



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.welcometouhc.com o llame al 1-800-782-3740. 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 https://www.cms.gov/CCIIO/Resources/Forms-Reports-and-Other-Resources/Downloads/Spanish-UG-07-27-OHPSCA-edits-mk-080316_508.pdf o llamar al 1-866-487-2365 para solicitar una copia.

Preguntas Importantes	Respuestas	Por qué Esto es Importante:
¿Cuál es el <u>deducible</u> general?	Dentro de la <u>red</u> : \$6,500 individual/\$13,000 familiar Por cada año calendario.	Por lo general, usted debe pagar todos los costos de los <u>proveedores</u> hasta alcanzar el <u>deducible</u> para que este <u>plan</u> comience a pagar. Si usted tiene otros familiares inscritos en el <u>plan</u> , cada familiar debe alcanzar su propio <u>deducible</u> individual hasta que la cantidad total de gastos <u>deducibles</u> pagados por todos los familiares alcance el <u>deducible</u> familiar general.
¿Hay servicios cubiertos antes de que usted alcance su <u>deducible</u> ?	Sí. Los servicios para el <u>cuidado preventivo</u> y las categorías con <u>copago</u> están cubiertos antes de que usted alcance su <u>deducible</u> .	Este <u>plan</u> cubre algunos artículos y servicios, aunque usted no haya alcanzado aún el <u>deducible</u> . Sin embargo, se puede aplicar un <u>copago</u> o <u>coseguro</u> . Por ejemplo, este <u>plan</u> cubre ciertos <u>servicios preventivos sin costo compartido</u> y antes de que usted alcance su <u>deducible</u> . Consulte una lista de los <u>servicios preventivos</u> cubiertos en www.cuidadodesalud.gov/es/coverage/preventive-care-benefits/ .
¿Hay otros <u>deducibles</u> por 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.	Debe pagar todos los costos por estos servicios hasta alcanzar el <u>deducible</u> específico para que este <u>plan</u> comience a pagar estos servicios.
¿Cuál es el <u>límite de gastos de su bolsillo</u> para este <u>plan</u> ?	Dentro de la <u>red</u> : \$8,500 individual/\$17,000 familiar	El <u>límite de gastos de su bolsillo</u> es lo máximo que usted podría pagar en un año por servicios cubiertos. Si usted tiene otros familiares inscritos en este <u>plan</u> , ellos tienen que alcanzar sus propios <u>límites de gastos de su bolsillo</u> hasta que se haya alcanzado el <u>límite de gastos de su bolsillo</u> familiar general.
¿Qué no está incluido en el <u>límite de gastos de su bolsillo</u> ?	<u>Primas</u> , cargos de <u>facturación del saldo</u> y cuidado de la salud que este <u>plan</u> no cubre.	Aunque usted paga estos gastos, no se toman 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> . Usted pagará menos si usa un <u>proveedor</u> dentro de la <u>red</u> del <u>plan</u> . Pagará lo máximo si usa un <u>proveedor fuera de la red</u> , y podría recibir una factura de un <u>proveedor</u> por la diferencia entre lo que cobra el <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> podría usar un <u>proveedor fuera de la red</u> para algunos servicios (p. ej., pruebas de laboratorio). Verifíquelo con su <u>proveedor</u> antes de recibir servicios.
¿Necesita una <u>referencia</u> para consultar a un <u>especialista</u> ?	No.	Puede consultar al <u>especialista</u> que elija sin una <u>referencia</u> .



