



El documento del 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 le muestra cómo usted y el [plan](#) compartirían el costo de los servicios para el cuidado de la salud cubiertos. NOTA: La información sobre el costo de este [plan](#) (llamada [prima](#)) se proporcionará por separado.

Este es solo un resumen. Para obtener más información sobre su cobertura o para obtener una copia de los términos completos de cobertura, llame al 1-866-314-0335 o visite welcometouhc.com. Para conocer definiciones generales de términos comunes, como [cantidad permitida](#), [facturación del saldo](#), [coseguro](#), [copago](#), [deducible](#), [proveedor](#) u otros términos subrayados, consulte el Glosario. Puede consultar el Glosario en www.cuidadodesalud.gov/es o llame al 1-866-487-2365 y pida una copia.

Preguntas importantes	Respuestas	¿Por qué es importante?
¿Cuál es el deducible general?	Dentro de la red : \$3,000 individual / \$6,000 familiar Por año calendario.	Generalmente, debe pagar todos los costos de los proveedores hasta el deducible antes de que este plan comience a pagar. Si tiene otros familiares en el plan , cada familiar debe pagar su propio deducible individual hasta que la cantidad total de gastos de deducible que pagan todos los familiares alcance el deducible familiar general.
¿Hay servicios cubiertos antes de que alcance su deducible ?	Sí. El cuidado preventivo está cubierto antes de que alcance su deducible .	Este plan cubre algunos productos y servicios incluso si aún no ha cubierto el monto total del deducible . Sin embargo, es posible que se aplique un copago o coseguro . Por ejemplo, este plan cubre algunos servicios preventivos sin costos compartidos y antes de que cumpla con su deducible . Consulte una lista de servicios preventivos cubiertos en www.cuidadodesalud.gov/es/coverage/preventive-care-benefits/ .
¿Hay otros deducibles para ciertos servicios específicos?	No.	Usted no tiene que pagar un deducible por servicios específicos.
¿Cuál es el límite de gastos de su bolsillo para este plan ?	Dentro de la red: \$4,000 individual / \$8,000 familiar Por año calendario.	El límite de gastos de su bolsillo es el máximo que podría pagar en un año por servicios cubiertos. Si tiene otros familiares en este plan , ellos tienen que alcanzar sus propios límites de gastos de su bolsillo hasta haber alcanzado el límite de gastos de su bolsillo familiar general.
¿Cuáles son los gastos que no cuentan para el límite de gastos de su bolsillo ?	Las primas , los cargos por facturación del saldo y los servicios de cuidado de la salud que este plan no cubre.	Aunque usted pague estos gastos, estos no se tendrán 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 1-866-314-0335 para obtener una lista de proveedores de la red .	Este plan usa una red de proveedores . Pagará menos si usa un proveedor dentro de la red del plan . Pagará más si usa un proveedor fuera de la red y podría recibir una factura de un proveedor por la diferencia entre el cargo del proveedor y lo que paga su plan (facturación del saldo). Tenga en cuenta que su proveedor de la red puede usar un proveedor fuera de la red para algunos servicios (como pruebas de laboratorio). Consulte con su proveedor antes de obtener los servicios.
¿Necesita una referencia para ver a un especialista ?	No.	Puede consultar a cualquier especialista sin una referencia .



Todos los costos de [copago](#) y [coseguro](#) que se muestran en este cuadro se producen luego de haber alcanzado el [deducible](#), si se aplica un [deducible](#).

