



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 recibir una copia de las condiciones completas de la cobertura, llame al 1-866-633-2446 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-Uniform-Glossary-05-2020-508.pdf> o llamar al 1-866-487-2365 para solicitar una copia.

Preguntas Importantes	Respuestas	Por qué Esto es Importante:
¿Cuál es el <u>deducible general</u> ?	Dentro de la <u>red</u> : \$0 individual/ \$0 familiar Fuera de la <u>red</u> : Sin cobertura	Consulte la tabla Eventos Médicos Comunes a continuación para conocer los costos de los servicios que cubre este plan.
¿Hay servicios cubiertos antes de que usted alcance su <u>deducible</u> ?	Sí. Este plan no tiene un deducible	Consulte la tabla Eventos Médicos Comunes a continuación para conocer los costos de los servicios que cubre este plan. Consulte una lista de los <u>servicios preventivos</u> cubiertos en www.cuidadodesalud.gov/es/coverage/preventive-care-benefits/ .
¿Hay otros <u>deducibles</u> por servicios específicos?	No.	Usted no tiene que alcanzar <u>deducibles</u> por servicios específicos.
¿Cuál es el <u>límite de gastos de su bolsillo</u> para este <u>plan</u> ?	Médicos: Individual \$1,500 /familiar \$3,000 . Dentro de la <u>red</u> : \$9,450 individual/ \$18,900 familiar Fuera de la <u>red</u> : Sin cobertura Por cada año calendario. Esto incluye gastos de farmacia	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 <u>límite de gastos de su bolsillo</u> ?	<u>Primas</u> , cargos de <u>facturación del saldo</u> , cuidado de la salud que este <u>plan</u> no cubre y multas por no obtener <u>preautorización</u> para recibir servicios.	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 es.myuhc.com o llame al 1-866-633-2446 para obtener una lista de <u>proveedores</u> de la <u>red</u> .	Este <u>plan</u> usa una <u>red</u> de <u>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 proveedor fuera de la <u>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 proveedor de la red podría usar un proveedor fuera de la red 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> .



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	\$20 de <u>copago</u> por cada visita	Sin cobertura	Visitas virtuales (telesalud) - \$20 de <u>copago</u> por cada visita a un <u>proveedor de la red</u> designado para visitas virtuales. Sin cobertura para visitas virtuales fuera de la <u>red</u> . 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>	\$40 de <u>copago</u> por cada visita	Sin cobertura	Ninguna
	<u>Cuidado preventivo/ pruebas de detección/ vacunas</u>	Sin cargo	Sin cobertura	Es posible que usted 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> . Sin cobertura fuera de la <u>red</u> .
Si le realizan un examen	Prueba de diagnóstico (radiografía, análisis de sangre)	Sin cargo	Sin cobertura	Ninguna
	Estudios por imágenes (tomografías computarizadas [CT]/ tomografías por emisión de positrones [PET], imágenes por resonancia magnética [MRI])	Sin cargo	Sin cobertura	Se requiere preautorización

