



El Resumen de Beneficios y Cobertura (Summary of Benefits and Coverage, SBC) lo ayudará a escoger un plan de salud. El SBC muestra cómo usted y el plan compartirán los costos de los servicios de atención médica cubiertos. NOTA: La información sobre el costo de este plan (denominado prima) se proporcionará por separado. Este es solo un resumen. Para obtener más información sobre su cobertura u obtener una copia de los términos completos de la cobertura, visite [www.welcometouhc.com/uhcwest](http://www.welcometouhc.com/uhcwest) o llame al 1-800-624-8822. Para ver las definiciones de términos frecuentes, como cantidad permitida, facturación de saldo, coseguro, copago, deductible, proveedor u otros términos subrayados, consulte el glosario. Puede consultar el glosario en [www.healthcare.gov/sbc-glossary/](http://www.healthcare.gov/sbc-glossary/) o llamar al 1-800-624-8822 para pedir una copia.

Preguntas importantes	Respuestas	Por Qué Es Importante:
¿Cuánto es el <u>deductible</u> total?	\$0	Consulte la tabla de Circunstancias médicas comunes abajo para conocer los costos de los servicios que cubre este <u>plan</u> .
¿Hay servicios cubiertos antes de alcanzar su <u>deductible</u> ?	Sí. La <u>atención preventiva</u> y los servicios para la atención primaria están cubiertos antes de que usted alcance su <u>deductible</u> .	Este <u>plan</u> cubre algunos productos y servicios aunque aún no haya alcanzado la cantidad del <u>deductible</u> . Sin embargo, se podría aplicar un <u>copago</u> o un <u>coseguro</u> . Por ejemplo, este <u>plan</u> cubre ciertos <u>servicios preventivos</u> sin <u>costos compartidos</u> antes de que alcance su <u>deductible</u> . Consulte una lista de <u>servicios preventivos</u> cubiertos en <a href="https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/">https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/</a> .
¿Hay otros <u>deductibles</u> para servicios específicos?	No.	No debe pagar <u>deductibles</u> por servicios específicos.
¿Cuánto es el <u>límite de gastos de bolsillo</u> para este <u>plan</u> ?	Para <u>proveedores participantes</u> \$2,000 individual/ \$6,000 familiar.	El <u>límite de gastos de bolsillo</u> es lo máximo que puede 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 bolsillo</u> hasta que se haya alcanzado el <u>límite de gastos de bolsillo</u> familiar general.
¿Qué es lo que no está incluido en el <u>límite de gastos de bolsillo</u> ?	Copagos para ciertos servicios, <u>primas</u> , cargos de <u>facturación de saldo</u> y atención de la salud que este <u>plan</u> no cubre.	Aunque pague estos gastos, no cuentan para el <u>límite de gastos del bolsillo</u> .
¿Pagará menos si acude a un <u>proveedor dentro de la red</u> ?	Sí. Para obtener una lista de <u>proveedores de la red</u> , visite <a href="http://www.welcometouhc.com/uhcwest">www.welcometouhc.com/uhcwest</a> o llame al 1-800-624-8822.	Este <u>plan</u> utiliza una <u>red de proveedores</u> . Pagará menos si usa un <u>proveedor</u> que esté incluido en la <u>red</u> del <u>plan</u> . Pagará más si acude a un <u>proveedor fuera de la red</u> , y es posible que reciba una factura de un <u>proveedor</u> por la diferencia entre el cargo del <u>proveedor</u> y lo que su <u>plan</u> paga ( <u>facturación de saldo</u> ). Tenga en cuenta que su <u>proveedor dentro de la red</u> puede usar un <u>proveedor fuera de la red</u> para algunos servicios (como análisis de laboratorio). Consulte con su <u>proveedor</u> antes de recibir los servicios.
¿Necesita una <u>derivación</u> para atenderse con un <u>especialista</u> ?	Sí, se requiere aprobación oral o escrita, según las normas médicas.	Este <u>plan</u> pagará algunos o todos los costos para ver a un <u>especialista</u> por servicios cubiertos, pero solo si tiene una <u>derivación</u> antes de ver al <u>especialista</u> .

**Declaración de revelación de la PRA:** De acuerdo con la Ley de Simplificación de Trámites Administrativos (Paperwork Reduction Act) de 1995, a ninguna persona se le requiere responder a una recopilación de información, a menos que esta muestre un número válido de control OMB. El número de control de OMB válido para la recopilación de esta información es **0938-1146**. Se calcula que llenar la recopilación de información lleva un promedio de **0.08** horas por respuesta, incluyendo el tiempo para revisar instrucciones, buscar recursos de datos existentes y reunir la información necesaria, además de revisar la información. Si tiene algún comentario relacionado con la precisión de los tiempos estimados o sugerencias para mejorar este formulario, escriba a: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.



Todos los [copagos](#) y el [coseguro](#) que se muestran en este cuadro se aplican después de alcanzar su [deductible](#), si se aplica uno.

