



El documento del Resumen de Beneficios y Cobertura (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, visite www.welcometouhc.com o llame al 1-800-782-3740. Para conocer definiciones generales de términos comunes, como cantidad permitida, facturación del saldo, coseguro, copago, deducible, proveedor u otros términos subrayados, consulte el Glosario. Consulte el Glosario en www.cciio.cms.gov o www.dol.gov/ebsa/healthreform o llame al 1-866-487-2365 y pida una copia.

Preguntas importantes	Respuestas	¿Por qué es importante?
¿Cuál es el <u>deducible</u> general?	Dentro de la <u>red</u> : \$2,500 individual / \$5,000 familiar Por año calendario	Por lo general, deberá pagar todos los costos de los <u>proveedores</u> hasta el <u>deducible</u> antes de que este <u>plan</u> comience a pagar. Si tiene otros familiares en el <u>plan</u> , cada familiar debe pagar su propio <u>deducible</u> individual hasta que la cantidad total de gastos de <u>deducible</u> que pagan todos los familiares alcance el <u>deducible</u> familiar general.
¿Hay servicios cubiertos antes de que alcance su <u>deducible</u> ?	Sí. El <u>cuidado preventivo</u> está cubierto antes de que alcance su <u>deducible</u>	Este <u>plan</u> cubre algunos productos y servicios, aunque usted todavía no haya alcanzado el <u>deducible</u> anual. Sin embargo, es posible que se aplique un <u>copago</u> o <u>coseguro</u> . Por ejemplo, este <u>plan</u> cubre algunos <u>servicios preventivos</u> sin <u>costos compartidos</u> y antes de que cumpla con su <u>deducible</u> . Consulte una lista de <u>servicios preventivos</u> cubiertos en www.cuidadodesalud.gov/es/coverage/preventive-care-benefits/ .
¿Hay otros <u>deducibles</u> para ciertos servicios específicos?	Sí, <u>medicamentos con receta</u> : \$250 individual / \$500 familiar No se aplica a los medicamentos del Nivel 1 y del Nivel 2 No hay otros <u>deducibles</u> específicos	Usted debe pagar todos los costos de estos servicios hasta alcanzar el <u>deducible</u> específico antes de que este <u>plan</u> comience a pagar por estos servicios.
¿Cuál es el <u>límite de gastos de su bolsillo</u> para este <u>plan</u> ?	Dentro de la <u>red</u> : \$5,750 individual / \$11,500 familiar	El <u>límite de gastos de su bolsillo</u> es el máximo que podría pagar en un año por servicios cubiertos. Si tiene otros familiares en este <u>plan</u> , ellos tienen que alcanzar sus propios <u>límites de gastos de su bolsillo</u> hasta haber alcanzado el <u>límite de gastos de su bolsillo</u> familiar general.
¿Cuáles son los gastos que no cuentan para el <u>límite de gastos de su bolsillo</u> ?	Las <u>primas</u> , los cargos por <u>facturación del saldo</u> y los servicios de cuidado de la salud que este <u>plan</u> no cubre	Aunque usted pague estos gastos, estos no se tendrán en cuenta para alcanzar el <u>límite de gastos de su bolsillo</u> .
¿Pagará menos si usa un <u>proveedor de la red</u> ?	Sí. Visite www.welcometouhc.com o llame al 1-800-782-3740 para obtener una lista de <u>proveedores de la red</u>	Este <u>plan</u> usa una <u>red de proveedores</u> . Pagará menos si usa un <u>proveedor</u> dentro de la <u>red del plan</u> . Pagará más si usa un <u>proveedor</u> fuera de la <u>red</u> y podría recibir una factura de su <u>proveedor</u> por la diferencia entre el cargo del <u>proveedor</u> y lo que paga su <u>plan</u> (<u>facturación del saldo</u>). Tenga en cuenta que su <u>proveedor de la red</u> puede usar un <u>proveedor</u> fuera de la <u>red</u> para algunos servicios (como pruebas de laboratorio). Consulte con su <u>proveedor</u> antes de obtener los servicios.
¿Necesita una <u>referencia</u> para ver a un <u>especialista</u> ?	No	Puede consultar a cualquier <u>especialista</u> sin una <u>referencia</u> .



