



The Summary of Benefits and Coverage (SBC) document will help you choose a health plan. The SBC shows you how you and the plan would share the cost for covered health care services. **NOTE: Information about the cost of this plan (called the premium) will be provided separately.**

This is only a summary. For more information about your coverage, or to get a copy of the complete terms of coverage, call 1-888-332-8885 or visit welcometouhc.com. For general definitions of common terms, such as allowed amount, balance billing, coinsurance, copayment, deductible, provider, or other underlined terms, see the Glossary. You can view the Glossary at www.healthcare.gov/sbc-glossary/ or call 1-866-487-2365 to request a copy.

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué es importante:
¿Cuál es el <u>deducible general</u> ?	Red: \$4,000 Individual / \$8,000 Familia Fuera de la Red: \$8,000 Individual / \$16,000 Familia Por año de póliza.	Por lo general, debe pagar todos los costos de los <u>proveedores</u> hasta el <u>monto del deducible</u> antes de que este plan comience a pagarse. Si tiene otros miembros de la familia en el <u>plan</u> , cada miembro de la familia debe cumplir con su propio <u>deducible individual</u> hasta que el monto total de <u>los gastos deducibles</u> pagados por todos los miembros de la familia alcance el <u>deducible familiar general</u> .
¿Hay servicios cubiertos antes de alcanzar su <u>deducible</u> ?	Sí. <u>Los servicios de atención preventiva</u> y las categorías con copago <u>están cubiertos</u> antes de que alcance su <u>deducible</u> .	Este <u>plan</u> cubre algunos artículos y servicios, incluso si aún no ha alcanzado el <u>monto del deducible</u> anual. Sin embargo, <u>es posible que se aplique un copago o coseguro</u> . Por ejemplo, este <u>plan</u> cubre ciertos <u>servicios preventivos</u> sin <u>costos compartidos</u> y antes de que alcance su <u>deducible</u> . Consulte una lista de <u>servicios preventivos cubiertos</u> en www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/ .
¿Hay otros <u>deducibles</u> para servicios específicos?	No.	No tiene que cumplir con <u>los deducibles</u> para servicios específicos.
¿Cuál es el <u>límite de gastos de bolsillo para este plan</u> ?	Red: \$7,150 Individual / \$14,300 Familia Fuera de la Red: \$10,000 Individual / \$20,000 Familia Por año de póliza.	El <u>límite de gastos de bolsillo</u> es lo máximo que podría pagar en un año por los servicios cubiertos. Si tiene otros miembros de la familia en este plan, estos tienen que cumplir con sus <u>límites de gastos de bolsillo</u> hasta que <u>se haya alcanzado el límite general de gastos de bolsillo</u> de la familia.
¿Qué no está incluido en el <u>límite de gastos de bolsillo</u> ?	<u>Primas</u> , cargos de facturación de saldo, atención médica que este <u>plan</u> no cubre y multas por no obtenerla <u>Autorización previa para los servicios</u> .	Aunque pague estos gastos, no cuentan para el <u>límite de gastos de bolsillo</u> .
¿Pagará menos si usa un <u>proveedor de red</u> ?	Sí. Consulte myuhc.com o llame al 1-888-332-8885 para obtener una lista de proveedores de <u>la red</u> .	Usted pagará menos si utiliza un <u>proveedor</u> en la Red Designada. Usted paga más si usa un <u>proveedor</u> en la <u>Red</u> . Usted pagará más si usa un <u>proveedor fuera de la red</u> , y es posible que reciba una factura de un <u>proveedor</u> por la diferencia entre el cargo <u>del proveedor</u> y lo que paga su <u>plan</u> (<u>facturación de saldo</u>). Tenga en cuenta que su <u>proveedor de red</u> podría usar un <u>proveedor fuera de la red</u> para algunos servicios (como análisis de laboratorio). Consulte con su

		<u>proveedor</u> antes de recibir servicios.
¿Necesita una <u>derivación</u> para ver a un <u>especialista</u> ?	No	Puede consultar al <u>especialista</u> que elija sin necesidad de una <u>derivación</u> .



Todos los **costos de copago** y **coaseguro** que se muestran en esta tabla son posteriores a que **se haya alcanzado** su deducible, si **se aplica un** deducible.