Circunstancia médica común	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor dentro de la red (Usted pagará el mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará el máximo)	
Si acude al consultorio o clínica del <u>proveedor</u>	Consulta con su médico de atención primaria para tratar una afección o lesión	\$20 de <u>copago</u> por cada visita al consultorio y sin cargo por cada visita virtual con un <u>proveedor participante</u> designado para visitas virtuales	Sin cobertura	Si recibe otros servicios, además de la visita al consultorio, se podrían aplicar <u><a href="#">copagos</a></u> o <u><a href="#">coseguros</a></u> adicionales.
	Consulta con un <u>especialista</u>	\$20 de <u>copago</u> por cada visita	Sin cobertura	El miembro debe obtener una <u>derivación</u> a un <u>especialista</u> u otro profesional de cuidado de la salud con licencia, excepto para los <u>servicios médicos</u> Obstétricos y Ginecológicos, servicios para el cuidado de la salud reproductiva dentro del grupo médico <u>participante</u> , y servicios para emergencias o servicios requeridos de urgencia. Si recibe otros servicios, además de la visita al consultorio, se podrían aplicar <u><a href="#">copagos</a></u> o <u><a href="#">coseguros</a></u> adicionales.
	<u>Atención preventiva/evaluación/vacunas</u>	Sin cargo	Sin cobertura	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 plan.
Si se realiza un examen	<u>Exámenes de diagnóstico</u> (radiografías, análisis de sangre)	Sin cargo	Sin cobertura	Ninguna
	Diagnóstico por imágenes (tomografía computarizada/tomografía por emisión de positrones, imágenes por resonancia magnética)	\$50 de <u>copago</u> por cada examen	Sin cobertura	

Circunstancia médica común	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor dentro de la red (Usted pagará el mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará el máximo)	
<b>Si necesita un medicamento para tratar su enfermedad o condición médica.</b> Hay más información disponible sobre la <a href="#">cobertura de medicamentos con receta médica</a> en <a href="http://www.welcometouhc.com/uhcwest">www.welcometouhc.com/uhcwest</a>	Medicamentos genéricos	\$15 de <u>copago</u> por cada medicamento con receta en farmacia minorista \$30 de <u>copago</u> por cada medicamento con receta en farmacia de pedidos por correo	Sin cobertura	A los efectos de esta sección, <u>proveedor participante</u> significa farmacia. Farmacia minorista: Un suministro de hasta 31 días. Farmacia de pedidos por correo: Un suministro de hasta 90 días. Es posible que deba obtener ciertos medicamentos, incluso ciertos <u>medicamentos de especialidad</u> , de una farmacia designada por nosotros. Cuando corresponda: <u>Medicamentos de especialidad</u> en farmacia de pedidos por correo - Un suministro de hasta 31 días. Todos los límites se ajustan según el tamaño del paquete del fabricante del medicamento o los límites de suministro. Ciertos medicamentos preventivos (incluidos ciertos anticonceptivos) están cubiertos sin cargo. 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 indicado para obtener información sobre los medicamentos que cubre su plan.
	Medicamentos de marca preferidos	\$25 de <u>copago</u> por cada medicamento con receta en farmacia minorista \$50 de <u>copago</u> por cada medicamento con receta en farmacia de pedidos por correo	Sin cobertura	
	Medicamentos de marca no preferidos	\$45 de <u>copago</u> por cada medicamento con receta en farmacia minorista \$90 de <u>copago</u> por cada medicamento con receta en farmacia de pedidos por correo	Sin cobertura	
	<u>Medicamentos de especialidad</u>	No corresponde	Sin cobertura	
<b>Si le hacen una cirugía ambulatoria</b>	Tarifa del centro (p. ej., centro de cirugía ambulatoria)	\$100 de <u>copago</u> por cada admisión	Sin cobertura	Ninguna
	Tarifas del médico/cirujano	Sin cargo	Sin cobertura	
<b>Si necesita atención médica inmediata</b>	<u>Atención en la Sala de Emergencias</u>	\$100 de <u>copago</u> por cada visita	\$100 de <u>copago</u> por cada visita	No se cobra el <u>copago</u> si le admiten.
	<u>Transporte médico de emergencia</u>	\$50 de <u>copago</u> por cada viaje	\$50 de <u>copago</u> por cada viaje	Ninguna
	<u>Atención de urgencia</u>	\$20 de <u>copago</u> por cada visita	\$100 de <u>copago</u> por cada visita	Si recibe otros servicios, además de la <u>atención de urgencia</u> , se podrían aplicar <u>copagos</u> o <u>coseguros</u> adicionales.
<b>Si necesita hospitalización</b>	Tarifa del centro (p. ej., habitación del hospital)	\$250 de <u>copago</u> por cada admisión	Sin cobertura	Ninguna
	Tarifas del médico/cirujano	Sin cargo	Sin cobertura	
<b>Si necesita servicios de salud mental, salud conductual o de abuso de sustancias</b>	Servicios para pacientes ambulatorios	\$20 de <u>copago</u> por cada visita al consultorio y sin cargo por todos los demás servicios para pacientes ambulatorios	Sin cobertura	Servicios para el abuso de sustancias para pacientes hospitalizados o ambulatorios están cubiertos sin cargo.
	Servicios para pacientes hospitalizados	\$250 de <u>copago</u> por cada admisión	Sin cobertura	

