



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 compartirían 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 Join.Surest.com, la aplicación móvil Surest, o llame a Servicios para Miembros de Surest al 1-866-683-6440. Para ver las definiciones de términos frecuentes, como cantidad permitida, facturación de saldo, coseguro, copago, deducible, proveedor u otros términos subrayados, consulte el glosario. Puede consultar el glosario en www.healthcare.gov/sbc-glossary/ o llamar al 1-866-487-2365 para pedir una copia.

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué es importante
¿Cuánto es el <u>deducible</u> total?	\$0	Consulte el cuadro de Circunstancias médicas comunes que se encuentra a continuación para obtener los costos de los servicios cubiertos por este <u>plan</u> .
¿Hay servicios cubiertos antes de alcanzar su <u>deducible</u> ?	Sí. Este <u>plan</u> cubre algunos artículos y servicios aun si no ha alcanzado el monto del <u>deducible</u> . Sin embargo, se pueden aplicar un <u>copago</u> o <u>coseguro</u> .	Este <u>plan</u> cubre algunos artículos y servicios aun si no ha alcanzado el monto del <u>deducible</u> . Sin embargo, se pueden aplicar un <u>copago</u> o <u>coseguro</u> . Por ejemplo, este <u>plan</u> cubre ciertos <u>servicios preventivos</u> sin <u>costos compartidos</u> y antes de que alcance su <u>deducible</u> . Para obtener una lista de los <u>servicios preventivos</u> cubiertos, visite www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/ .
¿Existen otros <u>deducibles</u> para servicios específicos?	No	Usted no tiene que pagar <u>deducibles</u> para servicios específicos.
¿Cuánto es el <u>límite de gastos de bolsillo</u> para este <u>plan</u> ?	Para <u>proveedores dentro de la red</u> : individual \$3,000 / familiar \$6,000 Para <u>proveedores fuera de la red</u> : individual \$6,000 / familiar \$12,000	El <u>límite de gastos de bolsillo</u> es la cantidad máxima que usted pagará por los servicios cubiertos en un año. Si otros miembros de la familia están incluidos en este <u>plan</u> , deben alcanzar sus propios <u>límites de gastos de bolsillo</u> hasta alcanzar el <u>límite de gastos de bolsillo</u> familiar general.
¿Qué no está incluido en el <u>límite de gastos de bolsillo</u> ?	<u>Primas</u> , cargos de <u>facturación de saldo</u> y atención médica que este <u>plan</u> no cubre.	Si bien usted paga dichos gastos, estos no se tendrán en cuenta para el <u>límite de gastos de bolsillo</u> .
¿Pagará menos si usa un <u>proveedor dentro de la red</u> ?	Sí. Visite Join.Surest.com , o llame al 1-866-683-6440 para obtener una lista de los <u>proveedores dentro de la red</u> .	Este <u>plan</u> usa una red de <u>proveedores</u> . Pagará menos si usa un <u>proveedor</u> incluido en la <u>red de plan</u> . Pagará el monto máximo si usa un <u>proveedor fuera de la red</u> , y es posible que el <u>proveedor</u> le facture la diferencia entre el cargo del <u>proveedor</u> y lo que paga el <u>plan</u> (<u>facturación de saldo</u>). Tenga en cuenta que el <u>proveedor dentro de la red</u> podría usar un <u>proveedor fuera de la red</u> para algunos servicios (como análisis de laboratorio). Consulte a su <u>proveedor</u> antes de recibir los servicios.
¿Necesita una <u>derivación</u> para atenderse con un <u>especialista</u> ?	No	Usted puede visitar cualquier <u>especialista</u> sin necesidad de una <u>derivación</u> .



Todos los costos de copagos y del coseguro que se muestran en este cuadro se aplican después de alcanzar el deducible, si se aplica un deducible.