Evento Médico Común	Servicios que puede necesitar	Lo que pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor de red (Usted pagará el mínimo)	Proveedor fuera de la red (pagará más)	
Si visita el consultorio o la clínica de un proveedor de atención médica	Visita de atención primaria para tratar una lesión o enfermedad	Copago de \$30 por visita, <u>no se aplica deducible</u>	30% <u>de coaseguro</u>	Visitas virtuales: copago de \$ 10 por visita, <u>no se aplica deducible</u> por un proveedor de red <u>virtual designado</u> . Si recibe servicios además de la visita al consultorio, <u>es posible que se apliquen</u> copagos, deducibles o coaseguros adicionales, por ejemplo, cirugía.
	<u>Visita al especialista</u>	Copago de \$60 por visita, <u>no se aplica deducible</u>	30% <u>de coaseguro</u>	Si recibe servicios además de la visita al consultorio, <u>es posible que se apliquen</u> copagos, deducibles o coaseguros adicionales, por ejemplo, cirugía.
	<u>Atención preventiva / detección / inmunización</u>	Sin cargo	30% <u>de coaseguro</u>	Es posible que tenga que pagar por servicios que no son preventivos. Pregunte a su proveedor si los servicios necesarios son preventivos. Luego, verifique lo que <u>pagará</u> su plan.
Si tiene una prueba	<u>Prueba diagnóstica</u> (radiografías, análisis de sangre)	Pruebas de laboratorio: Red designada: Red <u>sin cargo</u> : 0% <u>de coaseguro</u> Rayos X/Diagnóstico: 0% <u>de coaseguro</u>	30% <u>de coaseguro</u>	<u>Se requiere autorización previa fuera de la red</u> para ciertos servicios.
	Diagnóstico por imágenes (tomografías computarizadas/PE T, resonancias magnéticas)	0% <u>de coaseguro</u>	30% <u>de coaseguro</u>	<u>Se requiere autorización previa fuera de la red.</u>

Evento Médico Común	Servicios que puede necesitar	Lo que pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor de red (Usted pagará el mínimo)	Proveedor fuera de la red (pagará más)	
Si necesita medicamentos para tratar su enfermedad o afección Para obtener más información sobre <u>la cobertura de medicamentos</u> recetados, visite welcometouhc.com	Nivel 1 - Su opción de menor costo	Venta al por menor: copago de \$10, <u>no se aplica</u> deducible. Pedido por correo: copago de \$20, <u>no se aplica</u> deducible. Venta minorista especializada: 25% de <u>coaseguro</u> con un Máximo de \$350, <u>no aplica</u> deducible	Venta al por menor: 50% <u>de coseguro</u> , <u>no se aplica</u> deducible. Venta minorista especializada: Sin cargo	<u>Proveedor</u> significa farmacia para los propósitos de esta sección. Venta al por menor: Hasta un suministro de 31 días. Pedido por correo: Hasta un suministro de 90 días o una farmacia de la red minorista preferida de 90 días . Los medicamentos especializados no están cubiertos por correo. Es posible que necesite obtener ciertos medicamentos, incluidos ciertos <u>medicamentos especializados</u> , de una farmacia designada por nosotros. Ciertos medicamentos pueden tener un <u>requisito de autorización previa</u> o pueden resultar en un costo más alto. Si usa una <u>farmacia</u> fuera de la red (incluida una farmacia de pedidos por correo), es posible que sea responsable de cualquier monto que exceda el <u>monto permitido</u> . Ciertos medicamentos preventivos (incluidos ciertos anticonceptivos) están cubiertos sin cargo. Consulte el sitio web de la lista para obtener información sobre los medicamentos cubiertos por su <u>plan</u> . No todos los medicamentos están cubiertos. Es posible que se le solicite que use un medicamento de menor costo antes de que los beneficios de su póliza estén disponibles para ciertos medicamentos recetados.
	Nivel 2 - Su opción de costo de rango medio	Venta al por menor: copago de \$40, <u>no se aplica</u> deducible. Pedido por correo: copago de \$120, <u>no se aplica</u> deducible. Venta minorista especializada: 25% de <u>coaseguro</u> con un \$350 máximo, <u>No se aplica</u> deducible	Venta al por menor: 50% <u>de coseguro</u> , <u>no se aplica</u> deducible. Venta minorista especializada: Copago de \$100, <u>no se aplica</u> deducible	
	Nivel 3 - Su opción de costo de rango medio	Venta al por menor: copago de \$70, <u>no se aplica</u> deducible. Pedido por correo: copago de \$210, <u>no se aplica</u> deducible. Venta minorista especializada: 25% de <u>coaseguro</u> con un \$250 máximo, <u>No se aplica</u> deducible	Venta al por menor: 50% <u>de coseguro</u> , <u>no se aplica</u> deducible. Venta minorista especializada: Copago de \$300, <u>no se aplica</u> deducible	