Circunstancia médica común	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor dentro de la red (Usted pagará el mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará el máximo)	
<b>Si está embarazada</b>	Visitas al consultorio	Sin cargo	Sin cobertura	El <u>costo compartido</u> no se aplica a ciertos <u>servicios preventivos</u> . La atención prenatal de rutina y la primera visita después del parto están cubiertas sin cargo. Según el tipo de servicio, se podrían aplicar <u>copagos</u> o <u>coseguros</u> adicionales. La atención de maternidad podría incluir otros exámenes y servicios descritos en este Resumen de Beneficios y Cobertura (por ejemplo, ecografía).
	Servicios profesionales para el nacimiento y el parto	Sin cargo	Sin cobertura	
	Servicios hospitalarios para el nacimiento y el parto	\$250 de <u>copago</u> por cada admisión	Sin cobertura	
<b>Si necesita servicios de recuperación o tiene otras necesidades especiales de salud</b>	<u>Atención médica en el hogar</u>	\$10 de <u>copago</u> por cada visita	Sin cobertura	Se limita a 100 visitas por cada año calendario.
	<u>Servicios de rehabilitación</u>	\$20 de <u>copago</u> por cada visita	Sin cobertura	La cobertura se limita a fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla.
	<u>Servicios de habilitación</u>	\$20 de <u>copago</u> por cada visita	Sin cobertura	La cobertura se limita a fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla.
	<u>Atención de enfermería especializada</u>	\$200 de <u>copago</u> por cada admisión	Sin cobertura	Hasta 100 días por cada período de beneficios.
	<u>Equipo médico duradero</u>	\$50 de <u>copago</u> por cada artículo	Sin cobertura	Ninguna
	<u>Servicios en un programa de cuidados paliativos</u>	Sin cargo	Sin cobertura	Si es admitido como paciente hospitalizado, está sujeto a los <u>copagos</u> o el <u>coseguro</u> para pacientes hospitalizados.
<b>Si su hijo necesita servicios dentales o de la vista</b>	Examen de la vista para niños	\$20 de <u>copago</u> por cada visita	Sin cobertura	1 examen por cada año.
	Anteojos para niños	Sin cobertura	Sin cobertura	Ninguna
	Control dental para niños	Sin cobertura	Sin cobertura	Sin cobertura para controles dentales.

**Servicios excluidos y otros servicios cubiertos:**

**Servicios que su Plan, por lo general, NO cubre (consulte la póliza o documento del plan para obtener más información y una lista de otros servicios excluidos).**

- |  |   |  |
|--|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"><li>• Acupuntura</li><li>• Cuidado quiropráctico</li><li>• Cirugía estética</li><li>• Cuidado dental (adultos)</li></ul> | <ul style="list-style-type: none"><li>• Cuidado dental (niños)</li><li>• Tratamiento de la infertilidad</li><li>• Cuidado a largo plazo</li></ul> | <ul style="list-style-type: none"><li>• Cuidado que no es de emergencia mientras viaja fuera de los Estados Unidos</li><li>• Servicios de enfermería privada</li><li>• Cuidado de los pies de rutina</li></ul> |
|--|---|--|

**Otros servicios cubiertos (es posible que se apliquen limitaciones a estos servicios. Esta no es una lista completa. Consulte el documento del plan).**

- |   |   |  |
|---|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"><li>• Cirugía bariátrica</li><li>• Aparatos auditivos</li></ul> | <ul style="list-style-type: none"><li>• Cuidado de la vista de rutina (adultos)</li></ul> | <ul style="list-style-type: none"><li>• Programas de control de peso – Real Appeal</li></ul> |
|---|---|--|

**Su derecho a continuar con la cobertura:** Hay organismos que pueden ayudarlo si quiere mantener la cobertura después de que esta finalice. La información de contacto de esos organismos es: El Centro de Ayuda del Departamento de Cuidado de la Salud Administrado de California, 980 9th Street Suite #500, Sacramento, CA 95814-4275 al 1-888-466-2219 o [www.dmhc.ca.gov](http://www.dmhc.ca.gov), o la Administración de Seguridad de Beneficios del Empleado del Departamento de Trabajo de los Estados Unidos al 1-866-444-EBSA (3272) o <http://www.dol.gov/ebsa/healthreform>. Es posible que haya otras opciones de cobertura disponibles para usted, como contratar una cobertura de seguro individual a través del [Mercado de Seguros Médicos](#). Para obtener más información sobre el [Mercado](#), visite [www.cuidadodesalud.gov/es](http://www.cuidadodesalud.gov/es) o llame al 1-800-318-2596.

**Su derecho a presentar una queja o una apelación:** Hay organismos que pueden ayudarlo si tiene una queja contra su [plan](#) por la denegación de una [reclamación](#). Esta queja se denomina [queja formal](#) o [apelación](#). Para obtener más información sobre sus derechos, consulte la explicación de beneficios que recibirá por dicha [reclamación](#) médica. Los documentos de su [plan](#) también dan toda la información para presentar una [reclamación](#), una [apelación](#) o una [queja formal](#) por cualquier motivo a su [plan](#). Para obtener más información sobre sus derechos, sobre este aviso o si necesita ayuda, comuníquese con: su departamento de recursos humanos, y la Administración de Seguridad de Beneficios del Departamento de Trabajo al 1-866-444-EBSA (3272) o visite <http://www.dol.gov/ebsa/healthreform>.