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 en la red (Pagará el mínimo)	Proveedor fuera de la red (Pagará el máximo)	
Si visita el consultorio o la clínica de un <u>proveedor</u> de cuidado de la salud	Visita a un médico de cuidado primario para tratar una enfermedad o una lesión	Sin cargo	Sin cobertura	Visitas virtuales (Telesalud): Sin cargo a un <u>proveedor</u> de visitas virtuales de la <u>red</u> designada.
	Visita al <u>especialista</u>	<u>Copago</u> de \$100 por visita, no se aplica el <u>deducible</u>	Sin cobertura	Si recibe servicios además de una visita al consultorio, es posible que se apliquen <u>copagos</u> , <u>deducibles</u> o <u>coseguro</u> adicionales, por ej.: en cirugía.
	<u>Servicios de cuidado preventivo/pruebas de detección</u> /vacunas	Sin cargo	Sin cobertura	Incluye los servicios de salud preventivos que se especifican en la Ley de Reforma de la Atención Médica. Es posible que tenga que pagar por los servicios que no sean preventivos. Pregúntele a su <u>proveedor</u> si los servicios que necesita son preventivos. Luego verifique lo que pagará su <u>plan</u> .
Si tiene que hacerse un examen	<u>Exámenes de diagnóstico</u> (radiografías, análisis de sangre)	<u>Copago</u> de \$25 por servicio, no se aplica el <u>deducible</u>	Sin cobertura	Ninguna
	Imágenes (tomografía computarizada [Computerized Tomography, CT], tomografía por emisión de positrones [Positron Emission Tomography, PET], imágenes por resonancia magnética [Magnetic Resonance Imaging, MRI])	<u>Copago</u> de \$500 por servicio, no se aplica el <u>deducible</u>	Sin cobertura	Ninguna

Evento médico común	Los servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor en la red (Pagará el mínimo)	Proveedor fuera de la red (Pagará el máximo)	
Si necesita medicamentos para tratar su enfermedad o condición Para obtener más información sobre la <u>cobertura de medicamentos con receta</u> , visite www.welcometouhc.com .	Nivel 1: Su opción de costo más bajo	Minorista: <u>Copago</u> de \$5 Farmacia de pedidos por correo: <u>Copago</u> de \$12.50	Sin cobertura	<u>Proveedor</u> 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 <u>red</u> preferida. Si utiliza una farmacia fuera de la <u>red</u> (incluida una farmacia de pedidos por correo), podría ser responsable de cualquier cantidad que supere la <u>cantidad permitida</u> . El <u>copago</u> es por cada pedido de medicamentos con receta, hasta alcanzar el límite de días del suministro que se indica más arriba. Es posible que deba obtener determinados medicamentos, incluso ciertos <u>medicamentos especializados</u> , de una farmacia designada por nosotros. Es posible que determinados medicamentos necesiten una <u>preautorización</u> . Si no la obtiene, puede ser que deba pagar un costo mayor. 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. Consulte el sitio web ya indicado para obtener más información sobre los medicamentos que cubre su <u>plan</u> . No todos los medicamentos tienen cobertura. Si un medicamento administrado tiene un medicamento químicamente equivalente en un nivel más bajo, es posible que se aplique la diferencia de costo entre estos, además de cualquier <u>copago</u> o <u>coseguro</u> aplicable. Determinados medicamentos preventivos y los anticonceptivos del Nivel 1 se cubren sin cargo.
	Nivel 2: Su opción de costo medio	Minorista: <u>Copago</u> de \$50 Farmacia de pedidos por correo: <u>Copago</u> de \$125	Sin cobertura	
	Nivel 3: Su opción de costo medio	Minorista: <u>Copago</u> de \$100 Farmacia de pedidos por correo: <u>Copago</u> de \$250	Sin cobertura	
	Nivel 4: Opciones adicionales de costo alto	Minorista: <u>Copago</u> de \$350 Farmacia de pedidos por correo: <u>Copago</u> de \$875	Sin cobertura	
Si le hacen una cirugía para pacientes ambulatorios	La tarifa del centro (por ej.: centro de cirugía ambulatoria)	<u>Coseguro</u> del 20%	Sin cobertura	Ninguna
	Tarifas del médico/cirujano	<u>Coseguro</u> del 20%	Sin cobertura	Ninguna
Si necesita atención médica inmediata	<u>Cuidado en la sala de emergencias</u>	<u>Coseguro</u> del 20%	<u>Coseguro</u> del 20%	Se aplica un <u>deducible</u> por ocurrencia de \$500 para la atención de emergencia antes del <u>deducible</u> general.
	<u>Transporte médico de emergencia</u>	<u>Coseguro</u> del 20%	<u>Coseguro</u> del 20%	Ninguna
	<u>Cuidado de urgencia</u>	Sin cargo	Sin cobertura	Ninguna
Si tiene una estadía en el hospital	Tarifa del centro (por ej.: la habitación del hospital)	<u>Coseguro</u> del 20%	Sin cobertura	Ninguna