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
		Proveedor de la Red (Usted pagará lo mínimo)	Proveedor Fuera de la Red (Usted pagará lo máximo)	
Si visita una clínica o el consultorio de un <u>proveedor de cuidado de la salud</u>	Visita al médico de cuidado primario para tratar una lesión o enfermedad	Sin cargo	Sin cobertura	Visitas virtuales (telesalud) - Sin cargo por visita a un <u>proveedor de la red</u> designado para visitas virtuales.
	Visita a un <u>especialista</u>	\$100 de <u>copago</u> por visita, no se aplica el <u>deducible</u>	Sin cobertura	Si recibe otros servicios además de la visita al consultorio, se pueden aplicar <u>copagos</u> , <u>deducibles</u> o <u>coseguros</u> adicionales; p. ej., por cirugía.
	<u>Cuidado preventivo/pruebas de detección/vacunas</u>	Sin cargo	Sin cobertura	Incluye servicios de salud preventivos especificados en la ley de reforma del cuidado de la salud. Es posible que tenga que pagar los servicios que no sean preventivos. Pregúntele a su <u>proveedor</u> si los servicios que usted necesita son preventivos. Luego verifique lo que pagará su <u>plan</u> .
Si le realizan un examen	<u>Prueba de diagnóstico</u> (radiografía, análisis de sangre)	\$25 de <u>copago</u> por servicio, no se aplica el <u>deducible</u>	Sin cobertura	Ninguna
	Imágenes (tomografías computarizadas [CT]/tomografías por emisión de positrones [PET], imágenes por resonancia magnética [MRI])	\$500 de <u>copago</u> por servicio, no se aplica el <u>deducible</u>	Sin cobertura	Ninguna

Evento Médico Común	Servicios que Podría Necesitar	Lo que Pagará Usted		Limitaciones, Excepciones y Otra Información Importante
		Proveedor de la Red (Usted pagará lo mínimo)	Proveedor 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.welcometouhc.com .	Nivel 1 - Su opción de menor costo	No se aplica el <u>deducible</u> . Farmacia minorista: \$5 de <u>copago</u> Farmacia de pedidos por correo: \$12.50 de <u>copago</u>	Sin cobertura	A los efectos de esta sección, <u>proveedor</u> significa farmacia. Farmacia minorista: Un suministro de hasta 31 días. Farmacia de pedidos por correo*: Un suministro de hasta 90 días o en una *farmacia minorista preferida de la <u>red</u> para suministros de 90 días. Si usa una farmacia fuera de la <u>red</u> (incluida una farmacia de pedidos por correo), <u>usted</u> puede ser responsable de cualquier cantidad que exceda la <u>cantidad permitida</u> . El <u>copago</u> es por cada medicamento con receta hasta el límite de días de suministro indicado anteriormente. Es posible que necesite obtener ciertos medicamentos, incluidos ciertos <u>medicamentos de especialidad</u> , de una farmacia que designemos. Es posible que ciertos medicamentos tengan un requisito de <u>preautorización</u> ; sin esta, es posible que estén sujetos a un costo mayor. Es posible que deba usar medicamentos de menor costo antes de que los beneficios de su póliza estén disponibles para ciertos medicamentos recetados. Visite el sitio web mencionado para obtener información sobre los medicamentos que cubre su <u>plan</u> . No todos los medicamentos están cubiertos. Si un medicamento suministrado tiene un medicamento químicamente equivalente, se puede aplicar la diferencia de costo entre los medicamentos, además de cualquier <u>copago</u> o <u>coseguro</u> correspondiente. Ciertos medicamentos preventivos y anticonceptivos del Nivel 1 están cubiertos sin cargo.
	Nivel 2 - Su opción de costo medio	No se aplica el <u>deducible</u> . Farmacia minorista: \$50 de <u>copago</u> Farmacia de pedidos por correo: \$125 de <u>copago</u>	Sin cobertura	
	Nivel 3 - Su opción de costo medio	Farmacia minorista: \$100 de <u>copago</u> Farmacia de pedidos por correo: \$250 de <u>copago</u>	Sin cobertura	
	Nivel 4 – Opciones adicionales de alto costo	Farmacia minorista: \$350 de <u>copago</u> Farmacia de pedidos por correo: \$875 de <u>copago</u>	Sin cobertura	
Si le realizan una cirugía como paciente ambulatorio	Tarifa del centro (p. ej., centro de cirugía ambulatoria)	20% de <u>coseguro</u>	Sin cobertura	Ninguna
	Honorarios del médico/cirujano	20% de <u>coseguro</u>	Sin cobertura	Ninguna
Si necesita atención médica inmediata	<u>Cuidado en la sala de emergencias</u>	20% de <u>coseguro</u>	20% de <u>coseguro</u>	Se aplican \$500 de <u>deducible</u> por ocurrencia por emergencia antes del <u>deducible</u> general.
	<u>Transporte médico de emergencia</u>	20% de <u>coseguro</u>	20% de <u>coseguro</u>	Ninguna
	<u>Cuidado de urgencia</u>	Sin cargo	Sin cobertura	Si recibe otros servicios además de la visita de <u>cuidado de urgencia</u> , se pueden aplicar <u>copagos</u> , <u>deducibles</u> o <u>coseguros</u> adicionales; p. ej., por cirugía.
En caso de una estadía en el hospital	Tarifa del centro (p. ej., habitación de hospital)	20% de <u>coseguro</u>	Sin cobertura	Ninguna
	Honorarios del médico/cirujano	20% de <u>coseguro</u>	Sin cobertura	Ninguna
Si necesita servicios para la salud mental, la salud del comportamiento o 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> : 20% de <u>coseguro</u>
	Servicios para pacientes hospitalizados	20% de <u>coseguro</u>	Sin cobertura	Ninguna

