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 1-888-331-3408 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 www.healthcare.gov/sbc-glossary/ 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: **$3,000** individual/**$6,000** familiar Por cada año calendario.	Por lo general, usted debe pagar todos los costos de los proveedores hasta alcanzar el deducible antes de 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. El cuidado preventivo y las categorías con copago están cubiertos antes de que usted alcance su deducible.	Este plan cubre algunos artículos y servicios, aunque usted no haya alcanzado aún el deducible. Sin embargo, se puede aplicar 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.healthcare.gov/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: **$6,500** individual/**$13,000** familiar Por cada año calendario.	El límite de gastos de su bolsillo es el máximo que usted podría pagar en un año por servicios cubiertos. Si usted tiene otros familiares inscritos en este plan, ellos tienen que alcanzar sus propios límites de gastos de su bolsillo hasta que se haya alcanzado el límite de gastos de su bolsillo familiar general.
¿Qué no está incluido en el límite de gastos de su bolsillo?	Primas, cargos de facturación del saldo, cuidado de la salud que este plan no cubre y multas por no obtener preautorización para recibir servicios.	Aunque usted paga estos gastos, no se toman en cuenta para alcanzar el límite de gastos de su bolsillo.
¿Pagará menos si usa un proveedor de la red?	Sí. Visite myuhc.com o llame al **1-888-331-3408** para obtener una lista de proveedores de la red.	Usted paga el mínimo si usa un proveedor dentro de la red designada. Usted paga más si usa un proveedor dentro de la red. Usted pagará el 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 (por ejemplo, análisis de laboratorio). Consulte con su proveedor antes de recibir los servicios.
¿Necesita una referencia para consultar a un especialista?	No.	Puede consultar al especialista que elija sin una referencia.

