



Este es solo un resumen. Si desea conocer más detalles sobre su cobertura y sus costos, puede obtener las condiciones completas en el documento del plan o de la póliza en welcometouhc.com/oxford o llamando al 1-800-444-6222.

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué esto es importante:
¿Cuál es el deducible total?	Dentro de la red: \$1,000 individual o \$2,000 familiar Por año de contrato. Los medicamentos con receta y servicios que se detallan a continuación como “Sin cargo” no se aplican al deducible .	Debe pagar todos los costos hasta alcanzar el deducible para que este plan comience a pagar los servicios cubiertos que usted use. Consulte el documento de su póliza o plan para ver cuándo vuelve a comenzar el deducible (generalmente, pero no siempre, el 1 de enero). Consulte la tabla que comienza en la página 2 para ver cuánto pagará por servicios cubiertos después de alcanzar el deducible .
¿Hay otros deducibles por servicios específicos?	Sí, medicamentos con receta: \$100 por persona . No hay ningún otro deducible .	Debe pagar todos los costos para estos servicios hasta alcanzar el deducible para que este plan comience a pagar estos servicios.
¿Hay un límite en los gastos de mi bolsillo ?	Sí, dentro de la red: \$4,000 individual o \$8,000 familiar.	El límite de gastos de su bolsillo es lo máximo que usted podría pagar durante el período de cobertura (generalmente un año) por su parte del costo de los servicios cubiertos. Este límite le ayuda a prever los gastos de cuidado de la salud.
¿Qué no está incluido en el límite de gastos de su bolsillo ?	Prima y cuidado de la salud que este plan no cubra.	Aunque usted paga estos gastos, no cuentan para el límite de gastos de su bolsillo .
¿Hay un límite anual total en lo que paga el plan ?	No. Esta póliza no tiene ningún límite anual total en la cantidad que pagará por año.	La tabla que comienza en la página 2 describe los límites en lo que pagará el plan por servicios cubiertos <i>específicos</i> , como visitas al consultorio.
¿Este plan usa una red de proveedores ?	Sí. Este plan usa proveedores de la red . Si usa un proveedor fuera de la red , es posible que usted deba pagar un costo mayor. Para ver una lista de los proveedores de la red , visite welcometouhc.com/oxford o llame al 1-800-444-6222.	Si va a un médico o a otro proveedor de cuidado de la salud dentro de la red, este plan pagará la totalidad o parte de los costos de los servicios cubiertos. Para referirse a los proveedores participantes de sus redes , los planes usan los términos proveedores dentro de la red, preferidos o participantes .
¿Necesito ser referido para ir a un especialista ?	Sí. Se requiere aprobación por escrito para ir a un especialista .	Este plan pagará la totalidad o parte de los costos de los servicios cubiertos prestados por un especialista pero solo si usted tiene el permiso del plan antes de ir al especialista .
¿Hay servicios que este plan no cubra?	Sí.	Algunos de los servicios que este plan no cubre se enumeran en la página 5. Consulte el documento de su póliza o plan para ver más información sobre servicios excluidos .

¹ Los productos HMO de Oxford están asegurados por Oxford Health Plans (NY), Inc., Oxford Health Plans (NJ), Inc. y Oxford Health Plans (CT), Inc.

Los productos de seguros de Oxford están asegurados por Oxford Health Insurance, Inc. Los servicios administrativos son prestados por Oxford Health Plans LLC.

Preguntas: Llame al 1-800-444-6222 o visítenos en oxfordhealth.com. Si tiene alguna duda sobre los términos subrayados que se usan en este formulario, consulte el Glosario. Puede ver el Glosario en ccio.cms.gov o dol.gov/ebsa/healthreform o llamar al 1-800-444-6222 para solicitar una copia. **Este es solo un resumen.** No modifica de ningún modo los beneficios que se describen en la documentación de su plan. Para conocer las condiciones completas de este plan, consulte los documentos del plan que le entregó su empleador.

