

 El documento Resumen de Beneficios y Cobertura 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 1-855-828-7715 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 1-866-487-2365 para solicitar una copia.

| Preguntas importantes | Respuestas | Por qué esto es importante: |
|--|---|--|
| ¿Cuál es el deducible general? | Dentro de la red : \$300 individual o \$900 familiar Por 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 la cantidad 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 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 preventivos 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 : \$2,000 individual o \$6,000 familiar Por 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 familiar de gastos de su bolsillo general. |
| ¿Qué no está incluido en el límite de gastos de su bolsillo ? | Primas , cargos de facturación del saldo y cuidado de la salud que este plan no cubre. | Aunque usted paga estos gastos, no cuentan para el límite de gastos de su bolsillo . |
| ¿Pagará menos si usa un proveedor de la red ? | Sí. Visite myuhc.com o llame al 1-855-828-7715 para obtener una lista de proveedores de la red . | 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 ? | Sí. Se requiere referencia electrónica para ir a un especialista de la red . | Este plan pagará la totalidad o parte de los costos de los servicios cubiertos prestados por un especialista pero solo si usted tiene una referencia antes de ir al especialista . |



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 con referencia (Usted paga lo mínimo) | Proveedor de la red sin referencia (Usted puede pagar más) | Proveedor fuera de la red (Usted paga lo máximo) | |
| Si visita una clínica o el consultorio de un proveedor de cuidado de la salud | Visita a un médico de cuidado primario para tratar una lesión o enfermedad | <u>Copago</u> de \$20 por visita; no se aplica el <u>deducible</u> . | Sin cobertura | Sin cobertura | Visitas virtuales (telesalud): <u>Copago</u> de \$20 por visita a un <u>proveedor</u> de visitas virtuales de la <u>red</u> designada; no se aplica el <u>deducible</u> . Si recibe otros servicios además de la visita al consultorio, es posible que se apliquen <u>copagos</u> , <u>deducibles</u> o <u>coseguros</u> adicionales; por ejemplo por cirugía. |
| | Visita a un especialista | <u>Copago</u> de \$40 por visita; no se aplica el <u>deducible</u> . | Sin cobertura | Sin cobertura | Si recibe otros servicios además de la visita al consultorio, es posible que se apliquen <u>copagos</u> , <u>deducibles</u> o <u>coseguros</u> adicionales; por ejemplo por cirugía. |
| | Cuidado preventivo , pruebas de detección y vacunas | Sin cargo | Sin cobertura | Sin cobertura | Es posible que tenga que pagar los servicios que no sean preventivos. Pregúntele a su <u>proveedor</u> si los servicios que usted necesita son preventivos. Luego verifique lo que pagará su <u>plan</u> . |
| Si le realizan una prueba | Prueba de diagnóstico (radiografías, análisis de sangre) | Sin cargo | Sin cargo | Sin cobertura | Ninguna |
| | Imágenes (tomografía computarizada, tomografía por emisión de positrones, imágenes por resonancia magnética) | <u>Coseguro</u> del 0 % después del <u>deducible</u> | <u>Coseguro</u> del 0 % | Sin cobertura | Se aplica un deducible por ocurrencia de \$100 antes del deducible general. |

