#) médico. Los documentos de su [plan](#) también proporcionan información completa para presentar un [reclamo](#), una [apelación](#) o una [queja formal](#) por cualquier motivo ante su [plan](#). Para obtener más información sobre sus derechos o este aviso, o para obtener ayuda, comuníquese con: el número de Servicio al Cliente que se encuentra en la parte de atrás de su tarjeta de ID o en myuhc.com.

Además, un programa de asistencia al consumidor puede ayudarle a presentar su apelación. Visite dol.gov/ebsa/healthreform.

¿Este plan proporciona Cobertura Esencial Mínima? Sí

Si usted no tiene [Cobertura Esencial Mínima](#) durante un mes, tendrá que realizar un pago cuando presente su declaración de impuestos, a menos que califique para una exención del requisito de tener cobertura de salud por ese mes.

¿Este plan cumple con las Normas de Valor Mínimo? Sí

Si su [plan](#) no cumple con las [Normas de Valor Mínimo](#), es posible que usted cumpla los requisitos para recibir un [crédito para el impuesto sobre la prima](#) que le ayude a pagar un [plan](#) a través del [Mercado](#).

Servicios de Acceso en Otros Idiomas:

Spanish (Español): Para obtener asistencia en Español, llame al 1-888-607-5214.

Tagalog (Tagalog): Kung kailangan ninyo ang tulong sa Tagalog tumawag sa 1-888-607-5214.

Chinese (中文): 如果需要中文的帮助, 请拨打这个号码 1-888-607-5214.

Navajo (Dine): Dinek'ehgo shika at'ohwol ninisingo, kwijigo holne' 1-888-607-5214.

————— *Para ver ejemplos de cómo este plan podría cubrir los costos de una situación médica, consulte la próxima sección.* —————

Acerca de estos Ejemplos de Cobertura:



Esto no es un estimador de costos. Los tratamientos mencionados son solo ejemplos de cómo este [plan](#) podría cubrir el cuidado médico. Sus costos reales serán diferentes según el cuidado real que usted reciba, los precios que le cobren sus [proveedores](#) y muchos otros factores. Preste atención a los [costos compartidos](#) ([deducibles](#), [copagos](#) y [coseguros](#)) y los [servicios excluidos](#) del [plan](#). Use esta información para comparar la parte de los costos que podría pagar en diferentes [planes](#) de salud. Tenga en cuenta que estos ejemplos de cobertura se basan en una cobertura individual.

Peg Tendrá un Bebé (9 meses de cuidado prenatal y parto en el hospital dentro de la red)		Manejo de la Diabetes tipo 2 de Joe (un año de cuidado de rutina dentro de la red de una condición bien controlada)		Fractura Simple de Mia (visita a la sala de emergencias y cuidado médico de seguimiento dentro de la red)	
■ El deducible general del plan	\$1,000	■ El deducible general del plan	\$1,000	■ El deducible general del plan	\$1,000
■ Copago por especialista	\$50	■ Copago por especialista	\$50	■ Copago por especialista	\$50
■ Coseguro por el hospital (centro)	10%	■ Coseguro por el hospital (centro)	10%	■ Coseguro por el hospital (centro)	10%
■ Otro coseguro	10%	■ Otro coseguro	10%	■ Otro coseguro	10%
Este evento de EJEMPLO incluye servicios como: Visitas al consultorio del especialista (<i>cuidado prenatal</i>) Servicios profesionales para el parto Servicios del centro para el parto Pruebas de diagnóstico (<i>ecografías y análisis de sangre</i>) Visita al especialista (<i>anestesia</i>)		Este evento de EJEMPLO incluye servicios como: Visitas al consultorio del médico de cuidado primario (<i>incluye información educativa sobre la enfermedad</i>) Pruebas de diagnóstico (<i>análisis de sangre</i>) Medicamentos con receta Equipo médico duradero (<i>medidor de glucosa</i>)		Este evento de EJEMPLO incluye servicios como: Cuidado en la sala de emergencias (<i>incluye suministros médicos</i>) Prueba de diagnóstico (<i>radiografía</i>) Equipo médico duradero (<i>muletas</i>) Servicios para la rehabilitación (<i>fisioterapia</i>)	
Ejemplo de Costo Total	\$12,800	Ejemplo de Costo Total	\$7,400	Ejemplo de Costo Total	\$1,900
En este ejemplo, Peg pagaría:		En este ejemplo, Joe pagaría:		En este ejemplo, Mia pagaría:	
<i>Costo compartido</i>		<i>Costo compartido</i>		<i>Costo compartido</i>	
Deducibles	\$1,000	Deducibles	\$200	Deducibles	\$1,000
Copagos	\$0	Copagos	\$400	Copagos	\$70
Coseguro	\$1,180	Coseguro	\$0	Coseguro	\$70
<i>Qué no está cubierto</i>		<i>Qué no está cubierto</i>		<i>Qué no está cubierto</i>	
Límites o exclusiones	\$0	Límites o exclusiones	\$0	Límites o exclusiones	\$0
Total que pagaría Peg	\$2,180	Total que pagaría Joe	\$600	Total que pagaría Mia	\$1,140

