



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, visite [www.myuhc.com](http://www.myuhc.com) o llame al 1-866-633-2446. 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](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 1-866-633-2446 para solicitar una copia.

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué esto es importante:
¿Cuál es el <u>deducible</u> general?	Dentro de la <u>red</u> \$1,350 individual o \$2,700 familiar Fuera de la <u>red</u> : Sin cobertura por año calendario. No se aplica a los servicios que se detallan a continuación como “Sin cargo”.	Por lo general, usted debe pagar todos los costos de los proveedores hasta alcanzar el <u>deducible</u> para que este <u>plan</u> comience a pagar. Si usted tiene otros familiares inscritos en la póliza, se debe alcanzar el <u>deducible</u> familiar general para que el <u>plan</u> comience a pagar.
¿Hay servicios cubiertos antes de que usted alcance su <u>deducible</u> ?	Sí. Los servicios para el <u>cuidado preventivo</u> están cubiertos antes de que usted alcance su <u>deducible</u> .	Este <u>plan</u> cubre algunos artículos y servicios aunque usted no haya alcanzado aún el <u>deducible</u> anual. Sin embargo, es posible que se aplique un <u>copago</u> o <u>coseguro</u> . Por ejemplo, este <u>plan</u> cubre ciertos <u>servicios preventivos</u> sin <u>costo compartido</u> y antes de que usted alcance su <u>deducible</u> . Consulte una lista de los servicios cubiertos en <a href="http://www.cuidadodesalud.gov/es/coverage/preventive-care-benefits/">www.cuidadodesalud.gov/es/coverage/preventive-care-benefits/</a> .
¿Hay otros <u>deducibles</u> por servicios específicos?	No, no hay ningún otro <u>deducible</u> .	No tiene que alcanzar <u>deducibles</u> por servicios específicos, pero consulte la tabla que comienza en la página 2 para conocer los costos de otros servicios que cubre este <u>plan</u> .
¿Cuál es el <u>límite de gastos de su bolsillo</u> para este <u>plan</u> ?	Médico y de farmacia dentro de la <u>red</u> : \$3,000 individual o \$6,000 familiar por año calendario Fuera de la <u>red</u> : Sin cobertura	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> , se debe alcanzar el límite de <u>gastos de su bolsillo</u> familiar general.
¿Qué no está incluido en el <u>límite de gastos de su bolsillo</u> ?	<u>Primas</u> y servicios para el cuidado de la salud que este <u>plan</u> no cubra.	Aunque usted paga estos gastos, no cuentan para los <u>gastos de su bolsillo</u> .
¿Pagará menos si usa un <u>proveedor de la red</u> ?	Sí. Visite <a href="http://www.myuhc.com">www.myuhc.com</a> o llame al 1-866-633-2446 para obtener una lista de los <u>proveedores</u> de la <u>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 desee 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 paga lo mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted paga lo máximo)	
Si visita una clínica o el consultorio de un <b>proveedor</b> de cuidado de la salud	Visita a un médico de cuidado primario para tratar una lesión o enfermedad	<u>Coseguro</u> del 20 % después del deducible	Sin cobertura	Ninguna
	Visita a un <u>especialista</u>	<u>Coseguro</u> del 20 % después del deducible	Sin cobertura	Ninguna
	<u>Cuidado preventivo, pruebas de detección</u> y vacunas	Sin cargo	Sin cobertura	Incluye servicios de cuidado preventivo especificados en la ley de reforma del cuidado de la salud. Es posible que tenga que pagar los servicios que no sean preventivos. Pregúntele a su <b>proveedor</b> si los servicios que usted necesita son preventivos. Luego verifique lo que pagará su <u>plan</u> .
Si le realizan una prueba	<u>Prueba de diagnóstico</u> (radiografías, análisis de sangre)	<u>Coseguro</u> del 20 % después del deducible	Sin cobertura	Ninguna
	Imágenes (tomografía computarizada, tomografía por emisión de positrones, imágenes por resonancia magnética)	<u>Coseguro</u> del 20 % después del deducible	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 paga lo mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted paga lo máximo)	
<b>Si necesita medicamentos para tratar su enfermedad o condición</b> Para obtener más información sobre la <b>cobertura de medicamentos con receta</b> , visite <a href="http://www.caremark.com">www.caremark.com</a> .	Medicamentos genéricos (Nivel 1)	<u>Coseguro</u> del 30 % después del deducible por medicamento con receta (farmacia con servicio de medicamentos por correo o farmacia de venta al por menor participante)	Venta al por menor: Sin cobertura	<u>Coseguro</u> del 30 % después del <u>deducible</u> por medicamento con receta (farmacia con servicio de medicamentos por correo o farmacia de venta al por menor participante). La <u>cobertura de medicamentos con receta</u> es proporcionada a través de CVS Caremark. Para ver una lista de los proveedores participantes, visite <a href="http://www.Caremark.com/sofrxplan">www.Caremark.com/sofrxplan</a> o llame al 1-888-766-5490.