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

Evento Médico Común	Servicios que Podría Necesitar	Lo que Pagará Usted		Limitaciones, Excepciones y Otra Información Importante
		Proveedor de la Red (Usted pagará el mínimo)	Proveedor Fuera de la Red (Usted pagará el 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	Red designada: $30 de copago por cada visita, no se aplica el deducible. Dentro de la red: 50% de coseguro	Sin cobertura	Si recibe otros servicios, además de la visita al consultorio, se pueden aplicar copagos, deducibles o coseguros adicionales, por ejemplo, por cirugía.
	Visita a un especialista	Red designada: $60 de copago por cada visita, no se aplica el deducible. Dentro de la red: 50% de coseguro	Sin cobertura	Si recibe otros servicios, además de la visita al consultorio, se pueden aplicar copagos, deducibles o coseguros adicionales, por ejemplo, por cirugía.
	Cuidado preventivo/ pruebas de detección/ vacunas	Sin cargo	Sin cobertura	Es posible que usted tenga que pagar por los servicios que no sean preventivos. Pregúntele a su proveedor si los servicios que usted necesita son preventivos. Luego, verifique lo que pagará su plan.
Si le realizan un examen	Prueba de diagnóstico (radiografía, análisis de sangre)	20% de coseguro	Sin cobertura	Ninguna
	Estudios por imágenes (tomografías computarizadas [CT]/tomografías por emisión de positrones [PET], imágenes por resonancia magnética [MRI])	20% de coseguro	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 el mínimo)	Proveedor Fuera de la Red (Usted pagará el 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 costo mínimo	Farmacia minorista: $10 de copago, no se aplica el deducible. Farmacia de pedidos por correo: $25 de copago, no se aplica el deducible.	Sin cobertura	A los efectos de esta sección, proveedor significa farmacia. Farmacia minorista: Un suministro de hasta 31 días. Farmacia de pedidos por correo: Un suministro de hasta 90 días Es posible que deba obtener ciertos medicamentos, incluso ciertos medicamentos especializados, de una farmacia designada por nosotros. Ciertos medicamentos podrían tener un requisito de preautorización; sin esta, es posible que estén sujetos a un costo mayor. Si usa una farmacia fuera de la red (incluida una farmacia de pedidos por correo), usted podría ser responsable de cualquier cantidad que exceda la cantidad permitida. Ciertos medicamentos preventivos (incluidos ciertos anticonceptivos) están cubiertos sin cargo. Visite el sitio web indicado para obtener información sobre los medicamentos que cubre su plan. No todos los medicamentos están cubiertos. Es posible que usted deba usar medicamentos de menor costo antes de que los beneficios de su póliza estén disponibles para ciertos medicamentos recetados. Si un medicamento despachado tiene un medicamento químicamente equivalente en un nivel más bajo, se puede aplicar la diferencia de costo entre los medicamentos, además de cualquier copago o coseguro correspondiente.
	Nivel 2 – Su opción de costo medio	Farmacia minorista: $35 de copago, no se aplica el deducible. Farmacia de pedidos por correo: $87.50 de copago, no se aplica el deducible.	Sin cobertura	
	Nivel 3 – Su opción de costo medio	Farmacia minorista: $70 de copago, no se aplica el deducible. Farmacia de pedidos por correo: $175 de copago, no se aplica el deducible.	Sin cobertura	
	Nivel 4 – Su opción de costo máximo	No corresponde	No corresponde	
Si le realizan una cirugía para pacientes ambulatorios	Tarifa del centro médico (por ejemplo, centro de cirugía ambulatoria)	Red designada: 20% de coseguro Dentro de la red: 50% de coseguro	Sin cobertura	Se aplican $250 de deducible por cada ocurrencia antes del deducible general No se aplica el deducible por cada ocurrencia a los proveedores de la red designada
	Honorarios del médico/cirujano	Red designada: 20% de coseguro Dentro de la red: 50% de coseguro	Sin cobertura	Ninguna
Si necesita atención médica inmediata	Cuidado en la sala de emergencias	$1,000 de copago por cada visita, no se aplica el deducible.	$1,000 de copago por cada visita, no se aplica el deducible.	Ninguna
	Transporte médico de emergencia	20% de coseguro	20% de coseguro	Ninguna
	Cuidado de urgencia	20% de coseguro	Sin cobertura	Ninguna
En caso de una estadía en el hospital	Tarifa del centro médico (por ejemplo, habitación de hospital)	Red designada: 20% de coseguro Dentro de la red: 50% de coseguro	Sin cobertura	Se aplican $500 de deducible por cada ocurrencia antes del deducible general No se aplica el deducible por cada ocurrencia a los proveedores de la red designada
	Honorarios del médico/cirujano	Red designada: 20% de coseguro Dentro de la red: 50% de coseguro	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 el mínimo)	Proveedor Fuera de la Red (Usted pagará el máximo)	
Si necesita servicios de salud mental, servicios de salud del comportamiento o servicios para el abuso de sustancias	Servicios para pacientes ambulatorios	$30 de copago por cada visita, no se aplica el deducible.	Sin cobertura	Hospitalización parcial/tratamiento intensivo para pacientes ambulatorios dentro de la red: 20% de coseguro
	Servicios para pacientes hospitalizados	20% de coseguro	Sin cobertura	Ninguna
Si está embarazada	Visitas al consultorio	Sin cargo	Sin cobertura	No se aplica un costo compartido a los servicios preventivos. Según el tipo de servicio, se puede aplicar un copago, coseguro o deducible. El cuidado de maternidad podría incluir pruebas y servicios descritos en otra parte del Resumen de Beneficios y Cobertura (por ejemplo, ecografía).
	Servicios profesionales para el parto	Red designada: 20% de coseguro Dentro de la red: 50% de coseguro	Sin cobertura	
	Servicios del centro para el parto	Red designada: 20% de coseguro Dentro de la red: 50% de coseguro	Sin cobertura	Se aplican $500 de deducible por cada ocurrencia antes del deducible general No se aplica el deducible por cada ocurrencia a los proveedores de la red designada
Si necesita ayuda para recuperarse o tiene otras necesidades especiales de salud	Cuidado de asistencia médica a domicilio	20% de coseguro	Sin cobertura	Se limita a 60 visitas por cada año calendario.
	Servicios de rehabilitación	$30 de copago por cada visita, no se aplica el deducible.	Sin cobertura	Límites por cada año calendario: Fisioterapia, Terapia del Habla, Terapia Ocupacional: 20 visitas de cada tipo; Rehabilitación Cardíaca, Rehabilitación Pulmonar: 30 visitas de cada tipo Los límites a las visitas no se aplican al tratamiento de enfermedades mentales ni de trastornos relacionados con sustancias y trastornos adictivos.
	Servicios de habilitación	$30 de copago por cada visita, no se aplica el deducible.	Sin cobertura	Los servicios se prestan conforme a los Servicios de Rehabilitación mencionados anteriormente, y los límites se combinan con los de estos.
	Cuidado de enfermería especializada	20% de coseguro	Sin cobertura	Se limita a 60 días por cada año calendario (combinados con la rehabilitación para pacientes hospitalizados).
	Equipo médico duradero	20% de coseguro	Sin cobertura	Cubre 1 por cada tipo de equipo médico duradero (durable medical equipment, DME) (incluye reparación o reemplazo) cada 3 años.
	Servicios de cuidados para enfermos terminales	20% de coseguro	Sin cobertura	Ninguna
Si su hijo necesita cuidado dental o de la vista	Examen de la vista para niños	Sin cobertura	Sin cobertura	Sin cobertura para Exámenes de la vista para niños.
	Anteojos para niños	Sin cobertura	Sin cobertura	Sin cobertura para Anteojos para niños.
	Examen dental para niños	Sin cobertura	Sin cobertura	Sin cobertura para 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 de la infertilidad • Cuidado a largo plazo • Cuidado que no es de emergencia mientras viaja fuera de los Estados Unidos	• Servicios de enfermería privada • Cuidado de la vista de rutina • Programas para bajar de peso