Resumen de Beneficios y Cobertura: Qué cubre este plan y cuánto cuesta



- Los **copagos** son cantidades fijas de dinero (por ejemplo, \$15) que usted paga por cuidado de la salud cubierto, generalmente cuando recibe el servicio.
- El **coseguro** es *una* parte de los costos de un servicio cubierto, calculado como un porcentaje de la **cantidad permitida** por el servicio. Por ejemplo, si la **cantidad permitida** del plan por pasar una noche en el hospital es de \$1,000, su pago del **coseguro** del 20 % sería de \$200. Esta cantidad podría cambiar si usted no ha alcanzado su **deducible**.
- La cantidad que paga el plan por servicios cubiertos se basa en la **cantidad permitida**. Si un proveedor fuera de la red le cobra más que la **cantidad permitida**, es posible que usted deba pagar la diferencia. Por ejemplo, si un hospital fuera de la red le cobra \$1,500 por una noche en el hospital y la **cantidad permitida** es de \$1,000, es posible que usted deba pagar la diferencia de \$500. (A esto se le llama **facturación del saldo**).
- Es posible que este plan le cobre **deducibles**, **copagos** y **coseguros** más bajos para alentarlos a usar **proveedores** participantes.

Evento médico común	Servicios que podría necesitar	Su costo si usa un proveedor participante	Su costo si usa un proveedor no participante	Limitaciones y excepciones
Si visita una clínica o el consultorio de un proveedor de cuidado de la salud	Visita a un médico de cuidado primario para tratar una lesión o enfermedad	Copago de \$30 por visita	Sin cobertura	Si recibe otros servicios además de la visita al consultorio, es posible que se apliquen copagos, deducibles o coseguros adicionales.
	Visita a un especialista	Copago de \$60 por visita	Sin cobertura	Si recibe otros servicios además de la visita al consultorio, es posible que se apliquen copagos, deducibles o coseguros adicionales.
	Visita a otro consultorio médico	Copago de \$60 por visita	Sin cobertura	Se aplican costos compartidos solo para servicios manipulativos (quiropáticos).
	Cuidado preventivo, pruebas de detección y vacunas	Sin cargo	Sin cobertura	Incluye servicios de cuidado preventivo especificados en la ley de reforma del cuidado de la salud. Sin cobertura fuera de la red.
Si le realizan una prueba	Prueba de diagnóstico (radiografías, análisis de sangre)	Sin cargo	Sin cobertura	Radiología: Copago de \$35 por servicio después del deducible Se requiere preautorización para estudios del sueño o el beneficio se reduce al 50 % de la cantidad permitida.
	Imágenes (tomografía computarizada, tomografía por emisión de positrones, imágenes por resonancia magnética)	Copago de \$100 por servicio después del deducible	Sin cobertura	---ninguna---