	Nivel 4 - Su opción de costo más alto	No aplicable	No aplicable	
Si se somete a una cirugía ambulatoria	Tarifa del centro (p. ej., centro de cirugía ambulatoria)	0% <u>de coaseguro</u>	30% <u>de coaseguro</u>	<u>Se requiere autorización previa fuera de la red</u> para ciertos servicios.
	Honorarios del médico/cirujano	0% <u>de coaseguro</u>	30% <u>de coaseguro</u>	Ninguno
Evento Médico Común	Servicios que puede necesitar	Lo que pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor de red (Usted pagará el mínimo)	Proveedor fuera de la red (pagará más)	
Si necesita atención médica inmediata	<u>Atención en la sala de emergencias</u>	Copago de \$350 _por visita, <u>no se aplica deducible</u>	Copago de \$350 _por visita, <u>no se aplica deducible</u>	Ninguno
	<u>Transporte médico de emergencia</u>	0% <u>de coaseguro</u>	*0% <u>de coaseguro</u>	* <u>Se aplica</u> el deducible de la red.
	<u>Atención de urgencia</u>	Copago de \$75 por visita, <u>no se aplica deducible</u>	30% <u>de coaseguro</u>	Visitas virtuales: copago de \$ 10 _por visita, <u>no se aplica deducible</u> por un proveedor de red <u>virtual designado</u> . Si recibe servicios además <u>de la visita de atención de urgencia</u> , es posible que se apliquen <u>copagos</u> , <u>deducibles</u> o <u>coseguros</u> adicionales, por ejemplo, cirugía.
Si tiene una estadía en el hospital	Cuota del centro (p. ej., habitación de hospital)	0% <u>de coaseguro</u>	30% <u>de coaseguro</u>	<u>Se requiere autorización previa fuera de la red.</u>
	Honorarios del médico/cirujano	0% <u>de coaseguro</u>	30% <u>de coaseguro</u>	Ninguno

Si necesita servicios de salud mental, salud conductual o abuso de sustancias	Servicios ambulatorios	Copago de \$30 por visita, <u>no se aplica</u> deducible	30% <u>de coaseguro</u>	<u>Red</u> Hospitalización parcial/tratamiento ambulatorio intensivo: 0% <u>de coaseguro</u> <u>Se requiere autorización previa fuera de la red</u> para ciertos servicios.
	Servicios para pacientes hospitalizados	0% <u>de coaseguro</u>	30% <u>de coaseguro</u>	<u>Se requiere autorización previa fuera de la red.</u>
Si está embarazada	Visitas al consultorio	Sin cargo	30% <u>de coaseguro</u>	<u>Los costos compartidos</u> no se aplican a los <u>servicios preventivos</u> .