Además, un programa de asistencia al consumidor puede ayudarle a presentar su [apelación](#). Comuníquese con el Centro de Ayuda del Departamento de Cuidado de la Salud Administrado de California, 980 9th Street Suite #500, Sacramento, CA 95814-4275 al 1-888-466-2219 o visite [www.dmhc.ca.gov](http://www.dmhc.ca.gov).

**¿Este plan proporciona cobertura esencial mínima? Sí**

La [cobertura esencial mínima](#) generalmente incluye [planes](#), [seguros médicos](#) disponibles a través del [Mercado](#) u otras pólizas de mercado individuales, Medicare, Medicaid, CHIP, TRICARE y otras coberturas específicas. Si usted es elegible para determinados tipos de [cobertura esencial mínima](#), tal vez no sea elegible para el [crédito fiscal para primas del plan](#).

**¿Cumple este plan el valor mínimo estándar? Sí**

Si su [plan](#) no cumple con el [valor mínimo estándar](#), es posible que cumpla con los requisitos para recibir un [crédito fiscal para primas del plan](#) que lo ayudará a pagar un [plan](#) en el [Mercado](#).

**Servicio de acceso a idiomas:**

Spanish (Español): Para obtener asistencia en español, llame al 1-800-624-8822.

Tagalog (Tagalog): Kung kailangan ninyo ang tulong sa Tagalog tumawag sa 1-800-624-8822.

Chinese (中文): 如果需要中文的帮助, 请拨打这个号码 1-800-624-8822.

Navajo (Dine): Dinek'ehgo shika at'ohwol ninisingo, kwijjigo holne' 1-800-624-8822.

**Para ver ejemplos de cómo este [plan](#) podría cubrir los costos de una situación médica de ejemplo, consulte la siguiente sección.**

**Declaración de revelación de la PRA:** De acuerdo con la Ley de Simplificación de Trámites Administrativos (Paperwork Reduction Act) de 1995, a ninguna persona se le requiere responder a una recopilación de información, a menos que esta muestre un número válido de control OMB. El número de control de OMB válido para la recopilación de esta información es **0938-1146**. Se calcula que llenar la recopilación de información lleva un promedio de **0.08** horas por respuesta, incluyendo el tiempo para revisar instrucciones, buscar recursos de datos existentes y reunir la información necesaria, además de revisar la información. Si tiene algún comentario relacionado con la precisión de los tiempos estimados o sugerencias para mejorar este formulario, escriba a: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.

## Acerca de estos ejemplos de cobertura:



**Esta no es una herramienta de cálculo de costos.** Los tratamientos que se muestran son solo ejemplos de cómo puede cubrir este [plan](#) la atención médica. Sus costos reales pueden variar según el tratamiento real que reciba, los precios que sus [proveedores](#) cobren y muchos otros factores. Fíjese en las cantidades de [costo compartido](#), [deductibles](#), [copagos](#), y [coseguros](#) y en los [servicios excluidos](#) por el [plan](#). Use esta información para comparar la parte de los costos que podría pagar con los distintos [planes](#) médicos. Tenga presente que estos ejemplos de cobertura se basan solo en una cobertura individual.

### Peg va a tener un bebé

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

■ El <a href="#">deductible</a> general del <a href="#">plan</a>	\$0
■ <a href="#">Especialistas copago</a>	\$20
■ Hospital (establecimiento) <a href="#">copago</a>	\$250
■ Otros <a href="#">coseguros</a>	0%

#### Este EJEMPLO de evento incluye servicios como:

Visitas al consultorio del [especialista](#) (atención prenatal)  
Servicios profesionales para el nacimiento y el parto  
Servicios hospitalarios para el nacimiento y el parto  
[Exámenes de diagnóstico](#) (ecografías y análisis de sangre)  
Consulta con un [especialista](#) (anestesia)

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

#### En este ejemplo, Peg pagaría:

Costos compartidos	
Deductibles	\$0
Copagos	\$300
Coseguro	\$0
<i>Lo que no está cubierto</i>	
Límites o exclusiones	\$60
<b>El total que Peg pagaría es</b>	<b>\$360</b>

### Control de la diabetes tipo 2 de Joe

(un año de atención de rutina dentro de la [red](#) de una condición bien controlada)

■ El <a href="#">deductible</a> general del <a href="#">plan</a>	\$0
■ <a href="#">Especialistas copago</a>	\$20
■ Hospital (establecimiento) <a href="#">copago</a>	\$250
■ Otros <a href="#">coseguros</a>	0%

#### Este EJEMPLO de evento incluye servicios como:

Visitas en el consultorio del [médico de atención primaria](#) (incluye la educación sobre enfermedades)  
[Exámenes de diagnóstico](#) (análisis de sangre)  
Medicamentos con receta médica  
[Equipo médico duradero](#) (glucómetro)

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

#### En este ejemplo, Joe pagaría:

Costos compartidos	
Deductibles	\$0
Copagos	\$900
Coseguro	\$0
<i>Lo que no está cubierto</i>	
Límites o exclusiones	\$0
<b>El total que Joe pagaría es</b>	<b>\$900</b>

### Fractura simple de Mía

(visita a la [Sala de Emergencias](#) dentro de la [red](#) y atención de seguimiento)