Evento médico común	Los servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor de la red (Pagará el mínimo)	Proveedor fuera de la red (Pagará el máximo)	
Si visita el consultorio o la clínica de un proveedor de cuidado de la salud	Visita a un médico de cuidado primario para tratar una enfermedad o una lesión	0% de coseguro	Sin cobertura	Visitas virtuales (Telesalud) - 0% de coseguro a un proveedor de la red designado para visitas virtuales.
	Visita a un especialista	0% de coseguro	Sin cobertura	Ninguna
	Servicios de cuidado preventivo/pruebas de detección/vacunas	Sin cargo	Sin cobertura	Es posible que tenga que pagar por los servicios que no sean preventivos. Pregúntele a su proveedor si los servicios que necesita son preventivos. Luego verifique lo que pagará su plan .
Si tiene que hacerse un examen	Exámenes de diagnóstico (radiografías, análisis de sangre)	0% de coseguro	Sin cobertura	Ninguna
	Imágenes (tomografía computarizada [CT]/por emisión de positrones [PET], imágenes por resonancia magnética [MRI])	0% de coseguro	Sin cobertura	Ninguna
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 más bajo	Minorista: \$10 de copago . Farmacia de pedidos por correo: \$25 de copago	Sin cobertura	Proveedor significa farmacia a los fines de esta sección. Minorista: Un suministro de hasta 31 días. Farmacia de pedidos por correo*: Un suministro de hasta 90 días. *o suministro de 90 días en farmacia minorista de la red preferida
	Nivel 2 – Su opción de costo medio	Minorista: \$35 de copago . Farmacia de pedidos por correo: \$87.50 de copago	Sin cobertura	Es posible que deba obtener determinados medicamentos, incluso ciertos medicamentos especializados , de una farmacia designada por nosotros. Es posible que determinados medicamentos necesiten una preautorización . Si no la obtiene, puede ser que deba pagar un costo mayor. Si utiliza una farmacia fuera de la red (incluida una farmacia de pedidos por correo), podría ser responsable de cualquier cantidad que supere la cantidad permitida .
	Nivel 3 – Su opción de costo medio	Minorista: \$60 de copago . Farmacia de pedidos por correo: \$150 de copago	Sin cobertura	Determinados medicamentos preventivos (incluidos algunos anticonceptivos) están cubiertos sin cargo.
	Nivel 4 – Su opción de costo más alto	No corresponde	No corresponde	Consulte el sitio web ya indicado para obtener más información sobre los medicamentos que cubre su plan . No todos los medicamentos tienen cobertura. Es posible que primero deba usar medicamentos de costo más bajo a fin de que pueda usar los beneficios de su póliza para determinados medicamentos recetados. Los precios de los medicamentos con receta están sujetos al deducible anual.

* Para obtener más información sobre las limitaciones y excepciones, consulte los documentos del [plan](#) o términos de la póliza en [welcometouhc.com](#).

Evento médico común	Los servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor de la red (Pagará el mínimo)	Proveedor fuera de la red (Pagará el máximo)	
Si le hacen una cirugía para pacientes ambulatorios	Tarifa del centro (por ej.: centro de cirugía ambulatoria)	0% de <u>coseguro</u>	Sin cobertura	Ninguna
	Tarifas del médico/cirujano	0% de <u>coseguro</u>	Sin cobertura	Ninguna
Si necesita atención médica inmediata	Cuidado en la sala de emergencias	0% de <u>coseguro</u>	*0% de <u>coseguro</u>	*Se aplica el <u>deducible de la red</u>
	Transporte médico de emergencia	0% de <u>coseguro</u>	*0% de <u>coseguro</u>	*Se aplica el <u>deducible de la red</u>
	Cuidado de urgencia	0% de <u>coseguro</u>	Sin cobertura	Ninguna
Si tiene una estadía en el hospital	Tarifa del centro (por ej.: la habitación del hospital)	0% de <u>coseguro</u>	Sin cobertura	Ninguna
	Tarifas del médico/cirujano	0% de <u>coseguro</u>	Sin cobertura	Ninguna
Si necesita servicios para la salud mental, el comportamiento o para el abuso de sustancias	Servicios para pacientes ambulatorios	0% de <u>coseguro</u>	Sin cobertura	Hospitalización parcial/tratamiento intensivo para pacientes ambulatorios dentro de la <u>red</u> : 0% de <u>coseguro</u> Para obtener información adicional sobre los beneficios del Programa de Asistencia al Empleado (EAP), consulte los documentos del <u>plan</u> o de la póliza.
	Servicios para pacientes hospitalizados	0% de <u>coseguro</u>	Sin cobertura	Para obtener información adicional sobre los beneficios del Programa de Asistencia al Empleado, consulte los documentos del <u>plan</u> o de la póliza.
Si está embarazada	Visitas al consultorio	Sin cargo	Sin cobertura	El <u>costo compartido</u> no se aplica a determinados <u>servicios preventivos</u> .
	Servicios profesionales por el parto	0% de <u>coseguro</u>	Sin cobertura	Según el tipo de servicios, es posible que se aplique un <u>copago</u> , un <u>coseguro</u> o un <u>deducible</u> . El cuidado de maternidad puede incluir pruebas y servicios que se describan en otro lugar del Resumen de Beneficios y Cobertura (por ej.: ecografía).
	Servicios del centro por el parto	0% de <u>coseguro</u>	Sin cobertura	Ninguna