Evento Médico Común	Servicios que puede necesitar	Lo que pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor de red (Usted pagará el mínimo)	Proveedor fuera de la red (pagará más)	
	Servicios profesionales de parto/parto	0% <u>de coaseguro</u>	30% <u>de coaseguro</u>	Dependiendo del tipo de servicio, se puede aplicar un <u>copago</u> , <u>coaseguro</u> o <u>deducible</u> . La atención de maternidad puede incluir pruebas y servicios descritos en otras partes del SBC (es decir, ecografía).
	Servicios de centros de parto/parto	0% <u>de coaseguro</u>	30% <u>de coaseguro</u>	La autorización previa para <u>pacientes hospitalizados</u> se aplica <u>fuera de la red</u> si la estadía supera las 48 horas (cesárea: 96 horas).
Si necesita ayuda para recuperarse o tiene otras necesidades especiales de salud	<u>Cuidado de la salud en el hogar</u>	0% <u>de coaseguro</u>	30% <u>de coaseguro</u>	Limitado a 100 visitas por año de póliza. <u>Se requiere autorización previa fuera de la red.</u>
	<u>Servicios de rehabilitación</u>	Copago de \$30 por visita, <u>no se aplica deducible</u>	30% <u>de coaseguro</u>	Límites por año de póliza: Físico, Ocupacional, Habla, Pulmonar: 20 visitas cada uno; Cardíacos: 36 visitas. <u>Se requiere autorización previa fuera de la red para ciertos servicios</u>
	<u>Servicios de habilitación</u>	0% <u>de coaseguro</u>	30% <u>de coaseguro</u>	Los servicios se prestan bajo y los límites se combinan con <u>Servicios de Rehabilitación</u> mencionados anteriormente. <u>Se requiere autorización previa fuera de la red para ciertos servicios</u>
	<u>Atención de enfermería especializada</u>	0% <u>de coaseguro</u>	30% <u>de coaseguro</u>	Limitado a 150 días por año de póliza (combinado con rehabilitación para pacientes hospitalizados). <u>Se requiere autorización previa fuera de la red.</u>
	<u>Equipos médicos duraderos</u>	0% <u>de coaseguro</u>	30% <u>de coaseguro</u>	Cubre 1 por tipo de DME (incluyendo reparación/reemplazo) cada 3 años. <u>Se requiere autorización previa fuera de la red para DME a través de \$1,000.</u>

	<u>Servicios de hospicio</u>	0% <u>de coaseguro</u>	30% <u>de coaseguro</u>	<u>Se requiere</u> autorización previa <u>fuera de la red</u> antes de la admisión para una estadía de hospitalización en un centro de cuidados paliativos.
Evento Médico Común	Servicios que puede necesitar	Lo que pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor de red (Usted pagará el mínimo)	Proveedor fuera de la red (pagará más)	
Si su hijo necesita cuidado dental o oftalmológico	Examen de la vista de los niños	No cubierto	No cubierto	No hay cobertura para los exámenes de la vista de los niños.
	Gafas para niños	No cubierto	No cubierto	No hay cobertura para gafas para niños.
	Chequeo dental infantil	No cubierto	No cubierto	No hay cobertura para el chequeo dental de los niños.

Servicios excluidos y otros servicios cubiertos:

Services Your Plan Generally Does NOT Cover (Check your policy or plan document for more information and a list of any other excluded services.)

- | | | |
|---------------------|----------------------------------------------|------------------------------------------------------|
| • Acupuncture | • Hearing aids | • Private duty nursing |
| • Bariatric surgery | • Infertility Treatment | • Routine Eye Care |
| • Cosmetic Surgery | • Long Term Care | • Routine foot care - Except as covered for Diabetes |
| • Dental Care | • Non-emergency care when traveling outside- | • Weight loss programs |
| • Glasses | the US | |

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

- Atención quiropráctica (manipuladora): 12 visitas por año de póliza

Sus derechos a continuar con la cobertura: Hay agencias que pueden ayudarlo si desea continuar con su cobertura después de que finalice. La información de contacto de esas agencias es:

Departamento de Trabajo de EE. UU., Administración de Seguridad de Beneficios para Empleados al 1-866-444-3272 o www.dol.gov/ebsa, o el Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. al 1-877-267-2323 x61565 o www.cciio.cms.gov. También puede haber otras opciones de cobertura disponibles para usted, incluida la compra de 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 de queja y apelación: Existen agencias que pueden ayudarlo si tiene una queja contra su plan por una reclamación denegada. Esta queja se denomina agravio o apelación. Para obtener más información sobre sus derechos, consulte la explicación de los beneficios que recibirá por esa reclamación médica. Los documentos de su plan también proporcionan información completa sobre cómo presentar un reclamo, apelación o queja formal por cualquier motivo a su plan. Para obtener más información sobre sus derechos, este aviso o asistencia, comuníquese con: el número de Servicio al Miembro que figura en el reverso de su tarjeta de identificación o myuhc.com o la Administración de Seguridad de Beneficios para Empleados al 1-866-444-3272 o [dol.gov/ ebsa/healthreform](http://dol.gov/ebsa/healthreform). Además, un programa de asistencia al consumidor puede ayudarlo a presentar su apelación. Póngase en contacto con dol.gov/ebsa/healthreform.