Resumen de Beneficios y Cobertura: Qué cubre este plan y cuánto cuesta

Evento médico común	Servicios que podría necesitar	Su costo si usa un proveedor participante	Su costo si usa un proveedor no participante	Limitaciones y excepciones
Si necesita medicamentos para tratar su enfermedad o condición Para obtener más información sobre la cobertura de medicamentos con receta , visite oxfordhealth.com .	Nivel 1: Su opción de menor costo	Venta al por menor: Copago de \$15 Farmacia con servicio de medicamentos por correo: Copago de \$37.50	Sin cobertura	A los efectos de esta sección, proveedor significa farmacia. Venta al por menor: Un suministro de hasta 30 días Medicamentos en farmacia con servicio de medicamentos por correo: Un suministro de hasta 90 días. El deducible por farmacia no se aplica al nivel 1. Los anticonceptivos del nivel 1 están cubiertos sin cargo.
	Nivel 2: Su opción de costo medio	Venta al por menor: Copago de \$35 después del deducible Farmacia con servicio de medicamentos por correo: Copago de \$87.50 después del deducible	Sin cobertura	Es posible que necesite obtener ciertos medicamentos, incluidos ciertos medicamentos de especialidad, de una farmacia que designemos. Es posible que ciertos medicamentos tengan un requisito de preautorización, sin esta, es posible que estén sujetos a un costo mayor.
	Nivel 3: Su opción de mayor costo	Venta al por menor: Copago de \$75 después del deducible Farmacia con servicio de medicamentos por correo: Copago de \$187.50 después del deducible	Sin cobertura	Es posible que deba usar medicamentos de menor costo antes de que los beneficios de su póliza estén disponibles para ciertos medicamentos con receta. Visite el sitio web mencionado para obtener información sobre los medicamentos que cubre su plan. No todos los medicamentos están cubiertos.
	Nivel 4: Opciones adicionales de alto costo	No corresponde	No corresponde	Este nivel no corresponde a este plan
Si le realizan una cirugía como paciente ambulatorio	Tarifa del centro (p. ej., centro de cirugía ambulatoria)	Consultorio del médico o proveedor independiente: Copago de \$150 por visita después del deducible Hospital: Copago de \$250 por visita después del deducible	Sin cobertura	---ninguna---
	Honorarios del médico o cirujano	Coseguro del 0 % después del deducible	Sin cobertura	---ninguna---
Si necesita cuidado médico inmediato	Servicios de sala de emergencias	Copago de \$200 por visita	Copago de \$200 por visita	---ninguna---
	Transporte médico de emergencia	Sin cargo	Sin cargo	---ninguna---
	Cuidado de urgencia	Copago de \$75 por visita	Sin cobertura	Si recibe otros servicios además del cuidado de urgencia, es posible que se apliquen copagos, deducibles o coseguros adicionales.

Resumen de Beneficios y Cobertura: Qué cubre este plan y cuánto cuesta

Evento médico común	Servicios que podría necesitar	Su costo si usa un proveedor participante	Su costo si usa un proveedor no participante	Limitaciones y excepciones
Si es hospitalizado	Tarifa del centro (p. ej., habitación de hospital)	Copago de \$500 por día. Máx. de \$2,000 por admisión después del deducible	Sin cobertura	---ninguna---
	Honorarios del médico o cirujano	Coseguro del 0 % después del deducible	Sin cobertura	---ninguna---
Si tiene necesidades de salud mental, salud del comportamiento o por abuso de sustancias	Servicios de salud mental o del comportamiento para pacientes ambulatorios	Copago de \$60 por visita	Sin cobertura	---ninguna---
	Servicios de salud mental o del comportamiento para pacientes hospitalizados	Copago de \$500 por día. Máx. de \$2,000 por admisión después del deducible	Sin cobertura	---ninguna---
	Servicios para trastornos por consumo de sustancias para pacientes ambulatorios	Copago de \$60 por visita	Sin cobertura	---ninguna---
	Servicios para trastornos por consumo de sustancias para pacientes hospitalizados	Copago de \$500 por día. Máx. de \$2,000 por admisión después del deducible	Sin cobertura	---ninguna---
Si está embarazada	Cuidado prenatal y posnatal	Copago de \$30 por visita (por visita inicial).	Sin cobertura	El cuidado prenatal de rutina dentro de la red está cubierto sin cargo. Es posible que se apliquen copagos, deducibles o coseguros adicionales según los servicios prestados.
	Parto y todos los servicios para pacientes hospitalizadas	Copago de \$500 por día. Máx. de \$2,000 por admisión después del deducible	Sin cobertura	Es posible que se aplique el requisito de autorización para pacientes hospitalizados.
Si necesita ayuda para recuperarse o tiene otras necesidades especiales de salud Si necesita ayuda para recuperarse o tiene otras necesidades especiales de salud	Cuidado de la salud a domicilio	Copago de \$60 por visita	Sin cobertura	Se limita a 40 visitas por año calendario.
	Servicios para la rehabilitación	Copago de \$60 por visita como paciente ambulatorio	Sin cobertura	Según el tipo de terapia, existe un límite de 60 visitas combinadas para fisioterapia, terapia ocupacional y del habla por año calendario.
	Servicios para la habilitación	Copago de \$60 por visita como paciente ambulatorio	Sin cobertura	Según el tipo de terapia, existe un límite de 60 visitas combinadas para fisioterapia, terapia ocupacional y del habla por año calendario.
	Cuidado de enfermería especializada	Copago de \$500 por día. Máx. de \$2,000 por admisión después del deducible	Sin cobertura	Se limita a 200 días por año calendario.
	Equipo médico duradero	Coseguro del 0 % después del deducible	Sin cobertura	Se requiere preautorización para artículos de más de \$500.
	Servicios de cuidados paliativos	Copago de \$500 por día. Máx. de \$2,000 por admisión después del deducible	Sin cobertura	---ninguna---

