



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 obtener una copia de las condiciones completas de la cobertura, visite www.umar.com o llame al 1-800-332-1168. 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.umar.com o llamar al 1-800-332-1168 para solicitar una copia.

| Preguntas Importantes | Respuestas | Por qué esto es importante: |
|--|---|---|
| ¿Cuál es el deducible general? | \$600 personal/\$1,200 familiar dentro de la red \$600 personal/\$1,200 familiar fuera de la red | Por lo general, usted debe pagar todos los costos de los proveedores hasta alcanzar el deducible para que este plan comience a pagar. Si usted tiene otros familiares inscritos en el plan , cada familiar debe alcanzar su propio deducible individual hasta que el total de gastos deducibles pagados por todos los familiares alcance el deducible familiar general. |
| ¿Hay servicios cubiertos antes de que usted alcance su deducible ? | Sí. Los servicios para el cuidado preventivo están cubiertos antes de que usted alcance su deducible . | Este plan cubre algunos artículos y servicios, aunque usted no haya alcanzado aún el deducible . Sin embargo, se puede aplicar un copago o coseguro . Por ejemplo, este plan cubre ciertos servicios preventivos sin costo compartido y antes de que usted alcance su deducible . Consulte una lista de los servicios preventivos cubiertos en https://www.cuidadodesalud.gov/es/coverage/preventive-care-benefits/ |
| ¿Hay otros deducibles por servicios específicos? | No. | Usted no tiene que alcanzar deducibles por servicios específicos. |
| ¿Cuál es el límite de gastos de su bolsillo para este plan ? | \$3,500 personal/\$7,000 familiar dentro de la red \$7,000 personal/\$14,000 familiar fuera de la red | El límite de gastos de su bolsillo es lo máximo que usted podría pagar en un año por servicios cubiertos. Si usted tiene otros familiares inscritos en este plan , ellos tienen que alcanzar sus propios límites de gastos de su bolsillo hasta que se haya alcanzado el límite de gastos de su bolsillo familiar general. |
| ¿Qué no está incluido en el límite de gastos de su bolsillo ? | Multas, primas , cargos de facturación del saldo y cuidado de la salud que este plan no cubre. | Aunque usted paga estos gastos, no se toman en cuenta para alcanzar el límite de gastos de su bolsillo . |
| ¿Pagará menos si usa un proveedor de la red ? | Sí. Visite www.umar.com o llame al 1-800-332-1168 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. Pagará lo 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 (p. ej., pruebas de laboratorio). Verifíquelo con su proveedor antes de recibir 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 |
|--|--|---|--|---|
| | | Dentro de la red (Usted pagará lo mínimo) | Fuera de la red (Usted pagará lo máximo) | |
| Si visita una clínica o el consultorio de un proveedor de cuidado de la salud | Visita al médico de cuidado primario para tratar una lesión o enfermedad | \$30 de copago por visita; no tiene que pagar un deducible | 40% de coseguro | Ninguna |
| | Visita a un especialista | \$30 de copago por visita; no tiene que pagar un deducible | 40% de coseguro | Ninguna |
| | Cuidado preventivo/pruebas de detección /vacunas | Sin cargo; no tiene que pagar un deducible | Sin cargo; no tiene que pagar un deducible | Es posible que tenga que pagar los servicios que no sean preventivos. Pregúntele a su proveedor si los servicios que usted necesita son preventivos. Luego verifique lo que pagará su plan. |
| Si le realizan un examen | Prueba de diagnóstico (radiografía, análisis de sangre) | Sin cargo; no tiene que pagar un deducible si la prueba se realiza en el consultorio; \$30 de copago por visita; no tiene que pagar un deducible por análisis de sangre en un centro para pacientes ambulatorios; 20% de coseguro por radiografías en un centro para pacientes ambulatorios | 40% de coseguro | Ninguna |
| | Estudios por imágenes (tomografías computarizadas [CT]/tomografías por emisión de positrones [PET], imágenes por resonancia magnética [MRI]) | 20% de coseguro | 40% de coseguro | Ninguna |