¿Este plan proporciona cobertura esencial mínima? Sí

La Cobertura Esencial Mínima generalmente incluye planes, seguro de salud disponible a través del Mercado u otras pólizas del mercado individual, Medicare, Medicaid, CHIP, TRICARE y algunas otras coberturas. Si es elegible para ciertos tipos de Cobertura Esencial Mínima, es posible que no sea elegible para el crédito tributario de prima.

¿Este plan cumple con los Estándares de Valor Mínimo? Sí

Si su plan no cumple con los Estándares de Valor Mínimo, puede ser elegible para un crédito fiscal de prima para ayudarlo a pagar un plan a través del Mercado.

Servicios de Acceso Lingüístico:

Spanish (Español): Para obtener asistencia en Español, llame al 1-888-332-8885.

Tagalog (Tagalog): Kung kailangan ninyo ang tulong sa Tagalog tumawag sa 1-888-332-8885.

Chinese (中文): 如果需要中文的帮助, 请拨打这个号码 1-888-332-8885.

Navajo (Dine): Dinekehgo shika at'ohwol ninisingo, kwijigo holne' 1-888-332-8885.

Para ver ejemplos de cómo este plan podría cubrir los costos de una situación médica de muestra, consulte la siguiente

Acerca de estos ejemplos de cobertura:



This is not a cost estimator. Treatments shown are just examples of how this plan might cover medical care. Your actual costs will be different depending on the actual care you receive, the prices your providers charge, and many other factors. Focus on the cost sharing amounts (deductibles, copayments and coinsurance) and excluded services under the plan. Use this information to compare the portion of costs you might pay under different health plans. Please note these coverage examples are based on self-only coverage.

Peg va a tener un bebé

(9 meses de atención prenatal dentro de la red y un parto en el hospital)

■ El <u>deducible</u> general del plan	\$4,000
■ Copago especializado	\$60
■ <u>Coaseguro</u> hospitalario (centro)	0%
■ <u>Otros</u> coaseguros	0%

Este evento de EJEMPLO incluye servicios como: Visitas al consultorio de un especialista (*atención prenatal*) Servicios profesionales de parto/parto Servicios de instalaciones de parto/parto Pruebas diagnósticas (*ecografías y análisis de sangre*) Visita al especialista (*anestesia*)

Manejo de la diabetes tipo 2 de Joe

(un año de atención rutinaria en la red de una condición bien controlada)

■ El <u>deducible</u> general del plan	\$4,000
■ Copago especializado	\$60
■ <u>Coaseguro</u> hospitalario (centro)	0%
■ <u>Otros</u> coaseguros	0%

Este evento de EJEMPLO incluye servicios como: Visitas al consultorio del médico de atención primaria (*incluida la educación sobre enfermedades*) Pruebas diagnósticas (*análisis de sangre*) Medicamentos recetados Equipo médico duradero (*medidor de glucosa*)

La fractura simple de Mia

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

■ El <u>deducible</u> general del plan	\$4,000
■ Copago especializado	\$60
■ <u>Coaseguro</u> hospitalario (centro)	0%
■ <u>Otros</u> coaseguros	0%

Este evento de EJEMPLO incluye servicios como: Atención en la sala de emergencias (*incluidos suministros médicos*) Prueba diagnóstica (*radiografía*) Equipo médico duradero (*muletas*) Servicios de rehabilitación (*fisioterapia*)

Costo total de ejemplo	\$12,700
En este ejemplo, Peg would pay:	
<u>Costos compartidos</u>	
<u>Deducibles</u>	\$4,000
<u>Copagos</u>	\$10
<u>Coaseguro</u>	0 \$
<u>Lo que no está cubierto</u>	
Límites o exclusiones	\$60
El total que pagaría Peg es	\$4,070

Costo total de ejemplo	\$5,600
En este ejemplo, Joe pagaría:	
<u>Costos compartidos</u>	
<u>Deducibles</u>	\$400
<u>Copagos</u>	\$1,100
<u>Coaseguro</u>	0 \$
<u>Lo que no está cubierto</u>	
Límites o exclusiones	0 \$
El total que Joe pagaría es	\$1,500