Resumen de Beneficios y Cobertura: Qué cubre este plan y cuánto cuesta

Evento médico común	Servicios que podría necesitar	Su costo si usa un proveedor participante	Su costo si usa un proveedor no participante	Limitaciones y excepciones
Si su hijo necesita cuidado dental o de la vista	Examen de la vista	Copago de \$30 por visita	Sin cobertura	Se limita a 1 examen por período de 12 meses. Se cubre para personas de hasta 19 años de edad.
	Anteojos	Coseguro del 50 %	Sin cobertura	Se limita a 1 juego de aparatos en un período de 12 meses. Se cubre para personas de hasta 19 años de edad.
	Examen dental	Coseguro del 0 % después del deducible	Sin cobertura	Se limita a 1 examen por período de 6 meses. Se cubre para personas de hasta 19 años de edad.

Servicios excluidos y otros servicios cubiertos:

Servicios que su plan NO cubre (Esta no es una lista completa. Consulte el documento de su póliza o plan para ver otros servicios excluidos).

- Acupuntura
- Cirugía estética
- Cuidado dental (adultos)
- Cuidado a largo plazo
- Cuidado que no es de emergencia mientras viaja fuera de los Estados Unidos
- Servicios para enfermería privada
- Cuidado de rutina de la vista (adultos)
- Cuidado de rutina de los pies
- Programas para bajar de peso

Otros servicios cubiertos (Esta no es una lista completa. Consulte el documento de su póliza o plan para ver otros servicios cubiertos y sus costos por estos servicios).

- Se pueden aplicar limitaciones para la cirugía bariátrica
- Cuidado quiropráctico
- Se pueden aplicar limitaciones para los aparatos auditivos
- Se pueden aplicar limitaciones para el tratamiento para la infertilidad

Sus derechos a continuar con la cobertura:

Si pierde la cobertura del plan, según las circunstancias, las leyes federales y estatales podrían contemplar protecciones que le permitan mantener su cobertura de salud. Todo derecho de ese tipo podría estar limitado en cuanto a su duración y le exigirá que usted pague una **prima**, que podría ser significativamente mayor que la **prima** que usted paga mientras está cubierto por el plan. Es posible que también se apliquen otras limitaciones a sus derechos a continuar con la cobertura.

Para obtener más información sobre sus derechos a continuar con la cobertura, comuníquese con el plan al 1-800-444-6222. También puede comunicarse con el departamento de seguros de su estado, la Administración para la Seguridad de los Beneficios del Trabajador del Departamento de Trabajo de los Estados Unidos al 1-866-444-3272 o en dol.gov/ebsa, o el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos al 1-877-267-2323 ext. 61565 o en cciio.cms.gov.

Sus derechos a presentar quejas formales y apelaciones:

Si tiene una queja o no está conforme con una denegación de cobertura de reclamos emitida por su plan, tal vez pueda **apelar** o presentar una **queja formal**. Si tiene preguntas sobre sus derechos o sobre este aviso, o si necesita ayuda, puede comunicarse con: su departamento de recursos humanos, la Administración para la Seguridad de los Beneficios del Trabajador al 1-866-444-3272 o visitar dol.gov/ebsa/healthreform o el Departamento de Servicios Financieros de New York al 1-800-342-3736 o visitar dfs.ny.gov/index.htm.