Circunstancia médica común	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante*
		In-Network Provider (You will pay the least)	Out-of-Network Provider (You will pay the most)	
Si acude al consultorio o clínica del proveedor	Consulta con su médico de atención primaria para tratar una afección o lesión	\$20 - \$125 de <u>copago</u> /visita	\$250 de <u>copago</u> /visita	Ciertos procedimientos realizados en el consultorio pueden tener un <u>copago</u> más elevado por la visita al consultorio. Los <u>copagos</u> se detallan en un rango. A los <u>proveedores</u> se les asignan <u>copagos</u> dentro del rango según los resultados del tratamiento y la información de costos que identifica a los <u>proveedores dentro de la red</u> que brindan atención asequible. *El costo compartido se aplica a cualquier otro servicio de telesalud según el tipo de <u>proveedor</u> . Si recibe servicios además de la visita al consultorio, pueden aplicarse <u>copagos</u> adicionales.
	Consulta con un <u>especialista</u>	\$20 - \$125 de <u>copago</u> /visita	\$250 de <u>copago</u> /visita	
	<u>Atención preventiva/ evaluación/vacunas</u>	Sin cargo	\$190 de <u>copago</u> /visita	Es posible que tenga que pagar servicios que no son preventivos. Pregunte al <u>proveedor</u> si los servicios que necesita son preventivos. Luego verifique qué pagará el <u>plan</u> .
Si se realiza un examen	Prueba de diagnóstico de rutina (por ejemplo, radiografías, análisis de sangre) Prueba de diagnóstico no rutinaria (p. ej., estudio del sueño, pruebas genéticas)	Prueba de diagnóstico de rutina: Sin cargo Prueba de diagnóstico que no son de rutina: \$20 - \$1,400 de <u>copago</u> /visita	Prueba de diagnóstico de rutina: Sin cargo Prueba de diagnóstico que no son de rutina: Hasta \$2,800 de <u>copago</u> /visita	Los copagos se detallan en un rango. A los proveedores se les asignan copagos dentro del rango según los resultados del tratamiento y la información de costos que identifica a los proveedores dentro de la red que brindan atención asequible. Se requiere autorización previa para ciertos pruebas no rutinarias o es posible que no se brinde cobertura.
	Diagnóstico por imágenes (tomografía computarizada/tomografía por emisión de positrones, imágenes por resonancia magnética)	\$125 - \$900 de <u>copago</u> /visita	Hasta \$1,800 de <u>copago</u> /visita	Los <u>copagos</u> se detallan en un rango. A los <u>proveedores</u> se les asignan <u>copagos</u> dentro del rango según los resultados del tratamiento y la información de costos que identifica a los <u>proveedores dentro de la red</u> que brindan atención asequible. Se requiere <u>autorización previa</u> para ciertos exámenes de diagnóstico por imágenes o es posible que no se brinde cobertura.

*Para obtener más información sobre limitaciones y excepciones, consulte el documento del plan o de la póliza en Join.Surest.com.