Evento Médico Común	Servicios que Podría Necesitar	Lo que Pagará Usted		Limitaciones, Excepciones y Otra Información Importante
		Proveedor de la Red (Usted pagará lo mínimo)	Proveedor Fuera de la Red (Usted pagará lo máximo)	
Si está embarazada	Visitas al consultorio	Sin cargo	Sin cobertura	No se aplica el <u>costo compartido</u> a los <u>servicios preventivos</u> . Según el tipo de servicio, se puede aplicar un <u>copago</u> , <u>deducible</u> o <u>coseguro</u> .
	Servicios profesionales por el parto	20% de <u>coseguro</u>	Sin cobertura	El cuidado de maternidad puede incluir pruebas y servicios descritos en otra parte del Resumen de Beneficios y Cobertura (p. ej., ecografía.)
	Servicios del centro por el parto	20% de <u>coseguro</u>	Sin cobertura	Ninguna
Si necesita ayuda para recuperarse o tiene otras necesidades especiales de salud	<u>Cuidado de asistencia médica a domicilio</u>	20% de <u>coseguro</u>	Sin cobertura	Se limita a 364 visitas por cada año calendario.
	<u>Servicios para la rehabilitación</u>	20% de <u>coseguro</u>	Sin cobertura	Límites por cada año calendario: Fisioterapia, terapia del habla, terapia ocupacional: 20 visitas de cada tipo. Rehabilitación cardíaca y pulmonar: Número ilimitado.
	<u>Servicios para la habilitación</u>	20% de <u>coseguro</u>	Sin cobertura	Límites por cada año calendario: Fisioterapia, terapia del habla, terapia ocupacional: 20 visitas de cada tipo. Se aplican costos compartidos solamente a servicios para pacientes ambulatorios.
	<u>Cuidado de enfermería especializada</u>	20% de <u>coseguro</u>	Sin cobertura	La enfermería especializada se limita a 100 días por año calendario.
	<u>Equipo Médico Duradero</u>	20% de <u>coseguro</u>	Sin cobertura	Ninguna
	<u>Servicios de cuidados paliativos</u>	20% de <u>coseguro</u>	Sin cobertura	Ninguna
Si su hijo necesita cuidado dental o de la vista	Examen de la vista para niños	\$10 de <u>copago</u> por visita, no se aplica el <u>deducible</u>	Sin cobertura	Un examen cada 12 meses.
	Anteojos para niños	\$25 de <u>copago</u> por marco, no se aplica el <u>deducible</u>	Sin cobertura	Un par cada 12 meses. Los costos pueden aumentar según los marcos seleccionados. Puede elegir lentes de contacto en vez de anteojos. El beneficio no cubre ambos.
	Examen dental para niños	0% de <u>coseguro</u>	Sin cobertura	Limpiezas cubiertas 2 veces cada 12 meses.