¿Esta cobertura proporciona cobertura esencial mínima?

La Ley del Cuidado de Salud a Bajo Precio exige que la mayoría de las personas tengan cobertura de cuidado de la salud que califique como “cobertura esencial mínima”.

Este plan o póliza ofrece cobertura esencial mínima.

¿Esta cobertura cumple con el estándar de valor mínimo?

La Ley del Cuidado de Salud a Bajo Precio fija un estándar de valor mínimo para los beneficios de un plan de salud. El estándar de valor mínimo es del 60 % (valor actuarial).

Esta cobertura de salud cumple con el estándar de valor mínimo para los beneficios que proporciona.

Servicios de acceso a idiomas:

- Para obtener asistencia en español, llame al 1-866-633-2446.
- 如果需要中文的帮助, 请拨打这个号码 1-866-633-2446.
- Dinek'ehgo shika at'ohwol ninisingo, kwijjigo holne' 1-866-633-2446.
- Kung kailangan ninyo ang tulong sa Tagalog tumawag sa 1-866-633-2446.

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

Acerca de estos ejemplos de cobertura:

Estos ejemplos muestran cómo podría cubrir este plan el cuidado médico en determinadas situaciones. Use estos ejemplos para ver, en general, cuánta protección financiera podría obtener un paciente si está cubierto por diferentes planes.



Esto no es una calculadora de costos.

No use estos ejemplos para calcular costos reales de este plan. El cuidado real que reciba será diferente y el costo de ese cuidado también será diferente.

Consulte la página siguiente para obtener información importante sobre estos ejemplos.

Nacimiento

(parto normal)

- Cantidad adeudada a proveedores: \$7,540
- El plan paga \$5,340
- El paciente paga \$2,200

Ejemplo de costos del cuidado:

Cargos del hospital (madre)	\$2,700
Cuidado obstétrico de rutina	\$2,100
Cargos del hospital (bebé)	\$900
Anestesia	\$900
Pruebas de laboratorio	\$500
Medicamentos con receta	\$200
Radiología	\$200
Vacunas y otras medidas preventivas	\$40
Total	\$7,540

El paciente paga:

Deducibles	\$1,000
Copagos	\$1,000
Coseguros	\$0
Límites o exclusiones	\$200
Total	\$2,200

Manejo de la diabetes tipo 2

(control rutinario de la enfermedad)

- Cantidad adeudada a proveedores: \$5,400
- El plan paga \$3,560
- El paciente paga \$1,840

Ejemplo de costos del cuidado:

Medicamentos con receta	\$2,900
Suministros y equipos médicos	\$1,300
Visitas al consultorio y procedimientos	\$700
Educación	\$300
Pruebas de laboratorio	\$100
Vacunas y otras medidas preventivas	\$100
Total	\$5,400

El paciente paga:

Deducibles	\$300
Copagos	\$1,500
Coseguros	\$0
Límites o exclusiones	\$40
Total	\$1,840

Preguntas y respuestas sobre los ejemplos de cobertura:

¿Qué conceptos se presuponen de estos ejemplos de cobertura?

- Los costos no incluyen las **primas**.
- Los ejemplos de costos de cuidado se basan en promedios nacionales suministrados al Departamento de Salud y Servicios Humanos (Health and Human Services, HHS) de los Estados Unidos y no son específicos de un área geográfica ni de un plan de salud en particular.
- La condición del paciente no era una condición preexistente o excluida.
- Todos los servicios y tratamientos comenzaron y finalizaron en el mismo período de la póliza.
- No hay ningún otro gasto médico de ningún miembro cubierto por este plan.
- Los gastos de su bolsillo se basan únicamente en el tratamiento de la condición de los ejemplos.
- El paciente recibió todo el cuidado de **proveedores** dentro de la red. Si el paciente hubiese recibido cuidado de **proveedores** fuera de la red, los costos habrían sido mayores.