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)	
<p>Si necesita un medicamento para tratar su enfermedad o afección médica</p> <p>Más información sobre la cobertura de medicamentos recetados está disponible en www.optumrx.com.</p>	Preventivo/Mantenimiento	Suministro 1-30 días \$5 de <u>copago</u>	Suministro 1-30 días \$10 de <u>copago</u>	<p>Ciertos medicamentos genéricos están disponibles sin cargo, incluidos los anticonceptivos genéricos recetados y los medicamentos para dejar de fumar.</p> <p>Para obtener más información sobre los niveles de medicamentos y sobre los <u>copagos</u> de medicamentos específicos, visite el sitio web www.optumrx.com.</p> <p>Se requiere <u>autorización previa</u> para ciertos medicamentos o es posible que no se brinde cobertura.</p> <p>Todos los reclamos en papel (dentro y fuera de la red) se reembolsarán en el tarifa contratada menos copago.</p> <p>Los <u>medicamentos de especialidad</u> no tienen cobertura en un suministro para 90 días.</p> <p>Se requiere <u>autorización previa</u> para ciertos <u>medicamentos de especialidad</u> o es posible que no se brinde cobertura.</p>
		Suministro 31- 60 días \$10 de <u>copago</u>	Suministro 31- 60 días \$20 de <u>copago</u>	
		Suministro 61- 90 días \$15 de <u>copago</u>	Suministro 61- 90 días \$30 de <u>copago</u>	
	Medicamentos del Nivel 1	Suministro de 30 días \$20 de <u>copago</u>	Suministro de 30 días \$40 de <u>copago</u>	
		Suministro de 90 días \$50 de <u>copago</u>	Suministro de 90 días \$100 de <u>copago</u>	
	Medicamentos del Nivel 2	30 Suministro de 30 días \$60 de <u>copago</u>	Suministro de 30 días \$120 de <u>copago</u>	
		Suministro de 90 días \$150 de <u>copago</u>	Suministro de 90 días \$300 de <u>copago</u>	
Medicamentos del Nivel 3	Suministro de 30 días \$120 de <u>copago</u>	Suministro de 30 días \$240 de <u>copago</u>		
	Suministro de 90 días \$300 de <u>copago</u>	Suministro de 90 días \$600 de <u>copago</u>		
<u>Medicamentos de especialidad</u>	30 Días Nivel 1: \$330 de <u>copago</u> Nivel 2: \$370 de <u>copago</u> Nivel 3: \$400 de <u>copago</u>	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)	
Si le hacen una cirugía ambulatoria	Tarifa del centro (p. ej., centro de cirugía ambulatoria)	\$50 - \$3,000 de <u>copago</u> /visita	Hasta \$6,000 de <u>copago</u> /visita	Los <u>copagos</u> se detallan en un rango. A los <u>proveedores</u> se les asignan copagos dentro del rango según los resultados del tratamiento y la información de costos que identifica a los <u>proveedores dentro de la red</u> que brindan atención asequible. Se requiere <u>autorización previa</u> para ciertas cirugías ambulatorias o es posible que no se brinde cobertura.
	Tarifas del médico/cirujano	Sin cargo	Sin cargo	
Si necesita atención médica inmediata	<u>Atención en la Sala de Emergencias</u>	\$750 de <u>copago</u> /visita	\$750 de <u>copago</u> /visita	No se aplica el <u>copago</u> si lo ingresan al centro en un plazo de 24 horas. El <u>copago</u> por visita a la <u>sala de emergencias</u> fuera de la red se aplica al <u>límite de gastos de bolsillo</u> dentro de la red.
	<u>Transporte médico de emergencia</u>	\$350 de <u>copago</u> /transporte	\$350 de <u>copago</u> /transporte	Se requiere <u>autorización previa</u> para el <u>transporte médico que no sea de emergencia</u> o es posible que no se brinde cobertura. El <u>copago</u> por transporte médico de emergencias fuera de la red se aplica al <u>límite de gastos de bolsillo</u> dentro de la red.
	<u>Atención de urgencia</u>	\$80 de <u>copago</u> /visita	\$160 de <u>copago</u> /visita	Ninguna
Si necesita hospitalización	Tarifa del centro (p. ej., habitación del hospital)	\$300 - \$3,000 de <u>copago</u> /estadía	Hasta \$6,000 de <u>copago</u> /estadía	Los <u>copagos</u> se detallan en un rango. A los <u>proveedores</u> se les asignan copagos dentro del rango según los resultados del tratamiento y la información de costos que identifica a los <u>proveedores dentro de la red</u> que brindan atención asequible. Se requiere <u>autorización previa</u> para las admisiones en centros que no sean de emergencia y las cirugías para pacientes hospitalizados, o es posible que no se brinde cobertura.
	Tarifas del médico/cirujano	Sin cargo	Sin cargo	

*Para obtener más información sobre limitaciones y excepciones, consulte el documento del plan o de la póliza en Join.Surest.com.