Costo total de ejemplo	\$2,800
En este ejemplo, Mia pagaría:	
<u>Costos compartidos</u>	
<u>Deducibles</u>	\$1,200
<u>Copagos</u>	\$600
<u>Coaseguro</u>	0 \$
<u>Lo que no está cubierto</u>	
Límites o exclusiones	0 \$
El total que pagaría Mia es	\$1,800

No tratamos a los miembros de manera diferente debido a su sexo, edad, raza, color, discapacidad u origen nacional.

Si cree que fue tratado injustamente debido a su sexo, edad, raza, color, discapacidad u origen nacional, puede enviar una queja al Coordinador de Derechos Civiles.

En línea: [UHC Civil Rights@uhc.com](mailto:UHC_Civil_Rights@uhc.com)

Correo: Coordinador de Derechos Civiles. Queja de derechos civiles de UnitedHealthcare. P.O. Box 30608 Salt Lake City, UTAH 84130

Debe enviar la queja dentro de los 60 días posteriores a la fecha en que se enteró de ella. Se le enviará una decisión en un plazo de 30 días. Si no estás de acuerdo con la decisión, tienes 15 días para pedirnos que la revisemos de nuevo.

Si necesita ayuda con su queja, llame al número gratuito que aparece 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 EE. UU.

En línea: <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>

Los formularios de quejas están disponibles en <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

Teléfono: Línea gratuita 1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD)

Correo: Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. 200 Avenida de la Independencia, SW Sala 509F, Edificio HHH Washington, D.C. 20201

Ofrecemos servicios gratuitos para ayudarle a comunicarse con nosotros. Por ejemplo, cartas en otros idiomas o letra grande. O bien, puede pedir un intérprete. Para solicitar ayuda, llame al número que figura 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.

9,1-'EJ: e 1-0-f(Corea del Surn) Af-§-3 Ale- 9- '2:¡ O-f;r;¡ Ail::ILA.. Li Ol§-"B * ;;;LIC . s!j .!/G.

R QfAi(Resumen de Beneficios y Cobertura, SBC) l 71A! Yo li *I; !: ! *"B

A1.2..

PAUNA\VA: Kungnagsasalita ka ng Tagalog (Tagalog), may makukuha kang mgalibreng serbisyo ng tulong sa wika. Llame gratis a número de personas en el que se puede acceder a Buod na ito ng Mga Benepisyo at Saklaw (Summary ofBenefits and Coverage o SBC).

BHHMAHHE: 6ecnnanu.re YCJIYTH nepeso,¡¡a,¡¡ocrymu,r ¡¡¡JJI mo,¡¡el!, "lel!po,D;Holi il3hIK JmJJleTCJI pyccKoM(Rusian). Ilo3BOHHTe no 6ecnJiaTHoMy HOMepy TeJieq>oHa, yxa3aHHOMY B ,llaHHOM «Ofoope m,roT H no1<n,1nu1» (Resumen de Beneficios y Cobertura, SBC).

Yo_YLJ. JI J;Yo.,¡<:: J.w\,_,; 4-,Jlu,'4ll.... J/ JL,...i \-J_¡¡i. ",ij4-,l\ <:,;... J.lol c.WId...., J.>,(Árabe) YO ü6 1:.) :-

_¡:,,(Resumen de Beneficios y Compañía, SBC)

ATANSYON:Si w pálido **Kreyol ayisyen (criollo haitiano)** , ou kapab benefisye sevis ki gratis pou ede w nan lang pa w. Tanpri rele nimewo gratis ki nan Rezime avantaj ak pwoteksyon sa a (Summary ofBenefits and Coverage, SBC).

ATENCIÓN: Si vous parlez **franc; ais (French)**, des services d'aidelinguistique vous sont proposés gratuitement. Veuillez appeler le numéro sans frais figurant dans ce Sommaire des prestations et dela couverture (Summary ofBenefits and Coverage, SBC).

