



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, visite www.myuhc.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-Uniform-Glossary-05-2020-508.pdf> o llamar al 1-800-444-6222 para solicitar una copia.

| Preguntas Importantes | Respuestas | Por qué Esto es Importante: |
|--|--|---|
| ¿Cuál es el <u>deducible general</u> ? | \$0 | Consulte la tabla Eventos Médicos Comunes a continuación para conocer los costos de otros servicios que cubre este <u>plan</u> . |
| ¿Hay servicios cubiertos antes de que usted alcance su <u>deducible</u> ? | No. | Consulte la tabla Eventos Médicos Comunes a continuación para conocer los costos de otros servicios que cubre este <u>plan</u> . |
| ¿Hay otros <u>deducibles</u> por servicios específicos? | Sí, <u>medicamentos con receta</u> -- \$200 por persona, no se aplica a los medicamentos del Nivel 1. Sí, servicios dentales -- \$100 individual/\$200 familiar No hay otros <u>deducibles</u> . | Debe pagar todos los costos por estos servicios hasta alcanzar el <u>deducible</u> específico para que este <u>plan</u> comience a pagar estos servicios. |
| ¿Cuál es el <u>límite de gastos de su bolsillo</u> para este <u>plan</u> ? | Dentro de la <u>red</u> : \$5,500 individual/\$11,000 familiar | El <u>límite de gastos de su bolsillo</u> es lo máximo que usted podría pagar en un año por servicios cubiertos. Si usted tiene otros familiares inscritos en este <u>plan</u> , ellos tienen que alcanzar sus propios <u>límites de gastos de su bolsillo</u> hasta que se haya alcanzado el <u>límite de gastos de su bolsillo</u> familiar general. |
| ¿Qué no está incluido en el <u>límite de gastos de su bolsillo</u> ? | <u>Primas</u> , cargos de <u>facturación del saldo</u> y cuidado de la salud que este <u>plan</u> no cubre. | Aunque usted paga estos gastos, no se toman en cuenta para alcanzar el <u>límite de gastos de su bolsillo</u> . |
| ¿Pagará menos si usa un <u>proveedor de la red</u> ? | Sí. Visite www.myuhc.com o llame al 1-800-444-6222 para obtener una lista de <u>proveedores de la red</u> . | Este <u>plan</u> usa una <u>red de proveedores</u> . Usted pagará menos si usa un <u>proveedor</u> dentro de la <u>red</u> del <u>plan</u> . Pagará lo máximo si usa un <u>proveedor fuera de la red</u> , y podría recibir una factura de un <u>proveedor</u> por la diferencia entre lo que cobra el <u>proveedor</u> y lo que paga su <u>plan</u> (<u>facturación del saldo</u>). Tenga en cuenta que su <u>proveedor de la red</u> podría usar un <u>proveedor fuera de la red</u> para algunos servicios (p. ej., pruebas de laboratorio). Verifíquelo con su <u>proveedor</u> antes de recibir servicios. |
| ¿Necesita una <u>referencia</u> para consultar a un <u>especialista</u> ? | No. | Puede consultar al <u>especialista</u> que elija sin una <u>referencia</u> . |

¹Los productos HMO de Oxford están asegurados por Oxford Health Plans (NY), Inc., Oxford Health Plans (NJ), Inc. y Oxford Health Plans (CT), Inc. Los productos de seguros de Oxford están asegurados por Oxford Health Insurance, Inc.

(DT - Número de control de OMB: 1545-0047/Fecha de vencimiento: 12/31/2019)
 (DOL - Número de control de OMB: 1210-0147/Fecha de vencimiento: 5/31/2022)
 (HHS - Número de control de OMB: 0938-1146/Fecha de vencimiento: 10/31/2022)



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 <u>copago</u> por visita | Sin cobertura | Visitas virtuales (telesalud) - Sin cargo por visita a un <u>proveedor</u> de la <u>red</u> designado para visitas virtuales. Si recibe otros servicios además de la visita al consultorio, se pueden aplicar <u>copagos</u> , <u>deducibles</u> o <u>coseguros</u> adicionales; p. ej., por cirugía. |
| | Visita a un <u>especialista</u> | \$50 de <u>copago</u> por visita | Sin cobertura | Si recibe otros servicios además de la visita al consultorio, se pueden aplicar <u>copagos</u> , <u>deducibles</u> o <u>coseguros</u> adicionales; p. ej., por cirugía. |
| | <u>Cuidado preventivo/pruebas de detección/vacunas</u> | Sin cargo | Sin cobertura | Es posible que tenga que pagar los servicios que no sean <u>preventivos</u> . Pregúntele a su <u>proveedor</u> si los servicios que usted necesita son <u>preventivos</u> . Luego verifique lo que pagará su <u>plan</u> . Sin cobertura fuera de la <u>red</u> . |
| Si le realizan un examen | <u>Prueba de diagnóstico</u> (radiografía, análisis de sangre) | Laboratorio: \$20 de <u>copago</u> por servicio Radiografías: \$50 de <u>copago</u> por servicio | Sin cobertura | ninguna |
| | Imágenes (tomografías computarizadas [CT]/tomografías por emisión de positrones [PET], imágenes por resonancia magnética [MRI]) | \$150 de <u>copago</u> por visita | Sin cobertura | ninguna |