Servicios Excluidos y Otros Servicios Cubiertos:

Servicios que Su Plan Generalmente NO Cubre (Para obtener más información y una lista de otros servicios excluidos, consulte el documento de su póliza o plan.)				
• Acupuntura	• Cirugía estética	• Cuidado dental (adultos)	• Cuidado a largo plazo	• Cuidado que no es de emergencia mientras viaja fuera de los Estados Unidos
• 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.)				
• Cirugía bariátrica	• Aparatos auditivos	• Tratamiento de la infertilidad - solo inseminación artificial	• Servicios para enfermería privada - Solo pacientes hospitalizados	• Cuidado de la vista de rutina (adultos) - 1 examen/12 meses
• Manipulación de la columna vertebral - 20 visitas por cada año calendario				

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: 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 Estados Unidos. Además, puede comunicarse con nosotros al 1-800-782-3740. 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. Para obtener más información sobre sus derechos o este aviso, o para obtener ayuda, comuníquese con: el 1-800-782-3740; o 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.

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 los Estándares de Valor Mínimo? Sí.

Si su plan no cumple con los estándares 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 1-800-782-3740.

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.

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 las cantidades de costo compartido (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 \$6,500
- Copago por especialista \$100
- 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>	
<u>Deducibles</u>	\$6,500
<u>Copagos</u>	\$300
<u>Coseguro</u>	\$600
<i>Qué no está cubierto</i>	
Límites o exclusiones	\$60
Total que pagaría Peg	\$7,460

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 \$6,500
- Copago por especialista \$100
- Coseguro por el hospital (centro) 20%
- Otro coseguro 20%

Este EJEMPLO de evento incluye servicios como:

Visitas al consultorio del 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>	
<u>Deducibles</u>	\$400
<u>Copagos</u>	\$1,100
<u>Coseguro</u>	\$0
<i>Qué no está cubierto</i>	
Límites o exclusiones	\$0
Total que pagaría Joe	\$1,500

Fractura Simple de Mia

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

- El deducible general del plan \$6,500
- Copago por especialista \$100
- 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>	
<u>Deducibles</u>	\$2,400
<u>Copagos</u>	\$100
<u>Coseguro</u>	\$0
<i>Qué no está cubierto</i>	
Límites o exclusiones	\$0
Total que pagaría Mia	\$2,500

Apéndice A

Complemento de Colorado al Resumen de Beneficios y Cobertura

NOMBRE DE LA COMPAÑÍA DE SEGUROS	UnitedHealthcare of Colorado, Inc.
NOMBRE DEL PLAN	Doctors Plan CBWH/E48L
1. Tipo de Póliza	Póliza de grupo para pequeñas empresas
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: Boulder, El Paso, Adams, Arapahoe, Broomfield, Denver, Douglas, Jefferson.

INFORMACIÓN COMPLEMENTARIA SOBRE LOS BENEFICIOS

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

	Descripción
4. Tipo de Deducible Anual	INDIVIDUAL - La cantidad que debe alcanzar cada miembro de la familia antes de que se paguen reclamos. No se pagarán reclamos por ninguna otra persona hasta que se haya alcanzado su deducible individual o el deducible 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 debe alcanzar cada miembro de la familia antes de que se paguen reclamos al 100%. No se pagarán reclamos al 100% por ninguna otra persona hasta que se haya alcanzado su máximo de gastos de su bolsillo individual o el máximo de gastos de su bolsillo familiar. FAMILIAR - La cantidad máxima que la familia pagará por el año. El máximo de gastos de su bolsillo familiar puede ser alcanzado por 2 o más personas.
6. ¿Qué está incluido en el Máximo de Gastos de Su Bolsillo Dentro de la Red?	Copagos y deducibles
7. ¿Este plan cubre beneficios de odontopediatría? ¿Cuál es el máximo?	Sí, los servicios de odontopediatría están sujetos al deducible médico y al máximo de gastos de su bolsillo
8. ¿Qué pruebas de detección del cáncer están cubiertas?	Pruebas de detección de cáncer de seno - Cáncer del cuello uterino - Cáncer colorrectal - Cáncer de próstata.

USO DEL PLAN

9. Si el proveedor cobra más por un servicio cubierto de lo que paga habitualmente el plan, ¿el miembro tiene que 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, llamada gratuita: 800-930-3745)
Correo electrónico: insurance@dora.state.co.us

Servicios de Acceso en Otros 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 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।

CEEBOOM: 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 yánílti'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).