Evento médico común	Los servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor en la red (Pagará el mínimo)	Proveedor fuera de la red (Pagará el máximo)	
	Tarifas del médico/cirujano	<u>Coseguro</u> del 20%	Sin cobertura	Ninguna
Si necesita servicios para la salud mental, el comportamiento o para el abuso de sustancias	Servicios para pacientes ambulatorios	Sin cargo	Sin cobertura	<u>Hospitalización</u> parcial/tratamiento intensivo para pacientes ambulatorios dentro de la <u>red</u> : <u>Coseguro</u> del 20%
	Servicios para pacientes hospitalizados	<u>Coseguro</u> del 20%	Sin cobertura	Ninguna
Si está embarazada	Visitas al consultorio	Sin cargo	Sin cobertura	El <u>costo compartido</u> no se aplica a determinados <u>servicios preventivos</u> . Según el tipo de servicios, es posible que se aplique un <u>copago</u> , <u>deducibles</u> o un <u>coseguro</u> .
	Servicios profesionales por el parto	<u>Coseguro</u> del 20%	Sin cobertura	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	<u>Coseguro</u> del 20%	Sin cobertura	Ninguna
Si necesita ayuda para el proceso de recuperación o si tiene otras necesidades especiales de cuidado de la salud	<u>Cuidado de la salud a domicilio</u>	<u>Coseguro</u> del 20%	Sin cobertura	Límite de 364 visitas por año calendario.
	<u>Servicios para la rehabilitación</u>	<u>Coseguro</u> del 20%	Sin cobertura	Límites por año calendario: Fisioterapia, terapia del habla y terapia ocupacional: 20 visitas para cada una. Cuestiones cardíacas y terapias pulmonares: Visitas ilimitadas.
	<u>Servicios para la habilitación</u>	<u>Coseguro</u> del 20%	Sin cobertura	Límites por año calendario: Fisioterapia, terapia del habla y terapia ocupacional: 20 visitas para cada una. Para servicios para pacientes hospitalizados, consulte <u>Cuidado de enfermería especializada</u> y obtenga información sobre la cobertura.
	<u>Cuidado de enfermería especializada</u>	<u>Coseguro</u> del 20%	Sin cobertura	La atención de enfermería especializada se limita a 100 días por año calendario.
	<u>Equipo médico duradero</u>	<u>Coseguro</u> del 20%	Sin cobertura	Ninguna
	<u>Cuidados paliativos</u>	<u>Coseguro</u> del 20%	Sin cobertura	Ninguna

Evento médico común	Los servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor en la red (Pagará el mínimo)	Proveedor fuera de la red (Pagará el máximo)	
Si su hijo necesita cuidados dentales o de la vista	Examen de la vista para niños	<u>Copago</u> de \$10 por visita, no se aplica el <u>deducible</u>	Sin cobertura	Un examen cada 12 meses.
	Anteojos para niños	<u>Copago</u> de \$25 por marco, no se aplica el <u>deducible</u>	Sin cobertura	Un par cada 12 meses. Los costos pueden aumentar de acuerdo con los marcos seleccionados. Puede elegir lentes de contacto en lugar de anteojos. El beneficio no cubre ambas opciones.
	Chequeo dental para niños	<u>Coseguro</u> del 0%	Sin cobertura	Limpiezas cubiertas 2 veces cada 12 meses.