■ El <a href="#">deductible</a> general del <a href="#">plan</a>	\$0
■ <a href="#">Especialistas copago</a>	\$20
■ Hospital (establecimiento) <a href="#">copago</a>	\$250
■ Otros <a href="#">coseguros</a>	0%

#### Este EJEMPLO de evento incluye servicios como:

[Atención en la Sala de Emergencias](#) (incluye suministros médicos)  
[Exámenes de diagnóstico](#) (radiografías)  
[Equipo médico duradero](#) (muletas)  
[Servicios de rehabilitación](#) (fisioterapia)

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

#### En este ejemplo, Mía pagaría:

Costos compartidos	
Deductibles	\$0
Copagos	\$400
Coseguro	\$0
<i>Lo que no está cubierto</i>	
Límites o exclusiones	\$0
<b>El total que Mía pagaría es</b>	<b>\$400</b>

Nota: Estos números presuponen que el paciente no participa en el programa de bienestar del [plan](#). Los costos podrían reducirse si participa en el programa de bienestar del [plan](#). Para obtener más información sobre el programa de bienestar, llame al: 1-800-624-8822.

EICA25MP0274926\_000  
04/2025

No tratamos a los miembros de manera diferente por motivos de sexo, edad, raza, color, discapacidad ni origen nacional.

Si piensa que ha sido tratado injustamente debido a una cuestión de su sexo, edad, raza, color, origen nacional o discapacidad, puede enviar una queja al Coordinador de Derechos Civiles.

**Por Internet:** [UHC\\_Civil\\_Rights@uhc.com](mailto:UHC_Civil_Rights@uhc.com)

**Por Correo:** Civil Rights Coordinator. UnitedHealthcare Civil Rights Grievance. P.O. Box 30608 Salt Lake City, UTAH 84130

Debe enviar la queja en un plazo no mayor de 60 días de haberse dado cuenta de lo ocurrido. Recibirá la decisión en un plazo no mayor de 30 días. Si no está de acuerdo con la decisión, tendrá 15 días para solicitar que la revisemos nuevamente.

Si necesita ayuda para presentar su queja, llame al número gratuito que se encuentra en este Resumen de Beneficios y Cobertura (SBC), TTY 711, de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m.

También puede presentar una queja ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos.

**Por Internet:** <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>

Los formularios para quejas están disponibles en <https://www.hhs.gov/civil-rights/filing-a-complaint/complaint-process/index.html>.

**Por Teléfono:** Número gratuito 1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD)

**Por Correo:** U.S. Dept. of Health and Human Services. 200 Independence Avenue, SW Room 509F, HHH Building Washington, D.C. 20201

Ofrecemos servicios gratuitos para ayudarle a que se comunique con nosotros. Por ejemplo, cartas en otros idiomas o en letra grande. O bien, usted puede pedir un intérprete. Para solicitar ayuda, llame al número que se encuentra en este Resumen de Beneficios y Cobertura (SBC), TTY 711, de lunes a viernes, de 8 a.m. a 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 LUÚ 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 điều khoản 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 متوافرة لك. يُرجى الاتصال برقم الهاتف المجاني المدرج بداخل ملخص 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)**, 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 تماس بگیرید. (Summary of Benefits and Coverage, SBC)

द्यान 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 Ntawv Nthuav Qhia Cov Txiaj Ntsim Zoo thiab Kev Kam Them Nqi (Summary of Benefits and Coverage, SBC) no.

ចំណាប់អាមូលុយ: បើសិនអ្នកនិយាយភាសាខ្មែរ (Khmer) សិរីជំនួយភាសាដោយតែគឺតិចឡើង គឺមានសំរាប់អ្នក។ សូមទូរសព្ទទៅលើខត់ពេញឡើង ដើម្បីមានកត់នៅក្នុង សេចក្តីសង្គមភ្លូបយោជន៍និងការរំបែងចែង (Summary of Benefits and Coverage, SBC) នេះ។

PAKDAAR: Nu saritaem ti **Ilocano (Ilocano)**, ti serbisyo para ti baddang ti lengguahé 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 yáñilti'go, saad bee áka'anída'awo'ígíí, t'áá jíík'eh, bee ná'ahóót'i'. T'áá shqodí Naaltsoos Bee 'Aa'áhayání dóó Bee 'Ak'éasti' 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).

## Aviso sobre Antidiscriminación y Acceso a Servicios de Comunicación

UnitedHealthcare no excluye, deniega beneficios cubiertos para el cuidado de la salud ni discrimina de otra manera a ningún miembro por motivos de raza, color, origen nacional, ascendencia, religión, sexo, estado civil, género, identidad de género, orientación sexual, edad o discapacidad al participar en cualquiera de sus planes de salud o recibir servicios cubiertos para el cuidado de la salud bajo dichos planes, tanto si son prestados por UnitedHealthcare directamente o a través de un grupo médico de la red o cualquier otra entidad a la que UnitedHealthcare le solicite que preste servicios cubiertos para el cuidado de la salud bajo cualquiera de sus planes de salud.

Hay servicios gratuitos disponibles para ayudarle a que se comunique con nosotros. Por ejemplo, cartas en otros idiomas o en otros formatos, como letra grande. O bien, usted puede pedir un intérprete sin cargo para usted. Para solicitar ayuda, llame al número gratuito que se encuentra en su tarjeta de ID del plan de salud.

