UnitedHealthcare

HDHP EE & EE + Family

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, visite ONEOK Portal o llame al 1-855-663-6547. 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 1-800-232-8943 para solicitar una copia.

Preguntas Importantes	Respuestas	Por Qué Esto Es Importante:
¿Cuál es el deducible general?	Dentro de la red*: $1,800 individual/$3,500 familiar Fuera de la red*: $3,600 individual/$7,000 familiar por cada año calendario. *Los deducibles se aplican entre sí	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 la póliza, se debe alcanzar el deducible familiar general antes de que el plan comience a pagar.
¿Hay servicios cubiertos antes de que usted alcance su deducible?	Sí. El cuidado preventivo está cubierto 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 https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/
¿Hay otros deducibles por servicios específicos?	No, no hay otros deducibles.	Usted no tiene que alcanzar deducibles por servicios específicos, pero consulte la tabla que comienza en la página 2 para conocer otros costos de los servicios que cubre este plan.
¿Cuál es el límite de gastos de su bolsillo para este plan?	Para proveedores de la red*: $4,000 individual/$8,000 familiar Para proveedores fuera de la red*: $9,000 individual/$18,000 familiar por cada año calendario *Los gastos de su bolsillo se aplican entre sí	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, se debe alcanzar 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, multas por no obtener preautorización para recibir servicios.	Aunque usted paga estos gastos, no se toman en cuenta para alcanzar los gastos de su bolsillo.
¿Pagará menos si usa un proveedor de la red?	Sí. Visite www.myuhc.com o llame al 1-800-232-8943 para obtener una lista de proveedores de la red.	Este plan usa una red de proveedores. Usted pagará menos si usa un proveedor dentro de la red del plan. 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 proveedor de cuidado primario para tratar una lesión o enfermedad	15% de coseguro	40% de coseguro	Visitas virtuales - Dentro de la red 15% de coseguro después del deducible si es con un proveedor de la red designado para visitas virtuales. Sin cobertura para visitas virtuales fuera de la red. Si recibe otros servicios, además de la visita al consultorio, se pueden aplicar copagos, deducibles o coseguros adicionales.
	Visita a un especialista	15% de coseguro	40% de coseguro	Si recibe otros servicios, además de la visita al consultorio, se pueden aplicar copagos, deducibles, o coseguros adicionales.
	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. Sin cobertura fuera de la red.
Si le realizan un examen	Prueba de diagnóstico (radiografía, análisis de sangre)	15% de coseguro	40% de coseguro	Se requiere preautorización para estudios del sueño fuera de la red, o se aplican $300 de multa.
	Estudios por imágenes (tomografías computarizadas [CT]/tomografías por emisión de positrones [PET], imágenes por resonancia magnética [MRI])	15% de coseguro	40% de coseguro	Se requiere preautorización para recibir servicios fuera de la red, o se aplican $300 de multa.