Evento médico común	Los servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor de la red (Pagará el mínimo)	Proveedor fuera de la red (Pagará el máximo)	
Si necesita ayuda para el proceso de recuperación o si tiene otras necesidades especiales del cuidado de la salud	Cuidado médico a domicilio	0% de <u>coseguro</u>	Sin cobertura	Límite de 60 visitas por año calendario.
	Servicios para la rehabilitación	0% de <u>coseguro</u>	Sin cobertura	Límites por año calendario: Fisioterapia, terapia del habla, terapia ocupacional y terapia pulmonar: 20 visitas para cada una; cuestiones cardíacas: 36 visitas
	Servicios para la habilitación	0% de <u>coseguro</u>	Sin cobertura	Los servicios se proporcionan según los <u>servicios para la rehabilitación</u> mencionados anteriormente y los límites se combinan con estos. No se aplican los límites a los servicios del tratamiento de autismo o a las intervenciones en la primera infancia.
	Cuidado de enfermería especializada	0% de <u>coseguro</u>	Sin cobertura	Límite de 60 días por año calendario (combinado con rehabilitación para pacientes hospitalizados).
	Equipo Médico Duradero	0% de <u>coseguro</u>	Sin cobertura	Cubre 1 Equipo Médico Duradero (DME) de cada tipo (incluye reparación/reemplazo) cada 3 años.
	Cuidados paliativos	0% de <u>coseguro</u>	Sin cobertura	Ninguna
Si su hijo necesita servicios dentales o de cuidado de la vista	Examen de la vista para niños	Sin cobertura	Sin cobertura	Los exámenes de la vista para niños no están cubiertos
	Anteojos para niños	Sin cobertura	Sin cobertura	Los anteojos para niños no están cubiertos.
	Chequeo dental para niños	Sin cobertura	Sin cobertura	Los chequeos dentales para niños no están cubiertos.

Servicios excluidos y otros servicios cubiertos:

Los servicios que su <u>plan</u> generalmente NO cubre (consulte su póliza o los documentos del plan para obtener más información y una lista de otros <u>servicios excluidos</u> .)		
<ul style="list-style-type: none"> • Acupuntura • Cirugía bariátrica • Cirugía estética • Cuidado dental • Anteojos 	<ul style="list-style-type: none"> • Tratamiento de la infertilidad • Cuidado a largo plazo • Cuidado que no es de emergencia durante viajes fuera de los Estados Unidos 	<ul style="list-style-type: none"> • Servicios de enfermería privada • Cuidado de la vista de rutina • Cuidado de los pies de rutina, con excepción del cubierto por diabetes • Programas de pérdida de peso
Otros servicios cubiertos (las limitaciones pueden aplicarse a estos servicios. Esta es una lista parcial. Consulte los documentos del <u>plan</u> .)		
<ul style="list-style-type: none"> • Cuidado quiropráctico (tratamiento de manipulación) – 20 visitas por año calendario 	<ul style="list-style-type: none"> • Aparatos auditivos 	

Sus derechos a continuar con la cobertura: Hay agencias que pueden ayudarle si desea continuar con su cobertura luego de que esta termine. La información de contacto para estas agencias es: Administración de Seguridad de Beneficios del Empleado del Departamento de Trabajo de los EE. UU. al 1-866-444-3272 o en www.dol.gov/ebsa, o con el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. al 1-877-267-2323, ext. 61565 o en www.cciio.cms.gov. Otras opciones para continuar la cobertura también están disponibles para usted, incluida la compra de la cobertura de seguro individual a través del [Mercado de Seguros](#) de Salud. Para obtener más información sobre el [Mercado](#), visite www.cuidadodesalud.gov/es o llame al 1-800-318-2596.