Si piensa que no ha sido tratado justamente debido a una cuestión de su sexo, edad, raza, color, origen nacional o discapacidad, puede enviar una queja a:

**Por Internet:** [UHC\\_Civil\\_Rights@uhc.com](mailto:UHC_Civil_Rights@uhc.com)

**Por Correo:** Civil Rights Coordinator  
UnitedHealthcare Civil Rights Grievance  
P.O. Box 30608 Salt Lake City, UTAH 84130

Debe enviar la queja en un plazo no mayor de 60 días de haberse dado cuenta de lo ocurrido. Usted recibirá la decisión en un plazo no mayor de 30 días. Si no está de acuerdo con la decisión, tendrá 15 días para solicitar que la revisemos nuevamente. Si necesita ayuda para presentar su queja, llame al número de teléfono gratuito que se encuentra en su tarjeta de ID del plan de salud, de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m.

También puede presentar una queja ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos.

**Por Internet:** <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>

Los formularios para quejas están disponibles en <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

**Por Teléfono:** Número gratuito 1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD)

**Por Correo:** U.S. Dept. of Health and Human Services

200 Independence Avenue, SW Room 509F, HHH Building  
Washington, D.C. 20201

## English **IMPORTANT LANGUAGE INFORMATION:**

## IMPORTANT LANGUAGE INFORMATION

You may be entitled to the rights and services below. You can get an interpreter or translation services at no charge. Written information may also be available in some languages at no charge. To get help in your language, please call your health plan at: UnitedHealthcare of California 1-800-624-8822 / TTY: 711. If you need more help, call HMO Help Line at 1-888-466-2219.

## Spanish

# INFORMACIÓN IMPORTANTE SOBRE IDIOMAS:

## Spanish

# INFORMACIÓN IMPORTANTE SOBRE IDIOMAS:

Es probable que usted disponga de los derechos y servicios a continuación. Puede pedir un intérprete o servicios de traducción sin cargo. Es posible que tenga disponible documentación impresa en algunos idiomas sin cargo. Para recibir ayuda en su idioma, llame a su plan de salud de UnitedHealthcare of California al 1-800-624-8822 / TTY: 711. Si necesita más ayuda, llame a la línea de ayuda de la HMO al 1-888-466-2219.

Chinese

Chinese

**重要語言資訊：**您可能有資格享有下列權利並取得下列服務。您可以免費獲取口譯員或翻譯服務。部分語言亦備有免費書面資訊。如需取得您語言的協助，請撥打下列電話與您的健保計畫聯絡：UnitedHealthcare of California 1-800-624-8822 / 聽力語言殘障服務專線 (TTY)：711。若您需要更多協助，請撥打 HMO 協助專線 1-888-466-2219。

Arabic

Arabic

معلومات مهمة عن اللغة:  
ربما تكون مؤهلاً للحصول على الحقوق والخدمات أدناه. فيمكنك الحصول على مترجم فوري أو خدمات الترجمة بدون رسوم، وربما تتوفر أيضاً المعلومات المكتوبة بعدة لغات بدون رسوم. وللحصول على مساعدة بمعنك، يرجى الاتصال بخطلك الصحبي على: 1-800-624-8822 / TTY: 711 على الرقم UnitedHealthcare of California لـ HMO على الرقم 1-888-466-2219 لـ المساعدة التابع للاتصال بخط.

Armenian

Armenian

**ԿԱՐԵՎՈՐ ԼԵԶՎԱԿԱՆ ՏԵՂԵԿՈՒԹՅՈՒՆ**

Հայկանական է, որ Ձեզ հասանելի լինեն հետևյալ իրավունքներն ու ծառայությունները:  
Կարող եք ստանալ բանավոր թարգմանչան կամ թարգմանության անվճար ծառայություններ  
Հնարապետ է, որ մի շաբթ լեզուներով նաև առկա լինի անվճար գրավոր տեղեկություն: Ձեր  
լեզվով օգնություն ստանալու համար խնդրում ենք զանգահարել Ձեր առողջապահական  
ծրագիր՝ **UnitedHealthcare of California 1-800-624-8822 / ԴԵ 71 համարով: Համեյալ**  
օգնության կարիքի դեպքում, զանգահարեք **HMO-ի Օգնության հեռախոսազիծ  
1-888-466-2219 հեռախոսով:**

Cambodian  
កម្ពុជានៃសង្គម

Cambodian  
កម្ពុជានៃសង្គម

## **Farsi**

اطلاعات مهم در مورد زبان: می توانید خدمات مترجم شفاهی یا ترجمه را بدون پرداخت هزینه را برای حقوق و خدمات زیر وارد شرایط پاشید. می توانید اطلاعات کتبی ممکن است بدون پرداخت هزینه را برخی زبان ها موجود باشد. برای دریافت کمک و راهنمایی به زبان خودتان، لطفاً با برنامه درمانی UnitedHealthcare of California 1-800-624-8822/TTY: 711 به شماره HMO 1-888-466-2219 به شماره HMO به راهنمایی بپرسی و راهنمایی بگیرید. آگر به کمک و راهنمایی بیشتری نیاز دارید، با خط دریافت کمک و راهنمایی به شماره 1-888-466-2219 به شماره HMO به شماره HMO به راهنمایی بگیرید.