Servicios excluidos y otros servicios cubiertos:

Los servicios que su <u>plan</u> generalmente NO cubre (consulte su póliza o los documentos del <u>plan</u> para obtener más información y una lista de otros <u>servicios excluidos</u>).				
• Acupuntura	• Cirugía estética	• Cuidado dental (adultos)	• Cuidado a largo plazo	• Cuidado que no es de emergencia durante viajes fuera de los Estados Unidos
• Cuidado de los pies de rutina	• 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>).				
• Cirugía bariátrica	• Aparatos auditivos	• Tratamiento de la infertilidad: Inseminación artificial únicamente	• Servicios de enfermería privada: Solo para pacientes hospitalizados	• Cuidado de la vista de rutina (adulto): 1 examen cada 12 meses
• Manipulaciones de la columna vertebral: 20 visitas por año calendario				

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: 1-866-444-3272 o www.dol.gov/ebsa/healthreform para la Administración de Seguridad de Beneficios del Empleado del Departamento de Trabajo de los EE. UU. También puede comunicarse con nosotros al 1-800-782-3740. 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 incluirán información completa sobre cómo presentar un reclamo, una apelación o una queja formal a su plan por cualquier motivo. Para más información sobre sus derechos o este aviso, o si necesita ayuda, puede llamarnos al 1-800-782-3740; o comunicarse con la Administración de Seguridad de Beneficios del Empleado al 1-866-444-EBSA (3272) o en www.dol.gov/ebsa/healthreform o con la División de Seguros de Colorado al 303-894-7490 o en www.dora.state.co.us/insurance.

¿Este plan proporciona cobertura esencial mínima? Sí.

Si no tiene cobertura esencial mínima durante un mes, deberá efectuar un pago cuando realice la declaración de impuestos a menos que califique para una exención del requisito porque tiene cobertura de salud durante ese mes.

¿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 1-800-782-3740 .

Tagalog (Tagalog): Kung kailangan ninyo ang tulong sa Tagalog tumawag sa 1-800-782-3740 .

Chinese (中文): 如果需要中文的帮助, 请拨打这个号码 1-800-782-3740 .

Navajo (Dine): Dinek'ehgo shika at'ohwol ninisingo, kwijigo holne' 1-800-782-3740 .

—————*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 <u>deducible general del plan</u>	\$2,500
■ <u>Copago del especialista</u>	\$100
■ <u>Coseguro del hospital (centro)</u>	20%
■ Otro <u>coseguro</u>	20%

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	\$12,800
En este ejemplo, Peg pagaría:	
<i>Costo compartido</i>	
Deducibles	\$2,500
Copagos	\$200
Coseguro	\$1,500
<i>Lo que no está cubierto</i>	
Límites o exclusiones	\$60
El total que Peg pagaría es de	\$4,260

Control de la diabetes tipo 2 de Joe

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

■ El <u>deducible general del plan</u>	\$2,500
■ <u>Copago del especialista</u>	\$100
■ <u>Coseguro del hospital (centro)</u>	20%
■ Otro <u>coseguro</u>	20%

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	\$7,400
En este ejemplo, Joe pagaría:	
<i>Costo compartido</i>	
Deducibles	\$400
Copagos	\$1,200
Coseguro	\$0
<i>Lo que no está cubierto</i>	
Límites o exclusiones	\$30
El total que Joe pagaría es de	\$1,630

Fractura simple de Mia

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

■ El <u>deducible general del plan</u>	\$2,500
■ <u>Copago del especialista</u>	\$100
■ <u>Coseguro del hospital (centro)</u>	20%
■ Otro <u>coseguro</u>	20%

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	\$1,900
En este ejemplo, Mia pagaría:	
<i>Costo compartido</i>	
Deducibles	\$1,400
Copagos	\$100
Coseguro	\$40
<i>Lo que no está cubierto</i>	
Límites o exclusiones	\$0
El total que Mia pagaría es de	\$1,540

El plan será responsable de los otros costos de estos servicios cubiertos que sirven de EJEMPLO

Apéndice A

Complemento del formulario del Resumen de Beneficios y Cobertura para Colorado

NOMBRE DE LA COMPAÑÍA DE SEGUROS	UnitedHealthcare of Colorado, Inc.
NOMBRE DEL PLAN	Doctors Plan BG6D /839
1. Tipo de póliza	Póliza de grupo para pequeños empleadores
2. Tipo de plan	Organización para el Mantenimiento de la Salud (HMO)
3. Áreas de Colorado donde el plan está disponible	El plan está disponible solamente en las siguientes áreas: Adams, Arapahoe, Boulder, Broomfield, Clear Creek, Crowley, Denver, Douglas, El Paso, Jefferson, Larimer, Lincoln, Otero, Park, Pueblo, Teller y Weld.