| Evento Médico Común | Servicios que Podría Necesitar | Lo que Pagará Usted | | Limitaciones, Excepciones y Otra Información Importante |
|--|---|--|--|--|
| | | Dentro de la red (Usted pagará lo mínimo) | Fuera de la red (Usted pagará lo máximo) | |
| Si necesita medicamentos para tratar su enfermedad o condición. Para obtener más información sobre la cobertura de medicamentos con receta , visite www.cebt.org . | Medicamentos genéricos (Nivel 1) | \$20 de copago en Farmacia Minorista/\$40 de copago en Farmacia de Pedidos por Correo | | Ninguna |
| | Medicamentos de marca preferidos (Nivel 2) | \$40 de copago en Farmacia Minorista/\$80 de copago en Farmacia de Pedidos por Correo | | |
| | Medicamentos de marca no preferidos (Nivel 3) | \$60 de copago en Farmacia Minorista/\$120 de copago en Farmacia de Pedidos por Correo | | |
| | Medicamentos de especialidad (Nivel 4) | Basado en un medicamento genérico de marca preferido o de marca no preferido | | |
| Si le realizan una cirugía para pacientes ambulatorios | Tarifa del centro (p. ej., centro de cirugía ambulatoria) | 20% de coseguro | 40% de coseguro | Se requiere preautorización. |
| | Honorarios del médico/cirujano | 20% de coseguro | 40% de coseguro | |
| Si necesita atención médica inmediata | Cuidado en la sala de emergencias | 20% de coseguro | 20% de coseguro | Se aplica el deducible dentro de la red a los beneficios fuera de la red |
| | Transporte médico de emergencia | 20% de coseguro | 20% de coseguro | Se aplica el deducible dentro de la red a los beneficios fuera de la red |
| | Cuidado de urgencia | \$75 de copago por visita; no tiene que pagar un deducible | 40% de coseguro | Ninguna |
| En caso de una estadía en el hospital | Tarifa del centro (p. ej., habitación de hospital) | 20% de coseguro | 40% de coseguro | Se requiere preautorización. |
| | Honorarios del médico/cirujano | 20% de coseguro | 40% de coseguro | |
| Si usted tiene necesidades de salud mental, de salud del comportamiento o por abuso de sustancias | Servicios para pacientes ambulatorios | \$30 de copago por visita; no tiene que pagar un deducible por visitas al consultorio; 20% de coseguro por otros servicios para pacientes ambulatorios | 40% de coseguro | Ninguna |
| | Servicios para pacientes hospitalizados | 20% de coseguro | 40% de coseguro | Se requiere preautorización. |
| Si está embarazada | Visitas al consultorio | Sin cargo; no tiene que pagar un deducible | Sin cargo; no tiene que pagar un deducible | No se aplica el costo compartido a ciertos servicios preventivos. Según el tipo de servicio, se puede aplicar un deducible, copago o coseguro. El cuidado de maternidad puede incluir pruebas y servicios descritos en otra parte del Resumen de Beneficios y Cobertura (p. ej., ecografía). |
| | Servicios profesionales por el parto | 20% de coseguro | 40% de coseguro | |
| | Servicios del centro por el parto | 20% de coseguro | 40% de coseguro | |

| Evento Médico Común | Servicios que Podría Necesitar | Lo que Pagará Usted | | Limitaciones, Excepciones y Otra Información Importante |
|---|--|--|--|---|
| | | Dentro de la red (Usted pagará lo mínimo) | Fuera de la red (Usted pagará lo máximo) | |
| Si necesita ayuda para recuperarse o tiene otras necesidades especiales de salud | Cuidado de asistencia médica a domicilio | 20% de coseguro | 40% de coseguro | 100 visitas como máximo por cada año calendario; se requiere preautorización. |
| | Servicios para la rehabilitación | \$30 de copago por visita; no tiene que pagar un deducible | 40% de coseguro | 20 visitas como máximo por enfermedad o lesión; se requiere preautorización. |
| | Servicios para la habilitación | \$30 de copago por visita; no tiene que pagar un deducible | 40% de coseguro | Si su plan excluye las discapacidades de aprendizaje, los servicios para la habilitación para discapacidades de aprendizaje no están cubiertos, consulte el documento de su plan. |
| | Cuidado de enfermería especializada | 20% de coseguro | 40% de coseguro | 75 días como máximo por cada año calendario; se requiere preautorización. |
| | Equipo Médico Duradero | 20% de coseguro | 40% de coseguro | Las reparaciones solo están cubiertas si se compra el equipo; se requiere preautorización para Equipo Médico Duradero que exceda \$500 para alquileres o \$1,500 para compras. |
| | Servicios para cuidados paliativos | Sin cargo; no tiene que pagar un deducible | 40% de coseguro | Ninguna |
| Si su hijo necesita cuidado dental o de la vista | Examen de la vista para niños | Sin cargo; no tiene que pagar un deducible | Sin cargo; no tiene que pagar un deducible | Ninguna |
| | Anteojos para niños | Sin cobertura | Sin cobertura | Ninguna |
| | Examen dental para niños | Sin cobertura | Sin cobertura | Ninguna |

Servicios Excluidos y Otros Servicios Cubiertos:

Servicios que Su Plan NO Cubre (Para obtener más información y una lista de otros [servicios excluidos](#), consulte el documento de su póliza o [plan](#).)

- | | | |
|---|--|--|
| <ul style="list-style-type: none">• Cirugía bariátrica• Cuidado dental (adultos) | <ul style="list-style-type: none">• Tratamiento de la infertilidad• Cuidado a largo plazo | <ul style="list-style-type: none">• 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](#).)