No tratamos a los miembros de manera diferente por motivos de sexo, edad, raza, color, discapacidad ni origen nacional.

Si piensa que ha sido tratado injustamente debido a una cuestión de su sexo, edad, raza, color, origen nacional o discapacidad, puede enviar una queja al Coordinador de Derechos Civiles.

Por Internet: UHC_Civil_Rights@uhc.com

Por Correo: Civil Rights Coordinator. UnitedHealthcare Civil Rights Grievance P.O. Box 30608 Salt Lake City, UTAH 84130

Debe enviar la queja en un plazo no mayor de 60 días de haberse dado cuenta de lo ocurrido. Recibirá la decisión en un plazo no mayor de 30 días. Si no está de acuerdo con la decisión, tendrá 15 días para solicitar que la revisemos nuevamente.

Si necesita ayuda para presentar su queja, llame al número gratuito que se encuentra en este Resumen de Beneficios y Cobertura (SBC), TTY 711, de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m.

También puede presentar una queja ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos.

Por Internet: <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>

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

Por teléfono: Número gratuito 1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD)

Por Correo: U.S. Dept. of Health and Human Services. 200 Independence Avenue, SW Room 509F, HHH Building Washington, D.C. 20201

Ofrecemos servicios gratuitos para ayudarle a que se comunice con nosotros. Por ejemplo, cartas en otros idiomas o en letra grande. O bien, usted puede pedir un intérprete. Para solicitar ayuda, llame al número que se encuentra en este Resumen de Beneficios y Cobertura (SBC), TTY 711, de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m.

ATENCIÓN: Si habla **español (Spanish)**, hay servicios de asistencia de idiomas, sin cargo, a su disposición. Llame al número gratuito que aparece en este Resumen de Beneficios y Cobertura (Summary of Benefits and Coverage, SBC).

請注意：如果您說**中文 (Chinese)**，我們免費為您提供語言協助服務。請撥打本福利和承保摘要 (Summary of Benefits and Coverage, SBC) 內所列的免付費電話號碼。

XIN LUU Ý: Nếu quý vị nói **tiếng Việt (Vietnamese)**, quý vị sẽ được cung cấp dịch vụ trợ giúp về ngôn ngữ miễn phí. Vui lòng gọi số điện thoại miễn phí ghi trong bản Tóm lược về quyền lợi và đài thọ bảo hiểm (Summary of Benefits and Coverage, SBC) này.

알림: **한국어(Korean)**를 사용하시는 경우 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 본 혜택 및 보장 요약서(Summary of Benefits and Coverage, SBC)에 기재된 무료 전화번호로 전화하십시오.

PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng **Tagalog (Tagalog)**, may makukuha kang mga libreng serbisyo ng tulong sa wika. Pakitawagan ang toll-free na numerong nakalista sa Buod na ito ng Mga Benepisyo at Saklaw (Summary of Benefits and Coverage o SBC).

ВНИМАНИЕ: бесплатные услуги перевода доступны для людей, чей родной язык является **русским (Russian)**. Позвоните по бесплатному номеру телефона, указанному в данном «Обзоре льгот и покрытия» (Summary of Benefits and Coverage, SBC).

تنبيه: إذا كنت تتحدث **العربية (Arabic)**، فإن خدمات المساعدة اللغوية المجانية متاحة لك. يُرجى الاتصال برقم الهاتف المجاني المدرج بداخل مخلص المزايا والتغطية (SBC: Summary of Benefits and Coverage) هذا.

ATANSYON: Si w pale **Kreyòl ayisyen (Haitian Creole)**, ou kapab benefisye sèvis ki gratis pou ede w nan lang pa w. Tanpri rele nimewo gratis ki nan Rezime avantaj ak pwoteksyon sa a (Summary of Benefits and Coverage, SBC).