Otros Servicios Cubiertos (Se pueden aplicar limitaciones a estos servicios. Esta no es una lista completa. Consulte el documento de su plan.)		
• Cuidado Quiropráctico (Manipulativo) – 20 visitas por cada año calendario	• Aparatos auditivos - $2,500 por cada año calendario	• Cuidado de los pies de rutina (cubierto para ciertas enfermedades)

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 el 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 Médicos. Para obtener más información sobre el Mercado, visite www.HealthCare.gov 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 myuhc.com; o la Administración de Seguridad de Beneficios del Empleado al 1-866-444-3272 o en dol.gov/ebsa/healthreform.

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 (Children's Health Insurance Program, 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 fiscal para 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 fiscal para la prima que le ayude a pagar un plan a través del Mercado.

Servicios de Acceso en Otros Idiomas:

Spanish (Español): Para obtener asistencia en Español, llame al 1-888-331-3408.

Traditional Chinese (中文): 如果需要中文的幫助, 請撥打這個號碼 1-888-331-3408.

Navajo (Diné): Dinek'ehgo shika at'ohwol ninisingo, kwiijigo holne' 1-888-331-3408.

Pennsylvania Dutch (Deitsch): Fer Hilf griege in Deitsch, ruf 1-888-331-3408 uff.

Tagalog (Tagalog): Kung kailangan ninyo ang tulong sa Tagalog tumawag sa 1-888-331-3408.

Samoan (Gagana Samoa): Mo se fesoasoani i le Gagana Samoa, vala'au mai i le numera telefoni 1-888-331-3408.

Carolinian (Kapasal Falawasch): ngere aukke ghut alillis reel kapasal Falawasch au fafaingi tilifon ye 1-888-331-3408.

Chamorro (CHamoru): Para un ma ayuda gi finu CHamoru, å'gang 1-888-331-3408.

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 un hospital dentro de la red)

El deducible general del plan	**$3,000**
Copago por especialista	**$60**
Coseguro por el hospital (centro)	**20%**
Otro coseguro	**20%**

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	**$12,700**

En este ejemplo, Peg pagaría:

Costo compartido	
Deducibles	$3,000
Copagos	$10
Coseguros	$1,600
Qué no está cubierto	
Límites o exclusiones	$60
Total que pagaría Peg	**$4,670**

Manejo de la Diabetes Tipo 2 de Joe
(un año de cuidado de rutina dentro de la red de una enfermedad bien controlada)

El deducible general del plan	**$3,000**
Copago por especialista	**$60**
Coseguro por el hospital (centro)	**20%**
Otro coseguro	**20%**

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	**$5,600**

En este ejemplo, Joe pagaría:

Costo compartido	
Deducibles	$250
Copagos	$1,100
Coseguros	$0
Qué no está cubierto	
Límites o exclusiones	$30
Total que pagaría Joe	**$1,380**

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

El deducible general del plan	**$3,000**
Copago por especialista	**$60**
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 *(radiografía)*
Equipo médico duradero *(muletas)*
Servicios de rehabilitación *(fisioterapia)*

Ejemplo de Costo Total	**$2,800**

En este ejemplo, Mia pagaría:

Costo compartido	
Deducibles	$1,250
Copagos	$1,200
Coseguros	$0
Qué no está cubierto	
Límites o exclusiones	$0
Total que pagaría Mia	**$2,450**

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.
Correo Electrónico: UHC_Civil_Rights@uhc.com
Correo Postal: 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.
Internet: https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf
Los formularios para quejas están disponibles en https://www.hhs.gov/civil-rights/filing-a-complaint/complaint-process/index.html.
Teléfono: Número gratuito 1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD)
Correo Postal: 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 LƯU 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 (Summary of Benefits and Coverage، SBC) هذا.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

ចំណាប់អារម្មណ៍: បើសិនអ្នកនិយាយ**ភាសាខ្មែរ (Khmer)** សេវាជំនួយភាសាដោយឥតគិតថ្លៃ គឺមានសំរាប់អ្នក។ សូមទូរស័ព្ទទៅលេខឥតចេញថ្លៃ ដែលមានកត់នៅក្នុង សេចក្តីសង្ខេបអត្ថប្រយោជន៍ និងការរ៉ាបង់រង (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 yáníłti'go, saad bee áka'anída'awo'ígíí, t'áá jíík'eh, bee ná'ahóót'i'. T'áá shǫǫdí 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).