| Evento médico común | Servicios que podría necesitar | Lo que pagará usted | | | Limitaciones, excepciones y otra información importante |
|---|--|--|--|--|---|
| | | Proveedor de la red con referencia (Usted paga lo mínimo) | Proveedor de la red sin referencia (Usted puede pagar más) | Proveedor fuera de la red (Usted paga lo máximo) | |
| Si necesita medicamentos para tratar su enfermedad o condición Para obtener más información sobre la cobertura de medicamentos con receta , visite welcometouhc.com | Nivel 1: Su opción de menor costo | Venta al por menor: <u>Copago</u> de \$15; no se aplica el <u>deducible</u> . Farmacia con servicio de medicamentos por correo: <u>Copago</u> de \$30; no se aplica el <u>deducible</u> . | Venta al por menor: <u>Copago</u> de \$15; no se aplica el <u>deducible</u> . Farmacia con servicio de medicamentos por correo: <u>Copago</u> de \$30; no se aplica el <u>deducible</u> . | Sin cobertura | A los efectos de esta sección, <u>proveedor</u> significa farmacia. Venta al por menor: Un suministro de hasta 31 días. Farmacia con servicio de medicamentos por correo: Un suministro de hasta 90 días. Es posible que necesite obtener ciertos medicamentos, incluidos ciertos <u>medicamentos de especialidad</u> , de una farmacia que designemos. Es posible que ciertos medicamentos tengan un requisito de <u>preautorización</u> , sin esta, es posible que estén sujetos a un costo mayor. Si usa una farmacia fuera de la <u>red</u> (incluida una farmacia con servicio de medicamentos por correo), usted puede ser responsable de cualquier cantidad que exceda la <u>cantidad permitida</u> . Algunos medicamentos preventivos (incluidos algunos anticonceptivos) están cubiertos sin cargo. Visite el sitio web mencionado para obtener información sobre los medicamentos que cubre su <u>plan</u> . No todos los medicamentos están cubiertos. Es posible que deba usar medicamentos de menor costo antes de que los beneficios de su póliza estén disponibles para ciertos medicamentos con receta. |
| | Nivel 2: Su opción de costo medio | Venta al por menor: <u>Copago</u> de \$35; no se aplica el <u>deducible</u> . Farmacia con servicio de medicamentos por correo: <u>Copago</u> de \$70; no se aplica el <u>deducible</u> . | Venta al por menor: <u>Copago</u> de \$35; no se aplica el <u>deducible</u> . Farmacia con servicio de medicamentos por correo: <u>Copago</u> de \$70; no se aplica el <u>deducible</u> . | Sin cobertura | |
| | Nivel 3: Su opción de costo medio | Venta al por menor: <u>Copago</u> de \$60; no se aplica el <u>deducible</u> . Farmacia con servicio de medicamentos por correo: <u>Copago</u> de \$120; no se aplica el <u>deducible</u> . | Venta al por menor: <u>Copago</u> de \$60; no se aplica el <u>deducible</u> . Farmacia con servicio de medicamentos por correo: <u>Copago</u> de \$120; no se aplica el <u>deducible</u> . | Sin cobertura | |
| | Nivel 4: Su opción de mayor costo | No corresponde | No corresponde | No corresponde | |
| Si le realizan una cirugía como paciente ambulatorio | Tarifa del centro (por ejemplo, centro de cirugía ambulatoria) | <u>Coseguro</u> del 0 % después del <u>deducible</u> | Sin cobertura | Sin cobertura | Se aplica un deducible por ocurrencia de \$250 después del deducible general. |
| | Honorarios del médico o cirujano | <u>Coseguro</u> del 0 % después del <u>deducible</u> | Sin cobertura | Sin cobertura | Ninguna |
| Si necesita cuidado médico inmediato | Cuidado en la sala de emergencias | <u>Copago</u> de \$250 por visita | <u>Copago</u> de \$250 por visita | <u>Copago</u> de \$250 por visita* | * Se aplica el <u>deducible</u> dentro de la <u>red</u> antes del copago. |
| | Transporte médico de emergencia | <u>Coseguro</u> del 0 % | <u>Coseguro</u> del 0 % | <u>Coseguro</u> del 0 %* | * Se aplica el <u>deducible</u> dentro de la <u>red</u> . |
| | Cuidado de urgencia | <u>Copago</u> de \$40 por visita; no se aplica el <u>deducible</u> . | <u>Copago</u> de \$40 por visita; no se aplica el <u>deducible</u> . | Sin cobertura | Si recibe otros servicios, además de visitas de <u>cuidado de urgencia</u> , es posible que se apliquen <u>copagos</u> , <u>deducibles</u> o <u>coseguros</u> adicionales; por ejemplo, por cirugía. |
| Si es hospitalizado | Tarifa del centro (por ejemplo, habitación de hospital) | <u>Copago</u> de \$250 por día hasta un máximo de \$1,250 por admisión | Sin cobertura | Sin cobertura | Ninguna |
| | Honorarios del médico o cirujano | <u>Coseguro</u> del 0 % después del <u>deducible</u> | Sin cobertura | Sin cobertura | 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 con referencia (Usted paga lo mínimo) | Proveedor de la red sin referencia (Usted puede pagar más) | Proveedor fuera de la red (Usted paga lo máximo) | |
| Si necesita servicios para la salud mental, la salud del comportamiento o el abuso de sustancias | Servicios para pacientes ambulatorios | <u>Copago</u> de \$40 por visita; no se aplica el <u>deducible</u> . | <u>Copago</u> de \$40 por visita; no se aplica el <u>deducible</u> . | Sin cobertura | Hospitalización parcial o tratamiento intensivo para pacientes ambulatorios dentro de la red: <u>Copago</u> de \$250 por día hasta un máximo de \$1,250 por admisión. Consulte el documento de su póliza o <u>plan</u> para ver más información sobre los beneficios del Programa de Asistencia al Empleado. |
| | Servicios para pacientes hospitalizados | <u>Copago</u> de \$250 por día hasta un máximo de \$1,250 por admisión | Sin cobertura | Sin cobertura | Consulte el documento de su póliza o <u>plan</u> para ver más información sobre los beneficios del Programa de Asistencia al Empleado. |
| Si está embarazada | Visitas al consultorio | Sin cargo | Sin cargo | Sin cobertura | No se aplica el <u>costo compartido</u> a los <u>servicios preventivos</u> . Según el tipo de servicio, es posible que se aplique 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 (por ejemplo, ecografía). |
| | Servicios profesionales por el parto | <u>Coseguro</u> del 0 % | Sin cobertura | Sin cobertura | |
| | Servicios del centro por el parto | <u>Copago</u> de \$250 por día hasta un máximo de \$1,250 por admisión | Sin cobertura | Sin cobertura | Ninguna |
| Si necesita ayuda para recuperarse o tiene otras necesidades especiales de salud | Cuidado de la salud a domicilio | <u>Coseguro</u> del 0 % | <u>Coseguro</u> del 0 % | Sin cobertura | Se limita a 60 visitas por año calendario. |
| | Servicios para la rehabilitación | <u>Copago</u> de \$20 por visita; no se aplica el <u>deducible</u> . | <u>Copago</u> de \$20 por visita; no se aplica el <u>deducible</u> . | Sin cobertura | Límites por año calendario: Fisioterapia, terapia ocupacional, pulmonar y del habla: 20 visitas de cada tipo. Rehabilitación cardíaca: 36 visitas. |
| | Servicios para la habilitación | <u>Copago</u> de \$20 por visita; no se aplica el <u>deducible</u> . | <u>Copago</u> de \$20 por visita; no se aplica el <u>deducible</u> . | Sin cobertura | Los servicios se prestan según lo indicado a continuación y los límites se combinan con los <u>servicios para la rehabilitación</u> descritos arriba. No se aplican límites para el tratamiento de servicios para el trastorno del espectro autista. |
| | Cuidado de enfermería especializada | <u>Coseguro</u> del 0 % | <u>Coseguro</u> del 0 % | Sin cobertura | Se limita a 60 días por año calendario (combinados con la rehabilitación para pacientes hospitalizados). |
| | Equipo médico duradero | <u>Coseguro</u> del 0 % | <u>Coseguro</u> del 0 % | Sin cobertura | Cubre 1 por tipo de equipo médico duradero (incluido el reemplazo o la reparación) cada 3 años. |
| | Servicios de cuidados paliativos | <u>Copago</u> de \$250 por día hasta un máximo de \$1250 por admisión | <u>Coseguro</u> del 0 % | Sin cobertura | Después del deducible anual. |
| Si su hijo necesita cuidado dental o de la vista | Examen de la vista para niños | Sin cobertura | Sin cobertura | Sin cobertura | Sin cobertura de exámenes de la vista para niños. |
| | Anteojos para niños | Sin cobertura | Sin cobertura | Sin cobertura | Sin cobertura de anteojos para niños. |
| | Examen dental para niños | Sin cobertura | 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).