Sus derechos a presentar una queja formal o una apelación: Hay agencias que pueden ayudarle si usted tiene una queja contra el [plan](#) por una denegación de un [reclamo](#). Esta queja se denomina [queja formal](#) o [apelación](#). Para obtener más información sobre sus derechos, consulte la explicación de beneficios que recibirá para el [reclamo](#) médico. Sus documentos del [plan](#) también proporcionan información completa sobre cómo presentar un [reclamo](#), una [apelación](#) o una [queja formal](#) por cualquier motivo relacionado con su [plan](#). Para obtener más información sobre sus derechos o este aviso, o si necesita ayuda, puede llamar al número del Departamento de Servicio al Cliente que figura en el reverso de su tarjeta de ID, o bien, puede visitar myuhc.com o comunicarse con la Administración de Seguridad de Beneficios del Empleado al 1-866-444-3272 o en dol.gov/ebsa/healthreform o con el Departamento de Seguros de Texas al 1-800-252-3439 o en tdi.texas.gov.

¿Este [plan](#) proporciona cobertura esencial mínima? Sí

Una [cobertura esencial mínima](#) generalmente incluye [planes](#) y [seguro de salud](#) disponibles a través del [Mercado](#) u otras políticas individuales del Mercado, Medicare, Medicaid, Programa de Seguro Médico para Niños (Children's Health Insurance Plan, CHIP), TRICARE, y otras coberturas. Si usted cumple los requisitos para ciertos tipos de [cobertura esencial mínima](#), es posible que no cumpla los requisitos para el [crédito de impuesto sobre la prima](#).

¿Este [plan](#) cumple los estándares de valor mínimo? Sí

Si su [plan](#) no cumple los [estándares de valor mínimo](#), es posible que cumpla los requisitos para recibir un [crédito de impuesto sobre la prima](#) para ayudarle a pagar un [plan](#) a través del [Mercado](#).

Servicios de acceso en diferentes idiomas:

Spanish (Español): Para obtener asistencia en Español, llame al 1-866-314-0335.

Tagalog (Tagalog): Kung kailangan ninyo ang tulong sa Tagalog tumawag sa 1-866-314-0335.

Chinese (中文): 如果需要中文的帮助, 请拨打这个号码 1-866-314-0335.

Navajo (Dine): Dinek'ehgo shika at'ohwol ninisingo, kwijijigo holne' 1-866-314-0335.

En la siguiente sección hay ejemplos de cómo este plan paga por los servicios en una situación médica específica.

Sobre estos ejemplos de cobertura:



Esto no es una calculadora de costos. Los tratamientos mencionados son solo ejemplos de cómo este [plan](#) cubriría los cuidados médicos. Los costos reales serán diferentes, en función del cuidado que reciba, los precios que cobren sus [proveedores](#) y muchos otros factores. Céntrese en las cantidades de [costos compartidos](#) ([deducibles](#), [copagos](#) y [coseguros](#)) y en los [servicios excluidos](#) dentro del [plan](#). Use esta información para comparar la porción de los costos que puede pagar mediante distintos [planes](#) de salud. Tenga en cuenta que estos ejemplos de cobertura se basan en la cobertura individual.