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 necesita servicios de salud mental, salud conductual o de abuso de sustancias	Servicios para pacientes ambulatorios	Hogar/consultorio: \$20 de <u>copago</u> /visita Centro para pacientes ambulatorios: \$ 150 de <u>copago</u> /visita	Hogar/consultorio: \$190 de <u>copago</u> /visita Centro para pacientes ambulatorios: \$ 300 de <u>copago</u> /visita	Ciertos procedimientos/servicios en el entorno ambulatorio pueden tener un <u>copago</u> más bajo. Se requiere <u>autorización previa</u> para ciertos servicios para pacientes ambulatorios o es posible que no se brinde cobertura.
	Servicios para pacientes hospitalizados	\$2,000 de <u>copago</u> /estadía	\$4,000 de <u>copago</u> /estadía	Ciertos procedimientos/servicios en el entorno de hospitalización pueden tener un <u>copago</u> más bajo. Se requiere <u>autorización previa</u> para ciertos servicios para pacientes hospitalizados o es posible que no se brinde cobertura.
Si está embarazada	Visitas al consultorio	Sin cargo	\$190 de <u>copago</u> /visita	El <u>costo compartido</u> no se aplica a los <u>servicios preventivos</u> con <u>proveedores dentro de la red</u> . Según el tipo de servicio, se puede aplicar un <u>copago</u> .
	Servicios profesionales para el nacimiento y el parto	Sin cargo	Sin cargo	Un <u>copago</u> para todos los servicios cubiertos relacionados con el nacimiento y el parto, incluido el recién nacido, a menos que este reciba el alta después que la madre.
	Servicios hospitalarios para el nacimiento y el parto	\$900 - \$2,000 de <u>copago</u> /estadía	\$4,000 de <u>copago</u> /estadía	Los <u>copagos</u> se detallan en un rango. A los <u>proveedores</u> se les asignan <u>copagos</u> dentro del rango según los resultados del tratamiento y la información de costos que identifica a los <u>proveedores dentro de la red</u> que brindan atención asequible. Se requiere <u>autorización previa</u> para las estadías en el hospital que superen las 48 horas después de un parto vaginal normal o 96 horas después de un parto por cesárea, o es posible que no se brinde 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)	
Si necesita servicios de recuperación o tiene otras necesidades especiales de salud	<u>Atención médica en el hogar</u>	\$70 de <u>copago</u> /visita	\$140 de <u>copago</u> /visita	Límite de 120 visitas: combinación de <u>proveedores dentro de la red</u> y <u>proveedores fuera de la red</u> por persona por año del plan. Se requiere <u>autorización previa</u> para ciertos servicios de <u>atención médica en el hogar</u> o es posible que no se brinde cobertura.
	<u>Servicios de rehabilitación</u>	\$15 - \$120 de <u>copago</u> /visita	Hasta \$250 de <u>copago</u> /visita	Límite de 30 visitas para terapia ocupacional Límite de 30 visitas para fisioterapia Límite de 30 visitas para terapia del habla Los límites de visita son una combinación de <u>proveedores dentro de la red</u> y <u>proveedores fuera de la red</u> por persona por año del plan.
	<u>Servicios de habilitación</u>	\$15 - \$120 de <u>copago</u> /visita	Hasta \$250 de <u>copago</u> /visita	Los <u>copagos</u> se detallan en un rango. A los <u>proveedores</u> se les asignan <u>copagos</u> dentro del rango según los resultados del tratamiento y la información de costos que identifica a los <u>proveedores dentro de la red</u> que brindan atención asequible.
	<u>Atención de enfermería especializada</u>	\$2,000 de <u>copago</u> /estadía	\$4,000 de <u>copago</u> /estadía	Límite de 120 días por persona por año del plan. Se requiere <u>autorización previa</u> o es posible que no se brinde cobertura.
	<u>Equipo médico duradero</u>	\$0 - \$1,000 de <u>copago</u> /equipo según el nivel del <u>DME</u>	Hasta \$2,000 de <u>copago</u> /equipo según el nivel del <u>DME</u>	Para conocer los niveles y las limitaciones de los equipos médicos duraderos (durable medical equipment, <u>DME</u>) visite web Join.Surest.com . Se requiere <u>autorización previa</u> para ciertos <u>DME</u> o es posible que no se brinde cobertura.
	<u>Servicios en un programa de cuidados paliativos</u>	Hogar: \$70 de <u>copago</u> /visita Paciente hospitalizado: \$2,000 de <u>copago</u> /estadía	Hogar: \$140 de <u>copago</u> /visita Paciente hospitalizado: \$4,000 de <u>copago</u> /estadía	Ninguna
Si su hijo necesita servicios dentales o de la vista	Examen de la vista para niños	Sin cobertura	Sin cobertura	No cubierto en el plan médico. Esto esta cubierto a través del plan de visión VSP: 1-800-877-7195.
	Anteojos para niños	Sin cobertura	Sin cobertura	No cubierto en el plan médico. Esto esta cubierto a través del plan de visión VSP: 1-800-877-7195.
	Control dental para niños	Sin cobertura	Sin cobertura	No cubierto en el plan médico. Esto esta cubierto a través del plan de visión VSP: 1-800-877-7195.

*Para obtener más información sobre limitaciones y excepciones, consulte el documento del plan o de la póliza en Join.Surest.com.

Servicios excluidos y otros servicios cubiertos:

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

- Cirugía plástica
- Atención dental (adultos)
- Atención que no sea de emergencia cuando viaje fuera de los EE. UU.
- Tratamiento de la infertilidad
- Atención a largo plazo
- Programas para bajar de peso

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

- Acupuntura (límite de 30 visitas por persona por año del plan)
- Audífonos (pueden aplicarse limitaciones)
- Cuidado de los pies de rutina (para ciertas afecciones médicas)
- Atención quiropráctica (límite de 30 visitas por persona por año del plan)
- Atención oftalmológica de rutina (adultos) (Limitado a un examen por persona por año del plan.)
- Enfermería privada
- Cirugía bariátrica

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: Administración de Seguridad de Beneficios del Empleado (EBSA) del Departamento de Trabajo: llame al 1-866-444-EBSA (3272) o visite www.dol.gov/ebsa/healthreform. También puede comunicarse con Servicios para Miembros de Surest en 1-866-683-6440. Es posible que haya otras opciones de cobertura disponibles para usted, como contratar una cobertura de seguro individual a través del Mercado de Seguros de Salud. Para obtener más información sobre el Mercado, visite www.HealthCare.gov o llame al 1-800-318-2596.