- | | | |
|--|---|---|
| <ul style="list-style-type: none">• Acupuntura (cuando la realiza un médico certificado o acupunturista/acupresurista certificado, para aliviar el dolor)• Cuidado quiropráctico• Cirugía estética (cuando es médicamente necesaria) | <ul style="list-style-type: none">• Aparatos auditivos• Cuidado que no es de emergencia mientras viaja fuera de los Estados Unidos | <ul style="list-style-type: none">• Servicios para enfermería privada (cuidado para pacientes ambulatorios)• Cuidado de la vista de rutina (adultos) |
|--|---|---|

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: Departamento de Salud y Servicios Humanos, Centro de Información al Consumidor y Supervisión de Seguros al 1-877-267-2323, ext. 61565 o en www.cciio.cms.gov. También es posible que usted 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.cuidadodesalud.gov/es 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](#). Además, un programa de asistencia al consumidor puede ayudarle a presentar su [apelación](#). Una lista de estados con Programas de Asistencia al Consumidor está disponible en www.cuidadodesalud.gov/es y en <http://cciio.cms.gov/programs/consumer/capgrants/index.html>.

¿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 individuales, Medicare, Medicaid, Programa de Seguro Médico para Niños (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 para el impuesto sobre la prima](#).

¿Este plan cumple con las Normas de Valor Mínimo? Sí

Si su [plan](#) no cumple con las [normas de valor mínimo](#), es posible que usted cumpla los requisitos para recibir un [crédito para el impuesto sobre 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 1-800-332-1168.

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 una calculadora 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](#) \$600
- [Copago](#) por [especialista](#) \$30
- [Coseguro](#) por el hospital (centro) 20%
- Otro [coseguro](#) 20%

Este EJEMPLO de evento incluye servicios como:

Visitas al consultorio del [especialista](#) (*cuidado prenatal*)
 Servicios profesionales por el parto
 Servicios del centro por el parto
[Pruebas de diagnóstico](#) (*ecografías y análisis de sangre*)
 Visita al [especialista](#) (*anestesia*)

Ejemplo de Costo Total \$12,700

En este ejemplo, Peg pagaría:

| <i>Costo compartido</i> | |
|------------------------------|----------------|
| Deducibles | \$600 |
| Copagos | \$30 |
| Coseguro | \$1,900 |
| <i>Qué no está cubierto</i> | |
| Límites o exclusiones | \$50 |
| Total que pagaría Peg | \$2,580 |

Manejo de la Diabetes Tipo 2 de Joe

(un año de cuidado de rutina dentro de la red de una condición bien controlada)

- El [deducible](#) general del [plan](#) \$600
- [Copago](#) por [especialista](#) \$30
- [Coseguro](#) por el hospital (centro) 20%
- Otro [coseguro](#) 20%

Este EJEMPLO de evento incluye servicios como:

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

Ejemplo de Costo Total \$5,600

En este ejemplo, Joe pagaría:

| <i>Costo compartido</i> | |
|------------------------------|----------------|
| Deducibles* | \$200 |
| Copagos | \$1,500 |
| Coseguro | \$0 |
| <i>Qué no está cubierto</i> | |
| Límites o exclusiones | \$20 |
| Total que pagaría Joe | \$1,720 |

Fractura Simple de Mia

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

- El [deducible](#) general del [plan](#) \$600
- [Copago](#) por [especialista](#) \$30
- [Coseguro](#) por el hospital (centro) 20%
- Otro [coseguro](#) 20%

Este EJEMPLO de evento incluye servicios como:

[Cuidado en la sala de emergencias](#) (*incluye suministros médicos*)
[Prueba de diagnóstico](#) (*radiografía*)
[Equipo Médico Duradero](#) (*muletas*)
[Servicios para la rehabilitación](#) (*fisioterapia*)

Ejemplo de Costo Total \$2,800

En este ejemplo, Mia pagaría:

| <i>Costo compartido</i> | |
|------------------------------|----------------|
| Deducibles* | \$600 |
| Copagos | \$110 |
| Coseguro | \$600 |
| <i>Qué no está cubierto</i> | |
| Límites o exclusiones | \$0 |
| Total que pagaría Mia | \$1,310 |

Nota: Estos números suponen que el paciente no participa en el programa de bienestar del [plan](#). Si usted participa en el programa de bienestar del [plan](#), podría reducir sus costos. Para obtener más información sobre el programa de bienestar, comuníquese con: www.umar.com o llame al 1-800-332-1168.

*Nota: Este plan tiene otros [deducibles](#) por servicios específicos incluidos en este ejemplo de cobertura. Consulte la fila anterior: "¿Hay otros deducibles por servicios específicos?"

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 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 هذا. (SBC: Summary of Benefits and Coverage)

ATANSYON: Si w pale **Kreyòl ayisyen (Haitian Creole)**, ou kapab benefisyè 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 सेवाएँ, 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 Ntawm 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 yáníłt'go, saad bee áka'anída'awo'ígíí, t'áá jíík'eh, bee ná'ahóót'i'. T'áá shòqdí Naaltsoos Bee 'Aa'áhayání dóó 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 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).