Peg tendrá un bebé

(9 meses de cuidado prenatal dentro de la [red](#) y parto en el hospital)

■ El deducible general del plan	\$3,000
■ Coseguro del especialista	0%
■ Coseguro del hospital (centro)	0%
■ Otro coseguro	0%

Este evento que sirve de EJEMPLO incluye servicios como los siguientes:

Visitas al consultorio del [especialista](#) (*cuidados prenatales*)
 Servicios profesionales por el parto
 Servicios del centro por el parto
[Exámenes de diagnóstico](#) (*ecografías y análisis de sangre*)
 Visita a un [especialista](#) (*anestesia*)

Costo total del ejemplo **\$12,700**

En este ejemplo, Peg pagaría:

Costo compartido	
Deducibles	\$3,000
Copagos	\$10
Coseguro	\$0
Lo que no está cubierto	
Límites o exclusiones	\$60
El total que Peg pagaría es de	\$3,070

Control de la diabetes tipo 2 de Joe

(un año de cuidado rutinario dentro de la [red](#) de una condición bien controlada)

■ El deducible general del plan	\$3,000
■ Coseguro del especialista	0%
■ Coseguro del hospital (centro)	0%
■ Otro coseguro	0%

Este evento que sirve de EJEMPLO incluye servicios como los siguientes:

Visitas al consultorio del [médico de cuidado primario](#) (*incluye información educativa sobre la enfermedad*)
[Exámenes de diagnóstico](#) (*análisis de sangre*)
[Medicamentos con receta](#)
[Equipo Médico Duradero](#) (*medidor de glucosa*)

Costo total del ejemplo **\$5,600**

En este ejemplo, Joe pagaría:

Costo compartido	
Deducibles	\$3,000
Copagos	\$400
Coseguro	\$0
Lo que no está cubierto	
Límites o exclusiones	\$0
El total que Joe pagaría es de	\$3,400

Fractura simple de Mia

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

■ El deducible general del plan	\$3,000
■ Coseguro del especialista	0%
■ Coseguro del hospital (centro)	0%
■ Otro coseguro	0%

Este evento que sirve de EJEMPLO incluye servicios como los siguientes:

[Cuidado en la sala de emergencias](#) (*incluidos los suministros médicos*)
[Exámenes de diagnóstico](#) (*radiografías*)
[Equipo Médico Duradero](#) (*muletas*)
[Servicios para la rehabilitación](#) (*fisioterapia*)

Costo total del ejemplo **\$2,800**

En este ejemplo, Mia pagaría:

Costo compartido	
Deducibles	\$2,800
Copagos	\$0
Coseguro	\$0
Lo que no está cubierto	
Límites o exclusiones	\$0
El total que Mia pagaría es de	\$2,800

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 **русским (Russian)**. Позвоните по бесплатному номеру телефона, указанному в данном «Обзоре льгот и покрытия» (Summary of Benefits and Coverage, SBC).

تنبيه: إذا كنت تتحدث **العربية (Arabic)**، فإن خدمات المساعدة اللغوية المجانية متاحة لك. يُرجى الاتصال برقم الهاتف المجاني المدرج بداخل مخلص المزايا والتغطية (SBC، Summary of Benefits and Coverage) هذا.

ATANSYON: Si w pale **Kreyòl ayisyen (Haitian Creole)**, ou kapab 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)**, udostępniłszy 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 (SBC، Summary of Benefits and Coverage) 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: បើសិនអ្នកនិយាយ**ភាសាខ្មែរ (Khmer)** សេវាជំនួយភាសាដោយឥតគិតថ្លៃ គឺមានសំរាប់អ្នក។ សូមទូរស័ព្ទទៅលេខឥតចេញថ្លៃ ដែលមានកត់នៅក្នុង សេចក្តីសង្ខេបអត្ថប្រយោជន៍ 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 yáníti'go, saad bee áka'anída'awo'ígíí, t'áá jíík'eh, bee ná'ahóót'i'. T'áá shqódí Naaltsoos Bee 'Aa'áhayání dóó Bee 'Ak'é'asti' Bee Baa Hane'í (Summary of Benefits and Coverage, SBC) biyi' t'áá jíík'ehgo béésh bee hane'í biká'ígíí bee 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).