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 welcometouhc.com .	Nivel 1 - Medicamentos genéricos	\$7 de copago/cada medicamento con receta (farmacia minorista) por suministro de 30 días; \$14 de copago/cada medicamento con receta (farmacia minorista o farmacia de pedidos por correo participante) por suministro de 90 días.	Farmacia minorista: Sin cobertura.	La cobertura de medicamentos con receta es proporcionada a través de CVS Caremark. Para obtener una lista de farmacias participantes, visite www.Caremark.com/sofrxplan o llame al 1-888-766-5490. La cobertura de farmacia minorista se aplica a un suministro de hasta 30 días. El plan cubre un suministro de hasta 90 días a través de la farmacia de pedidos por correo y un suministro de hasta 90 días de medicamentos de mantenimiento a través de una farmacia minorista participante. Ciertos medicamentos podrían estar sujetos a límites de cantidad. También se puede aplicar un cargo adicional a los medicamentos de marca. Ciertos medicamentos podrían estar sujetos a límites de cantidad. También se puede aplicar un cargo adicional a los medicamentos de marca.
	Nivel 2 - Medicamentos de marca preferidos	\$30 de copago/cada medicamento con receta (farmacia minorista) por suministro de 30 días; \$60 de copago/cada medicamento con receta (farmacia minorista o farmacia de pedidos por correo participante) por suministro de 90 días.	Farmacia minorista: Sin cobertura	
	Nivel 3 - Medicamentos de marca no preferidos	\$50 de copago/cada medicamento con receta (farmacia minorista) por suministro de 30 días; \$100 de copago/cada medicamento con receta (farmacia minorista o farmacia de pedidos por correo participante) por suministro de 90 días.	Farmacia minorista: Sin cobertura	
Si le realizan una cirugía para pacientes ambulatorios	Tarifa del centro médico (p. ej., centro de cirugía ambulatoria)	Sin cargo	Sin cobertura	Ninguna
	Honorarios del médico/cirujano	Sin cargo	Sin cobertura	Ninguna
Si necesita atención médica inmediata	<u>Cuidado en la sala de emergencias</u>	\$100 de copago por cada visita	\$100 de copago por cada visita	Se aplican \$100 de copago por cada visita (no tiene que pagarlo si le admiten). Se requiere preautorización si le admiten en un hospital fuera de la red y es la responsabilidad del proveedor de la red. No será multado por servicios debido a la falta de preautorización.
	<u>Transporte médico de emergencia</u>	Sin cargo	*20% de <u>coseguro</u>	Ninguna
	<u>Cuidado de urgencia</u>	\$25 de copago por cada visita	Sin cobertura	
En caso de una estadía en el hospital	Tarifa del centro médico (p. ej., habitación de hospital)	\$250 de copago por cada visita	Sin cobertura	Se requiere preautorización. Sus beneficios/servicios podrían ser denegados.
	Honorarios del médico/cirujano	Sin cargo	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 (Usted pagará lo mínimo)	Proveedor Fuera de la Red (Usted pagará lo máximo)	
Si necesita servicios para la salud mental, la salud del comportamiento o el abuso de sustancias	Servicios para pacientes ambulatorios	\$20 de copago por cada visita	Sin cobertura	Ninguna
	Servicios para pacientes hospitalizados	\$250 de copago por cada visita	Sin cobertura	Ninguna
Si está embarazada	Visitas al consultorio	\$40 de copago/la visita inicial solamente	Sin cobertura	El cuidado prenatal de rutina está cubierto sin cargo después de la primera visita. Se aplicará el copago por médico cuidado primario (PCP) y especialista según la situación del proveedor.
	Servicios profesionales para el parto	Sin cargo	Sin cobertura	
	Servicios del centro para el parto	\$250 de copago por cada visita	Sin cobertura	
Si necesita ayuda para recuperarse o tiene otras necesidades especiales de salud	<u>Cuidado de asistencia médica a domicilio</u>	Sin cargo	Sin cobertura	Se requiere un plan de tratamiento aprobado.
	<u>Servicios para la rehabilitación</u>	\$40 de copago por cada visita	Sin cobertura	Se aplican \$40 de copago por especialista. La fisioterapia, la terapia del habla, el cuidado manipulativo y la terapia ocupacional para tratar lesiones se limita a 60 visitas por lesión.
	<u>Servicios para la habilitación</u>	\$40 de copago por cada visita	Sin cobertura	Habilitación: La terapia ocupacional de habilitación se limita a cuidado de asistencia médica a domicilio, cuidados paliativos, tratamiento del trastorno del espectro autista, tratamiento de discapacidades del desarrollo y síndrome de Down.
	<u>Cuidado de enfermería especializada</u>	Sin cargo	Sin cobertura	Se limita a 60 días por cada año calendario (combinados con la rehabilitación para pacientes hospitalizados)
	<u>Equipo médico duradero</u>	Sin cargo	Sin cobertura	Las prótesis se limitan a una compra de cada tipo de dispositivo cada tres años. Las botas/los zapatos quirúrgicos no están cubiertos.
	<u>Servicios para cuidados paliativos</u>	Sin cargo	Sin cobertura	Los beneficios se limitan a 210 días durante todo el período en que usted esté cubierto por la póliza.
Si su hijo necesita cuidado dental o de la vista	Examen de la vista para niños	Sin cargo	Sin cobertura	Ninguna
	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">• Cirugía estética• Cuidado dental• Anteojos	<ul style="list-style-type: none">• Cuidado a largo plazo• Cuidado que no es de emergencia mientras viaja fuera de los Estados Unidos• Servicios de enfermería privada	<ul style="list-style-type: none">• Aparatos auditivos• Programas de control de peso• Acupuntura
--	--	--