- Acupuntura
- Cirugía bariátrica
- Cirugía estética
- Cuidado dental
- Anteojos
- Tratamiento para la infertilidad
- Cuidado a largo plazo
- Cuidado que no es de emergencia mientras viaja fuera de los Estados Unidos
- Servicios para enfermería privada
- Cuidado de la vista de rutina
- Cuidado de los pies de rutina, excepto cobertura para diabetes
- 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 de su [plan](#)).

- Cuidado quiropráctico (manipulativo): 20 visitas por año calendario
- Aparatos auditivos: \$2,500 por año calendario

Sus derechos a continuar con la cobertura: Si usted quiere continuar con su cobertura después de que termine, hay agencias que pueden ayudar. La información de contacto de dichas agencias es la siguiente: la 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 el 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, adquirir 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 con su [plan](#). Para obtener más información sobre sus derechos o sobre este aviso, o si necesita ayuda, comuníquese con: el Departamento de Servicio al Cliente al número que se encuentra en el reverso de su tarjeta de ID o visitar myuhc.com. También puede comunicarse con la Administración de Seguridad de Beneficios del Empleado al 1-866-444-3272 o visitar dol.gov/ebsa/healthreform o con el Departamento de Servicios Financieros de Florida al 1-877-693-5236 o visitar myfloridacfo.com.

¿Este plan proporciona cobertura esencial mínima? Sí

Si usted no tiene [cobertura esencial mínima](#) durante un mes, tendrá que hacer 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 los estándares de valor mínimo? Sí

Si su [plan](#) no cumple con los [estándares de valor mínimo](#), es posible que usted cumpla los requisitos para recibir un [crédito fiscal para la prima](#) que le ayude a pagar un [plan](#) a través del [Mercado](#).

Servicios de acceso a idiomas:

Spanish (español): Para obtener asistencia en español, llame al 1-855-828-7715.

Tagalog (Tagalog): Kung kailangan ninyo ang tulong sa Tagalog tumawag sa 1-855-828-7715.

Chinese (中文): 如果需要中文的帮助, 请拨打这个号码 1-855-828-7715.

Navajo (Dine): Dinek'ehgo shika at'ohwol ninisingo, kwijigo holne' 1-855-828-7715.