	Medicamentos de marca preferentes (Nivel 2)	<u>Coseguro</u> del 30 % después del deducible por medicamento con receta (farmacia con servicio de medicamentos por correo o farmacia de venta al por menor participante)	Venta al por menor: Sin cobertura	<u>Coseguro</u> del 30 % después del <u>deducible</u> por medicamento con receta (farmacia con servicio de medicamentos por correo o farmacia de venta al por menor participante). La cobertura en farmacia de venta al por menor se aplica a un suministro de hasta 30 días. El <u>plan</u> cubre un suministro de hasta 90 días a través de una farmacia con servicio de medicamentos por correo y un suministro de hasta 90 días de medicamentos de mantenimiento a través de una farmacia de venta al por menor participante. Es posible que ciertos medicamentos estén sujetos a límites de cantidad. También se podría aplicar un cargo adicional a los medicamentos de marca.
	Medicamentos de marca no preferentes (Nivel 3)	<u>Coseguro</u> del 50 % después del deducible por medicamento con receta (farmacia con servicio de medicamentos por correo o farmacia de venta al por menor participante)	Venta al por menor: Sin cobertura	<u>Coseguro</u> del 50 % después del <u>deducible</u> por medicamento con receta (farmacia con servicio de medicamentos por correo o farmacia de venta al por menor participante). Es posible que ciertos medicamentos estén sujetos a límites de cantidad. También se podría aplicar un cargo adicional a los medicamentos de marca.
<b>Si le realizan una cirugía como paciente ambulatorio</b>	Tarifa del centro (por ejemplo, centro de cirugía ambulatoria)	<u>Coseguro</u> del 20 % después del deducible	Sin cobertura	Ninguna
	Honorarios del médico o cirujano	<u>Coseguro</u> del 20 % después del deducible	Sin cobertura	Ninguna
<b>Si necesita cuidado médico inmediato</b>	<u>Cuidado en la sala de emergencias</u>	<u>Coseguro</u> del 20 % después del deducible	<u>Coseguro</u> del 20 %	UHC debe recibir una notificación dentro de las 24 horas de la admisión como paciente hospitalizado después de los <u>servicios para emergencias</u> , o en cuanto sea razonablemente posible.
	<u>Transporte médico de emergencia</u>	<u>Coseguro</u> del 20 % después del deducible	<u>Coseguro</u> del 20 %	Ninguna
	<u>Cuidado de urgencia</u>	<u>Coseguro</u> del 20 % después del deducible	Sin cobertura	Ninguna
<b>Si es hospitalizado</b>	Tarifa del centro (por ejemplo, habitación de hospital)	<u>Coseguro</u> del 20 % después del deducible	Sin cobertura	Ninguna
	Honorarios del médico o cirujano	<u>Coseguro</u> del 20 % después del deducible	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 paga lo mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted paga lo máximo)	
<b>Si necesita servicios para la salud mental, la salud del comportamiento o el abuso de sustancias</b>	Servicios para pacientes ambulatorios	<u>Coseguro</u> del 20 % después del deducible	Sin cobertura	Ninguna
	Servicios para pacientes hospitalizados	<u>Coseguro</u> del 20 % después del deducible	Sin cobertura	Ninguna
<b>Si está embarazada</b>	Visitas al consultorio	<u>Coseguro</u> del 20 % después del deducible	Sin cobertura	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 20 % después del deducible	Sin cobertura	
	Servicios del centro por el parto	<u>Coseguro</u> del 20 % después del deducible	Sin cobertura	
<b>Si necesita ayuda para recuperarse o tiene otras necesidades especiales de salud</b>	<u>Cuidado de la salud a domicilio</u>	<u>Coseguro</u> del 20 % después del deducible	Sin cobertura	Se requiere un <u>plan</u> de tratamiento aprobado.
	<u>Servicios para la rehabilitación</u>	<u>Coseguro</u> del 20 % después del deducible	Sin cobertura	Se limitan a 60 visitas por año calendario por lesión para cada servicio. Incluye fisioterapia, terapia ocupacional, del habla, cardíaca y pulmonar, y cuidado manipulativo.
	<u>Servicios para la habilitación</u>	<u>Coseguro</u> del 20 % después del deducible	Sin cobertura	Habilitación: La terapia ocupacional para la habilitación se limita a <u>cuidado de la salud a domicilio</u> , cuidados paliativos, tratamiento de trastornos del espectro autista, tratamiento de discapacidades del desarrollo y del síndrome de Down.
	<u>Cuidado de enfermería especializada</u>	<u>Coseguro</u> del 20 % después del deducible	Sin cobertura	Se limita a 60 días por año calendario (combinados con la rehabilitación para pacientes hospitalizados).
	<u>Equipo médico duradero</u>	<u>Coseguro</u> del 20 % después del deducible	Sin cobertura	Ninguna
	<u>Servicios de cuidados paliativos</u>	<u>Coseguro</u> del 20 % después del deducible	Sin cobertura	Los beneficios se limitan a 210 días durante todo el período en que usted esté cubierto por la póliza.
<b>Si su hijo necesita cuidado dental o de la vista</b>	Examen de la vista para niños	<u>Coseguro</u> del 20 % después del deducible	Sin cobertura	Se limita a 1 examen cada año
	Anteojos para niños	Sin cobertura	Sin cobertura	Sin cobertura para anteojos
	Examen dental para niños	Sin cobertura	Sin cobertura	Sin cobertura