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 www.myuhc.com**	Medicamentos genéricos (Nivel 1)	Farmacia minorista: 15% de coseguro Farmacia de pedidos por correo: 15% de coseguro	Farmacia minorista: 40% de coseguro	Nivel 1: Farmacia minorista Un suministro de hasta 31 días. Dentro de la red 15% después del deducible.Fuera de la red 40% después del deducible. Farmacia de pedidos por correo Un suministro de hasta 90 días. 15% después del deducible. Nivel 2: Farmacia minorista Un suministro de hasta 31 días. Dentro de la red 15% después del deducible. Fuera de la red 40% después del deducible. Farmacia de pedidos por correo Un suministro de hasta 90 días. 15% después del deducible. Nivel 3: Farmacia minorista Un suministro de hasta 31 días. Dentro de la red 15% después del deducible. Fuera de la red 40% después del deducible. Farmacia de pedidos por correo Un suministro de hasta 90 días. 15% después del deducible. Medicamentos de especialidad incluidos en el Nivel 3. Es posible que ciertos medicamentos tengan un requisito de preautorización previa. Si usa una farmacia fuera de la red (incluida una farmacia de pedidos por correo), usted será responsable de cualquier cantidad que exceda la cantidad permitida. Es posible que usted deba usar medicamentos de menor costo antes de que los beneficios de su póliza estén disponibles. Ciertos medicamentos preventivos (incluidos ciertos anticonceptivos) y la Lista de Medicamentos con Costo Compartido de Cero están cubiertos sin cargo.
	Medicamentos de marca preferidos (Nivel 2)	Farmacia minorista: 15% de coseguro Farmacia de pedidos por correo: 15% de coseguro	Farmacia minorista: 40% de coseguro	
	Medicamentos de marca no preferidos (Nivel 3)	Farmacia minorista: 15% de coseguro Farmacia de pedidos por correo: 15% de coseguro	Farmacia minorista: 40% de coseguro	
Si le realizan una cirugía para pacientes ambulatorios	Tarifa del centro médico (por ejemplo, centro de cirugía ambulatoria)	15% de coseguro	40% de coseguro	Se requiere preautorización para recibir servicios fuera de la red, o se aplican $300 de multa.
	Honorarios del médico/cirujano	15% de coseguro	40% de coseguro	Ninguna
Si necesita atención médica inmediata	Cuidado en la sala de emergencias	15% de coseguro	15% de coseguro	Ninguna
	Transporte médico de emergencia	15% de coseguro	15% de coseguro	Ninguna
	Cuidado de urgencia	15% de coseguro	40% de coseguro	Ninguna
En caso de una estadía en el hospital	Tarifa del centro médico (por ejemplo, habitación de hospital)	15% de coseguro	40% de coseguro	Se requiere preautorización para recibir servicios fuera de la red, o se aplican $300 de multa.
	Honorarios del médico/cirujano	15% de coseguro	40% de coseguro	Ninguna
Si necesita servicios de salud mental, servicios de salud del comportamiento o servicios para el abuso de sustancias	Servicios para pacientes ambulatorios	15% de coseguro	40% de coseguro	Se requiere preautorización para recibir servicios fuera de la red, o se aplican $300 de multa. El Programa de Asistencia al Empleado (EAP) a través de Lyra Health se limita a 6 visitas por año calendario cubiertas sin cargo.
	Servicios para pacientes hospitalizados	15% de coseguro	40% de coseguro	Se requiere preautorización previa para centros para pacientes hospitalizados, o se aplican $300 de multa.
Si está embarazada	Visitas al consultorio	15% de coseguro	40% de coseguro	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
	Servicios profesionales para el parto	15% de coseguro	40% de coseguro	
	Servicios del centro para el parto	15% de coseguro	40% de coseguro	

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)	
				descritos en otra parte del Resumen de Beneficios y Cobertura. (por ejemplo, ecografía) Se requiere preautorización para estadías como paciente hospitalizada fuera de la red que excedan las 48 horas para un parto normal o 96 horas para una cesárea, o se aplican $300 de multa.
Si necesita ayuda para recuperarse o tiene otras necesidades especiales de salud	Cuidado de asistencia médica a domicilio	15% de coseguro	40% de coseguro	Se limita a 120 visitas por cada año calendario. Se requiere preautorización para recibir ciertos servicios para el cuidado de asistencia médica a domicilio (enfermería especializada a cargo de una enfermera titulada [RN] o una enfermera de práctica con licencia [LPN]) fuera de la red, o se aplican $300 de multa.
	Servicios de rehabilitación	15% de coseguro	40% de coseguro	Ninguna
	Servicios de habilitación	15% de coseguro	40% de coseguro	Los Servicios de habilitación se prestan en conformidad con los Servicios de rehabilitación mencionados anteriormente, y los límites se combinan con los de estos.
	Cuidado de enfermería especializada	15% de coseguro	40% de coseguro	Se limita a 60 días por cada año calendario. Se requiere preautorización para recibir servicios fuera de la red, o se aplican $300 de multa.
	Equipo médico duradero	15% de coseguro	40% de coseguro	Se requiere preautorización para recibir Equipo Médico Duradero (DME) fuera de la red que exceda $1,000, o no estará cubierto.
	Servicios de cuidados para enfermos terminales	15% de coseguro	40% de coseguro	Se requiere preautorización para recibir servicios fuera de la red antes de la admisión para una estadía como paciente hospitalizado en un centro de cuidados para enfermos terminales, o se aplican $300 de multa.
Si su hijo necesita cuidado dental o de la vista	Examen de la vista para niños	Sin cobertura	Sin cobertura	El examen de la vista de rutina para niños no está cubierto.
	Anteojos para niños	Sin cobertura	Sin cobertura	Los anteojos para niños no están cubiertos.
	Examen dental para niños	Sin cobertura	Sin cobertura	El examen dental para niños no está cubierto.