| 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 Para obtener más información sobre la cobertura de medicamentos con receta , visite www.myuhc.com | Nivel 1 | Farmacia minorista: \$10 de <u>copago</u> , no se aplica el deducible Farmacia de pedidos por correo: \$25 de <u>copago</u> , no se aplica el deducible | Sin cobertura | A los efectos de esta sección, <u>proveedor</u> significa farmacia. Farmacia minorista: Un suministro de hasta 30 días Farmacia de pedidos 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. Ciertos medicamentos <u>preventivos</u> (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 <u>medicamentos recetados</u> . |
| | Nivel 2 | Farmacia minorista: \$50 de <u>copago</u> Farmacia de pedidos por correo: \$125 de <u>copago</u> | Sin cobertura | |
| | Nivel 3 | Farmacia minorista: \$90 de <u>copago</u> Farmacia de pedidos por correo: \$225 de <u>copago</u> | Sin cobertura | |
| | Nivel 4 | No corresponde | No corresponde | |
| Si le realizan una cirugía como paciente ambulatorio | Tarifa del centro (p. ej., centro de cirugía ambulatoria) | Consultorio médico/ <u>proveedor</u> autónomo: \$150 de <u>copago</u> por visita Hospital: \$500 de <u>copago</u> por visita | Sin cobertura | ninguna |
| | Honorarios del médico/cirujano | Consultorio médico/ <u>proveedor</u> autónomo: \$75 de <u>copago</u> por visita Hospital: \$250 de <u>copago</u> por visita | Sin cobertura | ninguna |
| Si necesita atención médica inmediata | <u>Cuidado en la sala de emergencias</u> | \$750 de <u>copago</u> por visita | \$750 de <u>copago</u> por visita | ninguna |
| | <u>Transporte médico de emergencia</u> | Sin cargo | Sin cargo | ninguna |
| | <u>Cuidado de urgencia</u> | \$50 de <u>copago</u> por visita | Sin cobertura | ninguna |
| En caso de una estadía en el hospital | Tarifa del centro (p. ej., habitación de hospital) | \$500 de <u>copago</u> por admisión | Sin cobertura | ninguna |
| | Honorarios del médico/cirujano | \$250 de <u>copago</u> por servicio | Sin cobertura | ninguna |
| Si necesita servicios para la salud mental, la salud del comportamiento o el abuso de sustancias | Servicios para pacientes ambulatorios | \$50 de <u>copago</u> por visita | Sin cobertura | Hospitalización parcial/tratamiento intensivo para pacientes ambulatorios dentro de la <u>red</u> : \$50 de <u>copago</u> por visita |
| | Servicios para pacientes hospitalizados | \$500 de <u>copago</u> por admisión | Sin cobertura | ninguna |
| Si está embarazada | Visitas al consultorio | Sin cargo | Sin cobertura | No se aplica el <u>costo compartido</u> a ciertos <u>servicios preventivos</u> . Según el tipo de servicios, se puede aplicar un <u>coseguro</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 por el parto | \$250 de <u>copago</u> por servicio | Sin cobertura | |
| | Servicios del centro por el parto | \$500 de <u>copago</u> por admisión | Sin cobertura | |

| 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 | <u>Cuidado de asistencia médica a domicilio</u> | \$50 de <u>copago</u> por visita | Sin cobertura | Se limita a 40 visitas por cada año calendario. |
| | <u>Servicios para la rehabilitación</u> | \$80 de <u>copago</u> por visita como paciente ambulatorio | Sin cobertura | Límites por cada año calendario: Fisioterapia, terapia ocupacional y del habla: límite de 60 visitas combinadas, por condición por cada año calendario. |
| | <u>Servicios para la habilitación</u> | \$80 de <u>copago</u> por visita como paciente ambulatorio | Sin cobertura | Límites por cada año calendario: Fisioterapia, terapia ocupacional y del habla: límite de 60 visitas combinadas, por condición por cada año calendario. |
| | <u>Cuidado de enfermería especializada</u> | \$500 de <u>copago</u> por admisión | Sin cobertura | Se limita a 200 días por cada año calendario. |
| | <u>Equipo Médico Duradero</u> | Sin cargo | Sin cobertura | Se requiere <u>preautorización</u> para Equipo Médico Duradero que exceda los \$500; de lo contrario, sin cobertura. |
| | <u>Servicios de cuidados paliativos</u> | \$500 de <u>copago</u> por admisión | Sin cobertura | ninguna |
| Si su hijo necesita cuidado dental o de la vista | Examen de la vista para niños | \$25 de <u>copago</u> por visita | Sin cobertura | Se limita a 1 examen por cada período de 12 meses. Con cobertura para personas de hasta 19 años de edad. |
| | Anteojos para niños | 50% de <u>coseguro</u> | Sin cobertura | Se limita a 1 juego de aparatos en un período de 12 meses. Con cobertura para personas de hasta 19 años de edad. |
| | Examen dental para niños | 0% de <u>coseguro</u> | Sin cobertura | Se limita a 1 examen por cada período de 6 meses. Con cobertura para personas de hasta 19 años de edad. |