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 una calculadora de costos. Los tratamientos reflejados 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 las cantidades de [costo compartido](#) ([deducibles](#), [copagos](#) y [coseguros](#)) y los [servicios excluidos](#) del [plan](#). Use esta información para comparar la parte de los costos que usted 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](#))

- El [deducible](#) general del [plan](#) \$500
- [Copago](#) por [especialista](#) \$40
- [Copago](#) por el hospital (centro) \$250
- Otro [coseguro](#) 0 %

Este EJEMPLO de evento incluye servicios como:
 Visitas al consultorio del especialista (*cuidado prenatal*)
 Servicios profesionales por el parto
 Servicios del centro por el parto
 Pruebas de diagnóstico (*ecografías y análisis de sangre*)
 Visita al especialista (*anestesia*)

Ejemplo de costo total \$12,800

En este ejemplo, Peg pagaría:

| <i>Costo compartido</i> | |
|------------------------------|--------------|
| Deducibles | \$500 |
| Copagos | \$300 |
| Coseguro | \$0 |
| <i>Qué no está cubierto</i> | |
| Límites o exclusiones | \$60 |
| Total que pagaría Peg | \$860 |

Manejo de la diabetes tipo 2 de Joe

(un año de cuidado de rutina dentro
de la [red](#) de una condición bien controlada)

- El [deducible](#) general del [plan](#) \$500
- [Copago](#) por [especialista](#) \$40
- [Copago](#) por el hospital (centro) \$250
- Otro [coseguro](#) 0 %

Este EJEMPLO de evento incluye servicios como:
 Visitas al consultorio del médico de cuidado primario
(incluye información educativa sobre la enfermedad)
 Pruebas de diagnóstico (*análisis de sangre*)
 Medicamentos con receta
 Equipo médico duradero (*medidor de glucosa*)

Ejemplo de costo total \$7,400

En este ejemplo, Joe pagaría:

| <i>Costo compartido</i> | |
|------------------------------|----------------|
| Deducibles | \$200 |
| Copagos | \$1,400 |
| Coseguro | \$0 |
| <i>Qué no está cubierto</i> | |
| Límites o exclusiones | \$30 |
| Total que pagaría Joe | \$1,630 |

Fractura simple de Mia

(visita a la sala de emergencias
y cuidado médico de seguimiento dentro de la [red](#))

- El [deducible](#) general del [plan](#) \$500
- [Copago](#) por [especialista](#) \$40
- [Copago](#) por el hospital (centro) \$250
- Otro [coseguro](#) 0 %

Este EJEMPLO de evento incluye servicios como:
 Cuidado en la sala de emergencias
(incluye suministros médicos)
 Examen de diagnóstico (*radiografía*)
 Equipo médico duradero (*muletas*)
 Servicios para la rehabilitación (*fisioterapia*)

Ejemplo de costo total \$1,900

En este ejemplo, Mia pagaría:

| <i>Costo compartido</i> | |
|------------------------------|--------------|
| Deducibles | \$500 |
| Copagos | \$400 |
| Coseguro | \$0 |
| <i>Qué no está cubierto</i> | |
| Límites o exclusiones | \$0 |
| Total que pagaría Mia | \$900 |

We do not treat members differently because of sex, age, race, color, disability or national origin.

If you think you were treated unfairly because of your sex, age, race, color, disability or national origin, you can send a complaint to the Civil Rights Coordinator.

Online: UHC_Civil_Rights@uhc.com

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

You must send the complaint within 60 days of when you found out about it. A decision will be sent to you within 30 days. If you disagree with the decision, you have 15 days to ask us to look at it again.

If you need help with your complaint, please call the toll-free number listed within this Summary of Benefits and Coverage (SBC) , TTY 711, Monday through Friday, 8 a.m. to 8 p.m.

You can also file a complaint with the U.S. Dept. of Health and Human Services.

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

Complaint forms are available at <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

Phone: Toll-free 1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD)

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

We provide free services to help you communicate with us. Such as, letters in other languages or large print. Or, you can ask for an interpreter. To ask for help, please call the number contained within this Summary of Benefits and Coverage (SBC), TTY 711, Monday through Friday, 8 a.m. to 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 benefisyè 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 Ntawm 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 សេចក្តីសង្ខេបអត្ថប្រយោជន៍ និង ការរ៉ាប់រង (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 yánílti'go, saad bee áka'anída'awo'ígíí, t'áá jíík'eh, bee ná'ahóót'i'. T'áá shqódí Naaltsoos Bee 'Aa'áhayání dóó Bee 'Ak'é'asti' Bee Baa Hane'í (Summary of Benefits and Coverage, SBC) biyi' t'áá jíík'ehgo béesh bee hane'í biká'ígíí bee hodílnih.

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).