## **Hindi**

**भाषा-संबंधी महत्वपूर्ण जानकारी:**  
आप निम्नलिखित आधिकारों और सेवाओं के हकदार हो सकते हैं। आपको मुफ्त में दुआषिया या अनुवाद सेवाएँ उपलब्ध कराई जा सकती हैं। कुछ भाषाओं में लिखित जानकारी भी आपको मुफ्त में उपलब्ध कराई जा सकती है। अपनी भाषा में सहायता प्राप्त करने के लिए, कृपया अपने स्वास्थ्य प्लान को यहाँ कोड करें: UnitedHealthcare of California 1-800-624-8822 / TTY: 711। परा अतिरिक्त सहायता की आवश्यकता पड़ने पर, HMO Help Line को 1-888-466-2219 पर कॉल करें।

## **Hmong**

### **COV NTAUB NTAUW LUS TSEEM CEEB:**

Tej zaum koj yuav muaj cai rau cov cai pab cuam hauv qab no. Koj tuaj yeem tau txais ib tug kws txais lus los sis txais ntauw pub dawb. Cov ntaub ntauw sau no muaj sau ua qee yam ntaub ntauw pub dawb rau sawd daws. Yuav tau txais kev cov ntaub ntauw sau ua koj lus, thov hu rau qhov chaw npaj kho mob rau ntawm: UnitedHealthcare of California 1-800-624-8822 / TTY: 711. Yog koj xav tau kev pab ntxiv, hu rau HMO Help Line ntawm tus xov tooj 1-888-466-2219.

## **Japanese**

**言語支援サービスについての重要なお知らせ:**  
お客様には、以下権利があり、必要なサービスをご利用いただける可能性があります。お客様は、通訳または翻訳のサービスを無料でご利用いただけます。言語によっては、文書化された情報をお利用できる場合もあります。ご希望の言語による援助をご希望の方は、お客様の医療保険プランにご連絡ください。UnitedHealthcare of California 1-800-624-8822 / TTY: 711。この他のサポートが必要な場合には、HMO Help Line (= 1-888-466-2219)にてお問い合わせください。

## **Korean**

### **중요 언어 정보:**

귀하는 아래와 같은 권리 및 서비스를 누리실 수 있습니다. 귀하는 통역 혹은 번역 서비스를 비용 부담없이 이용하실 수 있습니다. 일부 언어의 경우 서면 번역 서비스 또한 비용 부담없이 제공될 수도 있습니다. 귀하의 언어 지원 서비스가 필요하시면 귀하의 건강보험에 다음 전화번호로 문의하십시오. UnitedHealthcare of California 1-800-624-8822 / TTY: 711. 더 많은 도움이 필요하신 분은 HMO 헬프 라인(안내번호: 1-888-466-2219)으로 문의하십시오.

**Punjabi**  
**ਮਹੱਤਵਪੂਰਨ ਭਾਸ਼ਾ ਦੀ ਜਾਣਕਾਰੀ:**

ਤੁਸੀਂ ਹੇਠਾਂ ਦਿੱਤੇ ਅਧਿਕਾਰ ਅਤੇ ਸੇਵਾਵਾਂ ਦੇ ਹੱਕਦਾਰ ਦੇ ਸਕਦੇ ਹੋ। ਤੁਸੀਂ ਬਿਨਾ ਕਿਸੇ ਲਗਤ 'ਤੇ ਦੁਭਾਸੀਆ ਜਾਂ ਅਨੁਵਾਦ ਸੇਵਾਵਾਂ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ। ਲਿਖਤੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਕੁਝ ਭਾਸ਼ਾਵਾਂ ਵਿਚ ਬਿਨਾ ਕਿਸੇ ਘਰਚੇ ਦੇ ਮਿਲ ਸਕਦੀ ਹੈ। ਆਪਣੀ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿਚ ਸਹਾਇਤਾ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰਨ ਲਈ, ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਆਪਣੀ ਸਿਹਤ ਯੋਜਨਾ ਨੂੰ ਦਿੱਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ: UnitedHealthcare of California 1-800-624-8822 / ਟਾਈ: 711। ਜੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਹੋਰ ਮਹਦੂਦ ਚਾਹੀਦੀ ਹੈ, ਤਾਂ HMO ਹੈਲਪ ਲਾਈਨ 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ 1-888-466-2219।

**Russian**  
**ВАЖНАЯ ЯЗЫКОВАЯ ИНФОРМАЦИЯ:**

Вам могут полагаться следующие права и услуги. Вы можете получить бесплатную помощь устного переводчика или письменный перевод. Письменная информация может быть также доступна на ряде языков бесплатно. Чтобы получить помощь на вашем языке, пожалуйста, позвоните по номеру вашего плана: UnitedHealthcare of California 1-800-624-8822 / Телефон: 711. Если вам все еще требуется помочь, позвоните в службу поддержки HMO по телефону 1-888-466-2219.

**Tagalog**  
**MAHALAGANG IMPORMASYON SA WIKA:**

Maaring kwalipikado ka sa mga karapatan at serbisyo sa ibaba. Maaari kang kumuha ng interpreter o mga serbisyo sa pag-sasalin nang walang bayad. Maaring may available ding libreng nakasulat na impormasyon sa ilang wika. Upang makatanggap ng tulong sa iyong wika, mangyaring tumawag sa iyong planong pangkalusugan sa: UnitedHealthcare of California 1-800-624-8822 / Телефон: 711. Kung kailangan mo ng higit pang tulong, tumawag sa HMO Help Line sa 1-888-466-2219.