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 de la vista de rutina (por ejemplo, refracción) • Cirugía estética • Cuidado dental	• Cuidado a largo plazo • Cuidado que no es de emergencia mientras viaja fuera de los Estados Unidos	• 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.)		
• Acupuntura – 26 visitas por cada año calendario • Cirugía bariátrica – 1 de por vida	• Cuidado quiropráctico – 26 visitas por cada año calendario • Aparatos auditivos – 1 por cada oído por cada persona cada 48 meses sin límites de edad	• Tratamiento de la infertilidad – consulte Progyny para conocer las limitaciones • Servicios de enfermería privada

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 al 1-866-444-EBSA (3272) o en https://www.dol.gov/ebsa/healthreform. 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.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 1-800-232-8943 o visite www.myuhc.com, o la Administración de Seguridad de Beneficios del Empleado al 1-866-444-3272 o en www.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 1-800-232-8943.
Traditional Chinese (中文): 如果需要中文的帮助，**请拨打这个号码** 1-800-232-8943.
Navajo (Dine): Dinek'ehgo shika at'ohwol ninisingo, kwiijigo holne' 1-800-232-8943.
Pennsylvania Dutch (Deitsch): Fer Hilf griege in Deitsch, ruf 1-800-232-8943 uff.
Tagalog (Tagalog): Kung kailangan ninyo ang tulong sa Tagalog tumawag sa 1-800-232-8943.
Samoan (Gagana Samoa): Mo se fesoasoani i le Gagana Samoa, vala'au mai i le numera telefoni 1-800-232-8943.
Carolinian (Kapasal Falawasch): ngere aukke ghut alillis reel kapasal Falawasch au fafaingi tilifon ye 1-800-232-8943.
Chamorro (CHamoru): Para un ma ayuda gi finu CHamoru, å'gang 1-800-232-8943.

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**	**$1,800**
■ **Coseguro por especialista**	**15%**
■ **Coseguro por el hospital (centro)**	**15%**
■ **Otro coseguro**	**15%**

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	$1,800
Copagos	$0
Coseguro	$1,600
Qué no está cubierto	
Límites o exclusiones	$60
Total que pagaría Peg	**$3,460**

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**	**$1,800**
■ **Coseguro por especialista**	**15%**
■ **Coseguro por el hospital (centro)**	**15%**
■ **Otro coseguro**	**15%**

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	$1,800
Copagos	$0
Coseguro	$500
Qué no está cubierto	
Límites o exclusiones	$20
Total que pagaría Joe	**$2,320**

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

■ **El deducible general del plan**	**$1,800**
■ **Coseguro por especialista**	**15%**
■ **Coseguro por el hospital (centro)**	**15%**
■ **Otro coseguro**	**15%**

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	$1,800
Copagos	$0
Coseguro	$200
Qué no está cubierto	
Límites o exclusiones	$0
Total que pagaría Mia	**$2,000**

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 https://www.hhs.gov/civil-rights/filing-a-complaint/complaint-process/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 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).