ATTENTION : Si vous parlez **français (French)**, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Veuillez appeler le numéro sans frais figurant dans ce Sommaire des prestations et de la couverture (Summary of Benefits and Coverage, SBC).

UWAGA: Jeżeli mówisz po **polsku (Polish)**, udostępniliśmy darmowe usługi tłumacza. Prosimy zadzwonić pod bezpłatny numer podany w niniejszym Zestawieniu świadczeń i refundacji (Summary of Benefits and Coverage, SBC).

ATENÇÃO: Se você fala **português (Portuguese)**, contate o serviço de assistência de idiomas gratuito. Ligue para o número gratuito listado neste Resumo de Benefícios e Cobertura (Summary of Benefits and Coverage - SBC).

ATTENZIONE: in caso la lingua parlata sia l'**italiano (Italian)**, sono disponibili servizi di assistenza linguistica gratuiti. Chiamate il numero verde indicato all'interno di questo Sommario dei Benefit e della Copertura (Summary of Benefits and Coverage, SBC).

ACHTUNG: Falls Sie **Deutsch (German)** sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung. Bitte rufen Sie die in dieser Zusammenfassung der Leistungen und Kostenübernahmen (Summary of Benefits and Coverage, SBC) angegebene gebührenfreie Rufnummer an.

注意事項：日本語 (**Japanese**) を話される場合、無料の言語支援サービスをご利用いただけます。本「保障および給付の概要」(Summary of Benefits and Coverage, SBC)に記載されているフリーダイヤルにてお電話ください。

توجه: اگر زبان شما **فارسی (Farsi)** است، خدمات امداد زبانی به طور رایگان در اختیار شما می باشد. لطفاً با شماره تلفن رایگان ذکر شده در این خلاصه مزایا و پوشش (Summary of Benefits and Coverage, SBC) تماس بگیرید.

ध्यान दें: यदि आप हिंदी (**Hindi**) बोलते हैं, आपको भाषा सहायता सेवाएँ, निःशुल्क उपलब्ध हैं। लाभ और कवरेज (Summary of Benefits and Coverage, SBC) के इस सारांश के भीतर सूचीबद्ध टोल फ्री नंबर पर कॉल करें।

CEEB TOOM: Yog koj hais Lus **Hmoob (Hmong)**, muaj kev pab txhais lus pub dawb rau koj. Thov hu rau tus xov tooj hu dawb teev muaj nyob ntawm Tsab Ntawv Nthuav Qhia Cov Txiaj Ntsim Zoo thiab Kev Kam Them Nqi (Summary of Benefits and Coverage, SBC) no.

ចំណាប់អារម្មណ៍: បើសិនអ្នកនិយាយ**ភាសាខ្មែរ (Khmer)** សេវាជំនួយភាសាដោយឥតគិតថ្លៃ គឺមានសំរាប់អ្នក។ សូមទូរស័ព្ទទៅលេខឥតចេញថ្លៃ ដែលមានកត់នៅក្នុង សេចក្តីសង្ខេបអត្ថប្រយោជន៍និងការរ៉ាប់រង (Summary of Benefits and Coverage, SBC) នេះ។

PAKDAAR: Nu saritaem ti **Ilocano (Ilocano)**, ti serbisyo para ti baddang ti lengguahe nga awanan bayadna, ket sidadaan para kenyam. Maidawat nga awagan ti awan bayad na nu tawagan nga numero nga nakalista iti uneg na daytoy nga Dagup dagiti Benipisyo ken Pannakasakup (Summary of Benefits and Coverage, SBC).

DÍÍ BAA'ÁKONÍNÍZIN: **Diné (Navajo)** bizaad bee yánit'i'go, saad bee áka'anída'awo'ígíí, t'áá jíík'eh, bee ná'ahóót'i'. T'áá shòqdí Naaltsoos Bee 'Aa'áhayání dóó Bee 'Ak'é'asti' Bee Baa Hane'í (Summary of Benefits and Coverage, SBC) biyi' t'áá jíík'ehgo béésh bee hane'í biká'ígíí bee hodíilnih.

OGOW: Haddii aad ku hadasho **Soomaali (Somali)**, adeegyada taageerada luqadda, oo bilaash ah, ayaad heli kartaa. Fadlan wac lambarka bilaashka ah ee ku yaalla Soo-koobitaanka Dheefaha iyo Caymiska (Summary of Benefits and Coverage, SBC).