**Thai**

**ข้อความสำคัญเกี่ยวกับภาษา :**  
คุณอาจมีสิทธิได้รับบริการด้าน ๆ ด้านล่างนี้ ตามสามารถขอคำแปลภาษาหรือบริการแปลภาษาได้โดยไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายและต้องยังได้ นอกเหนือไป บังคับกฎหมายแลกเปลี่ยนภาษาของคุณ โปรดทราบว่าเดียว ไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายและต้องยังได้ หากต้องการขอความช่วยเหลือเป็นภาษาของคุณ โปรดโทรศัพท์ถึงแผนสุขภาพของคุณที่ : UnitedHealthcare of California 1-800-624-8822 / สำหรับผู้มีความ唔พ้องทางการ ฟัง : 711 หากต้องการความช่วยเหลือเพิ่มเติม โปรดโทรสัมภึ้นโดยเดียว กับ HMO ที่น้ำยาทรัพย์ 1-888-466-2219.

**Vietnamese**  
**THÔNG TIN QUAN TRỌNG VỀ NGÔN NGỮ:**

Quý vị có thể được hưởng các quyền và dịch vụ dưới đây. Quý vị có thể yêu cầu được cung cấp một thông dịch viên hoặc các dịch vụ dịch thuật miễn phí. Thông tin bằng văn bản cũng có thể sẵn có ở một số ngôn ngữ miễn phí. Để nhận trợ giúp bằng ngôn ngữ của quý vị, vui lòng gọi cho chương trình bảo hiểm y tế của quý vị tại: UnitedHealthcare of California 1-800-624-8822 / TTĐ: 711. Nếu quý vị cần trợ giúp thêm, xin gọi Đương dây hỗ trợ HMO theo số 1-888-466-2219.

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 ở mặt sau thẻ hội viên của quý vị.

알림 : **한국어(Korean)**를 사용하시는 경우 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 구하의 신분증 카드에 기재된 무료 회원 전화번호로 문의 하십시오.

PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng **Tagalog** (Tagalog), may makukuha kang mga libreng serbisyo ng tulong sa wika. Pakitawagan ang toll-free na numero ng telepono na nasa iyong identification card.

ВНИМАНИЕ: бесплатные услуги перевода доступны для людей, чей родной язык является **русским** (Russian). Позвоните по бесплатному номеру телефона, указанному на вашей идентификационной карте.

تذکیره: إذا كنت تتحدث **العربية** (Arabic)، فإن خدمات المساعدة المبنية على رقم الاتصال على رقم رقم الهاتف.

الموجود على معرف العصوبية الخاص بك.

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。健康保険証に記載されているフリーダイヤルにお電話ください。

توجه: اگر زبان فارسی (Farsi) است، خدمات امداد زبانی به طور رایگان در اختیار شما می باشد. لطفاً با شماره تلفن رایگان که روی کارت شناسابی شما قید شده تماس بگیرید.

देखान दें: यदि आप **हिंदी** (Hindi) बोलते हैं, आपको भाषा सहायता सेवाएँ, जिशुल्क उपलब्ध हैं। कृपया अपने पहचान पत्र पर सूचीबद्ध टोल-फ्री फोन 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 deb dawb uas teev muaj nyob rau ntawm koj daim yuaj cim qhia tus kheej.

ចំណាំរៀបចំខ្មែរ: ប៊ែនីន្ទែកសិមាយភាសាជាមី (Khmer) សំណើនូយភាសាអេយតែតិចឡើង តិចនៅសង់ម្ខោគ។ សូមអនុសំពួលដែលត្រួតពិនិត្យ ដែលមាននៅលើអ្នកសញ្ញាណប័ណ្ណរបស់អ្នក។

ՈՒԾԱՐՄՈՒԹՅՈՒՆ՝ Եթե հայերն (Armenian) եք խստում, Ձեզ հասանելի են անվճար լեզվական օգնության ծառայություններ: Խնդրում ենք զանգահարել Ձեզ Ճամադղուկան քարտի վրա նշված անվճար հեռախոսահամարը:

ਮਿਆਨ ਵਿਚਿ: ਜੇ ਤੁਸੀਂ **ਪੰਜਾਬੀ** (Punjabi) ਬੋਲਦੇ ਹੋ, ਤਾਜਾ ਸਹਾਇਤਾ ਸੇਵਾਵਾਂ, ਮੁੜਤ, ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਉਪਲਬਧ ਹਨ। ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਆਪਣੇ ਪੜਾਈ ਪੱਤਰ ਤੇ ਸੂਚੀਬੱਧ ਟੋਲ-ਫ੍ਰੀ ਫੋਨ ਨੰਬਰ ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ।

โปรดทราบ : หากคุณพูดภาษาไทย (Thai) มีบริการความช่วยเหลือด้านภาษาให้แก่คุณฟรี โปรดตรวจสอบว่าภาษาและโทรศัพท์อยู่บนบัตรประจำตัวของคุณ