1.J'\,VAGA: Jezeli mówisz po **polsku (Polish)**, udost pnilismy darmoweusługi tłumacza. Prosimy zadzwoniépod bezplatny numer podanyw niniejszym Zestawieniu swiadczen i refundacji (Summary ofBenefits and Coverage, SBC).

ATEN<;ÁO:Se você fala portugues (Portuguese), contate o servic; o deassistência de idiomas gratuito. Ligue para o número gratuito listado neste Resumo de Beneficios e Cobertura (Summary ofBenefits and Coverage - SBC).

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

ACHTUNG: Falls Sie **Deutsch (German)** sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung. Bitterufen Sie die in dieser Zusammenfassung der Leistungen und Kostenübernahmen (Summary ofBenefits a.nd Coverage, SBC) angegebene gebührenfreie Rufnummer an.

7.± j : **B:+ (Japonés)** j; s'c!fh-'5 -g., 1ffi* O i!3'tti'if-l:'. Un::'.' f1Jffiv't::t::: t T.

7.fl: r{* it:sJ:V:iit{; j'O)ffll J (Resumen de Beneficios y Coverage, SBC) .:ic! 'c!fh"rv' Q7 1p

- . { "17}J,.. ="[f:S' j; s \ t:::'c!f\j'.

...j,;...j l.ilj.o ..____ Uji . jo,..., **faJ1.** fYo_; :_i]j;_ W \.i W.L _,...;\.i'-' W _; \ _; J,1.i1_; _lo'-,i,... Yo\; j .,1.,.1d...,ú..., (Farsi) **U"Vj** W J; j **pi** :
;;

.,;» -; <Y'W (Resumen de Beneficios y Cobertura, SBC)

T-<llo'f **t:** <TI?; 3{lq (Hindi) _____ :hl1!f1 f1\$1<lc'11 . f.t: 1'<><31q><>l.st:f **YO** FFI31 .3ITT **un:** (Resumen
de Beneficios y Cobertura, SBC) {1'l'fflf c'H **Fl"**;;j ;j; **Cib** A=Intravenoso< -ij; fu- cf>ZYo

CEEB TOOM: Yog koj hais Lus **Hmoob (Hmong)**, muaj kev pab txhais lus pub dawbrau koj. Thov hu rau tus xov tooj hu dawbteevmuaj
nyob ntawm Tsab Ntawv Nthuav Qhia CovTxiaj Ntsim Zoo thiab Kev Kam Them Nqi (Resumen de Beneficios y Cobertura, SBC)no.

(iil.ft)Ú!-fl! JiilÍI: 1ÜÑS!;! l'iSW1Wmfú1Í I (**Khmer**) lñJlla wmMICHW'll'iell'iij, iil:flSI\ITTUlj'l'i1

QífiJ IS'lnJ81'1l'iml!) IMÍtlíJl:fl2l'ifils1Qll lfül3tjful\1UH! JLUIIU1clS Sllmlhu61ll (Garantía de Beneficios y
Cobertura, SBC)12:'1

PAKDAAR: Nu saritaem ti Ilocano (Ilocano), ti serbisyo para ti baddang tilengguahe nga awanan bayadna, ket sidadaan para kenyam.
Maidawat nga awagan ti awan bayad na nu t.awagan nga numero nga nakalist.a iti uneg na daytoynga Dagup dagiti Benipisyo ken
Pannakasakup (Resumen de Beneficios y Cobertura, SBC).

DÍÍ BAA'ÁKONÍNÍZIN: **Diné (Navajo)** bizaad bee yánilti'go, saad bee áka'anída'awo'ígií, t'áá jíík'eh, bee ná'ahóót'i'. Táá shqqdí Naaltsoos
Bee 'Aa'áhayání dóó Bee 'Ak'é'asti' Bee Baa Hane'í (Resumen de Beneficios y Cobertura, SBC) biyi' t'áá jíík'ehgo béésh bee hane'í biká'ígií
bee hodíilnih.

OGO\ V: Haddii aad ku hadasho **Soomaali (somaali)**, adeegyada taageerada luqadda, oo bilaash ah, ayaad heli kart.aa. De acuerdo ah con
el Resumen de Beneficios y Cobertura, SBC, Resumen de Beneficios y Cobertura, SBC, Resumen de Beneficios y Cobertura, SBC, Resumen
de Beneficios y Cobertura.