Su derecho a presentar una queja formal 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 sobre cómo 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: Servicios para Miembros de Surest en 1-866-683-6440, o la Administración de Seguridad de Beneficios del Empleado del Departamento de Trabajo al 1-866-444-EBSA (3272) o www.dol.gov/ebsa/healthreform.

¿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.

¿Este plan cumple con 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 1-866-683-6440.

Para ver ejemplos de cómo este plan podría cubrir los costos de una situación médica de ejemplo, consulte la siguiente sección.

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 este plan cubrir la atención médica. Sus costos reales pueden ser diferentes según el tratamiento real que reciba, los precios que sus proveedores cobren y muchos otros factores. Fíjese en las cantidades de **costo compartido** (deducibles, copagos y coseguro) 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 **deducible general** del plan \$0
- **Copago del especialista** \$20 - \$125
- **Copago del hospital (centro)** \$300 - \$3,000
- **Otros coseguro** \$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

<u>Deducibles</u>	\$0
<u>Copagos</u>	\$900
<u>Coseguro</u>	\$0

Lo que no está cubierto

Límites o exclusiones	\$60
-----------------------	-------------

El total que Peg pagaría es \$960

Control de la diabetes tipo 2 de Joe

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

- El **deducible general** del plan \$0
- **Copago del especialista** \$20 - \$125
- **Copago del hospital (centro)** \$300 - \$3,000
- **Otros coseguro** \$0

Este EJEMPLO de evento incluye servicios como:

Visitas al 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

<u>Deducibles</u>	\$0
<u>Copagos</u>	\$1,800
<u>Coseguro</u>	\$0

Lo que no está cubierto

Límites o exclusiones	\$20
-----------------------	-------------

El total que Joe pagaría es \$1,820

Fractura simple de Mia

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

- El **deducible general** del plan \$0
- **Copago del especialista** \$20 - \$125
- **Copago del hospital (centro)** \$300 - \$3,000
- **Otros coseguro** \$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, Mia pagaría:

Costos compartidos

<u>Deducibles</u>	\$0
<u>Copagos</u>	\$1,300
<u>Coseguro</u>	\$0

Lo que no está cubierto

Límites o exclusiones	\$0
-----------------------	------------

El total que Mia pagaría es \$1,300

El plan sería responsable de los demás costos de estos servicios cubiertos del EJEMPLO.

Si cree que ha recibido un trato injusto a causa de su sexo, edad, raza, color, discapacidad u origen nacional, puede enviar una queja al Coordinador de derechos civiles.

En línea: UHC_Civil_Rights@uhc.com

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

Debe enviar la queja dentro de los 60 días posteriores a la fecha en la que supo de la situación. Se le notificará la decisión en un plazo de 30 días. Si no está de acuerdo con la misma, tiene 15 días para solicitar que revaluemos el caso.

Si necesita ayuda con su queja, llame al número gratuito que aparece 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 EE. UU.

En línea: <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>

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

Teléfono: Llamada gratuita [1-800-368-1019](tel:1-800-368-1019), [800-537-7697](tel:800-537-7697) (TDD)

Correo: U.S. Dept. of Health and Human Services. 200 Independence Avenue, SW Room 509F, HHH Building Washington, D.C. 20201. Proporcionamos servicios gratuitos para ayudarle a comunicarse con nosotros, como por ejemplo, cartas en otros idiomas o en letra grande. También puede solicitar un intérprete. Para pedir ayuda, llame al número que aparece 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 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 **русском (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 (Summary of Benefits and Coverage- SBC) هنا.

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 (Summary of Benefits and Coverage- SBC) 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 yánilti'go, saad bee áka'anída'awo'ígíí, t'áá jíik'eh, bee ná'ahóót'i'. T'áá shqódí Naaltsoos Bee 'Aa'áhayání dóó Bee 'Ak'é'asti' Bee Baa Hane'í (Summary of Benefits and Coverage, SBC) biyi' t'áá jíik'ehgo béésh bee hane'í biká'ígíí bee hodílnih.

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).