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">• Servicios quiroprácticos (cuidado manipulativo)	<ul style="list-style-type: none">• Examen de la vista de rutina (p. ej., refracción)	<ul style="list-style-type: none">• Cuidado de los pies (cuando se relaciona con el tratamiento de la diabetes)
---	---	---

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. Es posible que usted también 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 sobre cómo 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 recibir ayuda, comuníquese con: el número de Servicio al Cliente que se encuentra en la parte de atrás de su tarjeta de ID o en es.myuhc.com.

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

¿Este plan proporciona Cobertura Esencial Mínima? Sí

La cobertura esencial mínima generalmente incluye planes, seguros de salud disponibles 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 las Normas de Valor Mínimo? Sí

Si su plan no cumple 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 1-866-633-2446.

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, kwijjigo 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 un estimador 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 deducible general del plan \$0
- Copago por especialista \$40
- Coseguro por el hospital (centro) \$250
- Otro coseguro 0%

Este EJEMPLO de evento incluye servicios como:

Visitas al consultorio de un especialista (*cuidado prenatal*)
 Servicios profesionales para el parto
 Servicios del centro para el parto
Pruebas de diagnóstico (*ecografías y análisis de sangre*)
 Visita a un especialista (*anestesia*)

Ejemplo de Costo Total	\$10,040
-------------------------------	-----------------

En este ejemplo, Peg pagaría:

<i>Costo compartido</i>	
<u>Deducibles</u>	\$0
<u>Copagos</u>	\$290
<u>Coseguro</u>	\$0
<i>Qué no está cubierto</i>	
Límites o exclusiones	\$60
Total que pagaría Peg	\$350

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 \$0
- Copago por especialista \$40
- Coseguro por el hospital (centro) \$250
- Otro coseguro 0%

Este EJEMPLO de evento incluye servicios como:

Visitas al consultorio de un 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	\$5,320
-------------------------------	----------------

En este ejemplo, Joe pagaría:

<i>Costo compartido</i>	
<u>Deducibles</u>	\$0
<u>Copagos</u>	\$1,085
<u>Coseguro</u>	\$0
<i>Qué no está cubierto</i>	
Límites o exclusiones	\$55
Total que pagaría Joe	\$1,140

Fractura Simple de Mia

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

- El deducible general del plan \$0
- Copago por especialista \$40
- Coseguro por el hospital (centro) \$250
- 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	\$1,500
-------------------------------	----------------

En este ejemplo, Mia pagaría:

<i>Costo compartido</i>	
<u>Deducibles</u>	\$0
<u>Copagos</u>	\$145
<u>Coseguro</u>	\$0
<i>Qué no está cubierto</i>	
Límites o exclusiones	\$0
Total que pagaría Mia	\$145

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 comunique 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 خدماتنا من إعداد اللغة العربية للمجانية نباح ذلك يُرجى التمس البوقم ال ملف الام جللي الامدر جب داخل م لمي ص الامزلي وال تخفي
(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。

توجہ: اگر زبان شفا (فارسی) **Farsi** (فارسی) است، خدمات امداد زبان یبہ طور ایگان لخت یار ش م لم باشد. لطفاً اشمار متھن ریگان کشرشده در لین خالص مزیا و پیشش Summary of Benefits and Coverage, SBC (س بگی یی د).

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: បើសិនអ្នកនិយាយភាសាខ្មែរ (**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).