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 estética
- Cuidado dental
- 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
- Programas de control de peso

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

- Cirugía bariátrica
- Cuidado quiropráctico
- Aparatos auditivos
- Tratamiento de la infertilidad – Se pueden aplicar límites de ciclos.

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: www.dfs.ny.gov/index.htm Administración de Seguridad de Beneficios del Empleado del Departamento de Trabajo al 1-866-444-EBSA (3272) o en www.dol.gov/ebsa/healthreform. Departamento de Salud y Servicios Humanos, Centro de Información al Consumidor y Supervisión de Seguros 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 con su [plan](#). Para obtener más información sobre sus derechos o sobre este aviso, o si necesita ayuda, comuníquese con: su Departamento de Recursos Humanos, la Administración de Seguridad de Beneficios del Empleado al 1-866-444-3272 o en www.dol.gov/ebsa/healthreform o el Departamento de Servicios Financieros de New York al 1-800-342-3736 o en www.dfs.ny.gov/index.htm.

¿Este plan proporciona Cobertura Esencial Mínima? Sí

La [cobertura esencial mínima](#) generalmente incluye [planes](#), [seguro de salud](#) disponible a través del [Mercado](#) u otras pólizas del mercado individuales, Medicare, Medicaid, Programa de Seguro Médico para Niños (CHIP), TRICARE y cierta otra cobertura. Si usted cumple los requisitos para ciertos tipos de [cobertura esencial mínima](#), es posible que no cumpla los requisitos para el [crédito para el impuesto sobre la prima](#).

¿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 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 1-866-633-2446.

Tagalog (Tagalog): Kung kailangan ninyo ang tulong sa Tagalog tumawag sa 1-866-633-2446.

Chinese (中文): 如果需要中文的帮助, 请拨打这个号码1-866-633-2446.

Navajo (Dine): Dinek'ehgo shika at'ohwol ninisingo, kwijigo holne' 1-866-633-2446.

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 los costos compartidos (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 deductible general del plan \$0
- Copago por especialista \$50
- Copago por el hospital (centro) \$500
- 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 \$12,700

En este ejemplo, Peg pagaría:

| Costo compartido | |
|------------------------------|--------------|
| <u>Deducibles</u> | \$0 |
| <u>Copagos</u> | \$700 |
| <u>Coseguro</u> | \$0 |
| Qué no está cubierto | |
| Límites o exclusiones | \$60 |
| Total que pagaría Peg | \$760 |

Manejo de la Diabetes tipo 2 de Joe

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

- El deductible general del plan \$0
- Copago por especialista \$50
- Copago por el hospital (centro) \$500
- 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 \$5,600

En este ejemplo, Joe pagaría:

| Costo compartido | |
|------------------------------|----------------|
| <u>Deducibles</u> | \$200 |
| <u>Copagos</u> | \$1,300 |
| <u>Coseguro</u> | \$0 |
| Qué no está cubierto | |
| Límites o exclusiones | \$0 |
| Total que pagaría Joe | \$1,500 |

Fractura Simple de Mia

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

- El deductible general del plan \$0
- Copago por especialista \$50
- Copago por el hospital (centro) \$500
- Otro coseguro 0%

Este EJEMPLO de evento incluye servicios como:

Cuidado en la sala de emergencias (*incluye suministros médicos*)
Prueba de diagnóstico (*radiografía*)
 Equipo Médico Duradero (*muletas*)
 Servicios para la rehabilitación (*fisioterapia*)

Ejemplo de Costo Total \$2,800

En este ejemplo, Mia pagaría:

| Costo compartido | |
|------------------------------|----------------|
| <u>Deducibles</u> | \$0 |
| <u>Copagos</u> | \$1,100 |
| <u>Coseguro</u> | \$0 |
| Qué no está cubierto | |
| Límites o exclusiones | \$XXX |
| Total que pagaría Mia | \$1,100 |

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 هذا. (SBC: Summary of Benefits and Coverage)

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।

CEEBOOM: 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 និងការរ៉ាប់រង (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 yáníłt'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 béesh 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).