¿Qué muestra un ejemplo de cobertura?

Para cada situación de tratamiento, el ejemplo de cobertura le permite ver cuánto pueden representar los **deducibles**, **copagos** y **coseguros**. También le ayuda a ver qué gastos podrían quedarle para pagar a usted porque el servicio o tratamiento no está cubierto o el pago está limitado.

¿El ejemplo de cobertura predice mis propias necesidades de cuidado?

***No**. Los tratamientos reflejados son solamente ejemplos. El cuidado que usted recibiría por estas condiciones podría ser diferente según el consejo de su médico, su edad, la gravedad de su condición y muchos otros factores.

¿El ejemplo de cobertura predice mis futuros gastos?

***No**. Los ejemplos de cobertura **no** son calculadoras de costos. No puede usar los ejemplos para calcular los costos de una condición real. Solo se pueden usar con fines comparativos. Sus propios costos serán diferentes según el cuidado que usted reciba, los precios que le cobren sus **proveedores** y el reembolso que permita su plan de salud.

¿Puedo usar los ejemplos de cobertura para comparar planes?

✓**Sí**. Cuando examine los Resúmenes de Cobertura de otros planes, encontrará los mismos ejemplos de cobertura. Cuando compare planes, revise la casilla “El paciente paga” en cada ejemplo. Cuanto menor sea esa cifra, mayor será la cobertura que proporciona el plan.

¿Hay otros costos que debería considerar a la hora de comparar planes?

✓**Sí**. Un costo importante es la **prima** que usted paga. Por lo general, cuanto más baja sea su **prima**, más pagará en gastos de su bolsillo, como **copagos**, **deducibles** y **coseguros**. También debería tener en cuenta las contribuciones a cuentas como las cuentas de ahorros para la salud (HSA), cuentas de gastos flexibles (FSA) o cuentas de reembolso de salud (HRA) que le ayudan a pagar los gastos de su bolsillo.

EINY17CO4008954_000

Preguntas: Llame al 1-800-444-6222 o visítenos en oxfordhealth.com. Si tiene alguna duda sobre los términos subrayados que se usan en este formulario, consulte el Glosario. Puede ver el Glosario en cciio.cms.gov o dol.gov/ebsa/healthreform o llamar al 1-800-444-6222 para solicitar una copia. **Este es solo un resumen.** No modifica de ningún modo los beneficios que se describen en la documentación de su plan. Para conocer las condiciones completas de este plan, consulte los documentos del plan que le entregó su empleador.

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

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 무료전화번호로 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 **русском (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 हैं, आपको भाषा सहायता सेवाएं, निःशुल्क उपलब्ध हैं। लाभ और कवरेज (Summary of Benefits and Coverage, SBC) के इस सारांश के भीतर सूचीबद्ध टोल फ्री नंबर पर कॉल करें।

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

ចំណាប់អារម្មណ៍: បើសិនអ្នកនិយាយភាសាខ្មែរ (**Khmer**) សេវាជំនួយភាសាដោយឥតគិតថ្លៃ គឺមានសំរាប់អ្នក។ សូមទូរស័ព្ទទៅលេខឥតចេញថ្លៃ ដែលមានកត់នៅក្នុងសេចក្តីសង្ខេបអត្ថប្រយោជន៍ និងការរ៉ាប់រង (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 yánilti'go, saad bee áka'anída'awo'ígíí, t'áá jíík'eh, bee ná'ahóót'i'. T'áá shqódí Naaltsoos Bee 'Aa'áhayání dóo Bee 'Ak'é'asti' Bee Baa Hane'í (Summary of Benefits and Coverage, SBC) biyi' t'áá jíík'ehgo béesh 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).