**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).**

- Examen dental para niños
- Anteojos
- Cirugía estética
- Cuidado dental
- Aparatos auditivos
- 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
- Programas para bajar de peso
- Acupuntura

**Otros servicios cubiertos (es posible que se apliquen limitaciones a estos servicios. Esta no es una lista completa. Consulte el documento de su plan).**

- Examen de la vista de rutina (por ejemplo, refractivo)
- Cuidado quiropráctico
- Cuidado de los pies (cuando está asociado con el tratamiento de la diabetes)

**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: 1-866-663-4735. 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](http://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 para obtener ayuda, comuníquese con: el 1-866-633-2446 o visite [www.myuhc.com](http://www.myuhc.com). También puede comunicarse con la Administración de Seguridad de Beneficios del Empleado al 1-866-444-3272 o visitar [www.dol.gov/ebsa/healthreform](http://www.dol.gov/ebsa/healthreform).

Además, un programa de asistencia al consumidor puede ayudarle a presentar su [apelación](#). Para encontrar una lista de los estados que ofrecen Programas de Asistencia al Consumidor, visite [www.dol.gov/ebsa/healthreform](http://www.dol.gov/ebsa/healthreform) y <http://cciio.cms.gov/programs/consumer/capgrants/index.html>.

#### **¿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 1-866-633-2446.

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 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 \$1,350
- Coseguro del especialista 20 %
- Coseguro por el hospital (centro) 20 %
- Otro coseguro 20 %

**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>	
<u>Deducibles</u>	\$1,350
<u>Copagos</u>	\$0
<u>Coseguro</u>	\$1,650
<i>Qué no está cubierto</i>	
Límites o exclusiones	\$60
<b>Total que pagaría Peg</b>	<b>\$3,060</b>

**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 \$1,350
- Coseguro del especialista 20 %
- Coseguro por el hospital (centro) 20 %
- Otro coseguro 20 %

**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>	
<u>Deducibles</u>	\$1,350
<u>Copagos</u>	\$0
<u>Coseguro</u>	\$1,650
<i>Qué no está cubierto</i>	
Límites o exclusiones	\$55
<b>Total que pagaría Joe</b>	<b>\$3,055</b>

**Fractura simple de Mia**

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

- El deducible general del plan \$1,350
- Coseguro del especialista 20 %
- Coseguro por el hospital (centro) 20 %
- Otro coseguro 20 %

**Este EJEMPLO de evento incluye servicios como:**

Cuidado en la sala de emergencias (*incluye suministros médicos*)  
Prueba de diagnóstico (*radiografías*)  
Equipo médico duradero (*muletas*)  
Servicios para la rehabilitación (*fisioterapia*)

**Ejemplo de costo total \$1,900**

**En este ejemplo, Mia pagaría:**

<i>Costo compartido</i>	
<u>Deducibles</u>	\$1,305
<u>Copagos</u>	\$0
<u>Coseguro</u>	\$385
<i>Qué no está cubierto</i>	
Límites o exclusiones	\$0
<b>Total que pagaría Mia</b>	<b>\$1,690</b>

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](mailto: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।

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 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 béésh 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).