INFORMACIÓN COMPLEMENTARIA SOBRE LOS BENEFICIOS

Aviso importante: El contenido de este formulario está sujeto a las disposiciones de la póliza, que contiene todos los términos, cláusulas y condiciones de la cobertura. Proporciona información adicional destinada a complementar el Resumen de Beneficios de la cobertura que recibió para este plan. Este plan puede excluir la cobertura de ciertos tratamientos, diagnósticos o servicios que no se indican específicamente. Consulte la póliza real para determinar los términos y condiciones exactos de la cobertura.

	Descripción
4. Tipo de deducible anual	INDIVIDUAL: La cantidad que debe alcanzar cada familiar antes de que se paguen los reclamos. Los reclamos no se pagarán por ninguna otra persona hasta que no se haya alcanzado su deducible individual o familiar. FAMILIAR: La cantidad máxima que la familia pagará por el año. El deducible familiar puede ser alcanzado por 2 o más personas.
5. Máximo de gastos de su bolsillo	INDIVIDUAL: La cantidad que cada familiar debe alcanzar antes de que se paguen los reclamos al 100%. Los reclamos no se pagarán al 100% por ninguna persona hasta haber alcanzado el máximo individual y familiar de gastos de su bolsillo. FAMILIAR: La cantidad máxima que la familia pagará por el año. El máximo familiar de gastos de su bolsillo puede ser alcanzado por 2 o más personas.
6. ¿Cuáles son los gastos que cuentan para el máximo de gastos de su bolsillo dentro de la red?	Copagos y deducibles
7. ¿Los servicios pediátricos dentales están cubiertos por este plan? ¿Máximo?	Sí, los servicios pediátricos dentales están sujetos al deducible médico y a los gastos de su bolsillo
8. ¿Qué exámenes de detección de cáncer están cubiertos?	Examen de detección de cáncer de seno, prueba de detección de cáncer del cuello uterino, examen de detección de cáncer colorrectal, examen de detección de cáncer de próstata.

USO DEL PLAN

9. Si el proveedor cobra más por un servicio cubierto que la cantidad que generalmente paga el plan, ¿el miembro debe pagar la diferencia?	No
10. ¿El plan tiene una cláusula de arbitraje obligatorio y definitivo?	No

Preguntas: Llame al 1-800-516-3344 o visítenos en www.UnitedHealthcare.com.

Si no está satisfecho con la resolución de su queja o queja formal, comuníquese con:

Colorado Division of Insurance
Consumer Affairs Section
1560 Broadway, Suite 850, Denver, CO 80202
Llame al: 303-894-7490 (dentro del estado, llame gratis al: 800-930-3745)
Correo electrónico: insurance@dora.state.co.us

Servicios de acceso en diferentes idiomas:

Spanish (Español): Para obtener asistencia en Español, llame al 1-800-782-3740

Tagalog (Tagalog): Kung kailangan ninyo ang tulong sa Tagalog tumawag sa 1-800-782-3740

Chinese (中文): 如果需要中文的帮助, 请拨打这个号码 1-800-782-3740

Navajo (Dine): Dinek'ehgo shika at'ohwol ninisingo, kwijigo holne' 1-800-782-3740

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 LƯU Ý: Nếu quý vị nói tiếng **Việt (Vietnamese)**, quý vị sẽ được cung cấp dịch vụ trợ giúp về ngôn ngữ miễn phí. Vui lòng gọi số điện thoại miễn phí ghi trong bản Tóm lược về quyền lợi và đài thọ bảo hiểm (Summary of Benefits and Coverage, SBC) này.

알림: **한국어(Korean)**를 사용하시는 경우 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 본 혜택 및 보장 요약서(Summary of Benefits and Coverage, SBC)에 기재된 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)**, udostępniłmy 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: បើសិនអ្នកនិយាយភាសាខ្មែរ (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 yáníłti'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 béésh bee hane'í biká'ígíí bee hodíłnih.

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).