UnitedHealthcare :

HSA (Partnership in Health) Plan

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 el Centro de Servicios de Bienestar y de Salud de Clorox a través de un inicio de sesión único en "The Well" > "U.S. Total Rewards" (Recompensas Totales de Estados Unidos) > "Health & Welfare Service Center" (Centro de Servicios de Bienestar y de Salud) > "Menu" (Menú) > "Items to Explore" (Artículos para Explorar) > "Benefit Plan Materials" (Materiales del Plan de Beneficios), o directamente en cloroxbenefits.com o por teléfono al 1-833-550-5600. Para ver las definiciones de términos frecuentes, como cantidad permitida, facturación del saldo, coseguro, copago, deducible, proveedor u otros términos subrayados, consulte el glosario. Puede consultar el glosario en https://www.cms.gov/CCIIO/Resources/Forms-Reports-and-Other-Resources/Downloads/UG-Glossary-508-MM.pdf o llamar al 1-877-468-1028 para pedir una copia.

Preguntas importantes	Respuestas	Por Qué Es Importante:
¿Cuánto es el deducible total?	Dentro de la red*: $1,750 individual/$3,500 familiar Fuera de la red*: $2,500 individual/$4,500 familiar por cada año calendario. *Los deducibles se aplican entre sí	En general, debe pagar todos los costos de los proveedores hasta la cantidad deducible antes de que este plan comience a pagar. Si usted tiene otros familiares inscritos en esta póliza, se debe alcanzar el deducible familiar general antes de que este plan comience a pagar.
¿Hay servicios cubiertos antes de alcanzar su deducible?	Sí. La Atención Preventiva está cubierta antes de que usted alcance su deducible.	Este plan cubre algunos productos y servicios aunque aún no haya alcanzado la cantidad del deducible. Sin embargo, se podría aplicar un copago o un coseguro. Por ejemplo, este plan cubre ciertos servicios preventivos sin costos compartidos antes de que alcance su deducible. Consulte una lista de servicios preventivos cubiertos en https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/.
¿Hay otros deducibles para servicios específicos?	No, no hay otros deducibles.	No debe pagar deducibles por servicios específicos.
¿Cuánto es el límite de gastos de bolsillo para este plan?	Por proveedores de la red*: $3,000 individual/$6,000 familiar Por proveedores fuera de la red*: $6,000 individual/ $12,000 familiar por cada año calendario *Los gastos de bolsillo se aplican entre sí	El límite de gastos de bolsillo es lo máximo que puede pagar en un año por servicios cubiertos. Si usted tiene otros familiares inscritos en este plan, se debe alcanzar el límite de gastos de bolsillo familiar general.
¿Qué es lo que no está incluido en el límite de gastos de bolsillo?	Primas, cargos de facturación del saldo, atención de la salud que este plan no cubre, multas por no obtener preautorización para recibir servicios.	Aunque pague estos gastos, no cuentan para el límite de gastos del bolsillo.
¿Pagará menos si acude a un proveedor dentro de la red?	Sí. Para obtener una lista de proveedores de la red, visite www.myuhc.com o llame al 1-877-468-1028.	Este plan utiliza una red de proveedores. Pagará menos si usa un proveedor que esté incluido en la red del plan. Pagará más si acude a un proveedor fuera de la red, y es posible que reciba una factura de un proveedor por la diferencia entre el cargo del proveedor y lo que su plan paga (facturación de saldo). Tenga en cuenta que su proveedor dentro de la red puede usar un proveedor fuera de la red para algunos servicios (como análisis de laboratorio). Consulte con su proveedor antes de recibir los servicios.
¿Necesita una derivación para atenderse con un especialista?	No	Puede ver al especialista que usted elija sin una derivación.

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 **deducible**, 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 proveedor	Consulta con su médico de atención primaria para tratar una afección o lesión	20% de coseguro después del deducible	40% de coseguro después del deducible	Visita virtual - dentro de la red: 20% de coseguro por cada visita a un proveedor de visitas virtuales dentro de la red designada. Sin cobertura para visitas virtuales fuera de la red. Si recibe otros servicios, además de la visita al consultorio, se pueden aplicar copagos, deducibles o coseguros adicionales.
	Consulta con un especialista	20% de coseguro después del deducible	40% de coseguro después del deducible	Si recibe otros servicios, además de la visita al consultorio, se pueden aplicar copagos, deducibles o coseguros adicionales.
	Atención preventiva/ evaluación/vacunas	Sin cargo	Sin cargo	Es posible que tenga que pagar por los servicios que no sean preventivos. Pregúntele a su proveedor si los servicios que usted necesita son preventivos. Luego, verifique lo que pagará su plan. Ninguna
Si se realiza un examen	Exámenes de diagnóstico (radiografías, análisis de sangre)	20% de coseguro después del deducible	40% de coseguro después del deducible	Se requiere preautorización para recibir ciertos servicios fuera de la red.
	Diagnóstico por imágenes (tomografía computarizada/ tomografía por emisión de positrones, imágenes por resonancia magnética)	20% de coseguro después del deducible	40% de coseguro después del deducible	Ninguna

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)	
La cobertura de medicamentos con receta médica se ha transferido a OptumRx. **Si necesita un medicamento para tratar su enfermedad o condición médica. Hay más información disponible sobre la cobertura de medicamentos con receta médica** en www.myuhc.com **Para ver listas de medicamentos con receta médica, visite** www.whyuhc.com/clorox **Copagos por medicamentos preventivos dentro de la red:** **30 días - $5** **31 a 60 días - $10** **61 a 90 días - $15**	Medicamentos genéricos	Farmacia minorista: 20% de coseguro después del deducible Farmacia de pedidos por correo: 20% de coseguro después del deducible	Farmacia minorista: 40% de coseguro después del deducible	Los costos de los medicamentos con receta están sujetos al deducible anual. Es posible que ciertos medicamentos tengan un requisito de preautorización. La cobertura se limita a un suministro de hasta 90 días (farmacia minorista y de pedidos por correo). Todos los reclamos en papel dentro y fuera de la red se reembolsarán a la tarifa contractual menos el copago o coseguro.
	Medicamentos de marca preferidos	Farmacia minorista: 20% de coseguro después del deducible Farmacia de pedidos por correo: 20% de coseguro después del deducible	Farmacia minorista: 40% de coseguro después del deducible	Los costos de los medicamentos con receta están sujetos al deducible anual. Es posible que ciertos medicamentos tengan un requisito de preautorización. La cobertura se limita a un suministro de hasta 90 días (farmacia minorista y de pedidos por correo). Todos los reclamos en papel dentro y fuera de la red se reembolsarán a la tarifa contractual menos el copago o coseguro.
	Medicamentos de marca no preferidos	Farmacia minorista: 20% de coseguro después del deducible Farmacia de pedidos por correo: 20% de coseguro después del deducible	Farmacia minorista: 40% de coseguro después del deducible	Los costos de los medicamentos con receta están sujetos al deducible anual. Es posible que ciertos medicamentos tengan un requisito de preautorización. La cobertura se limita a un suministro de hasta 90 días (farmacia minorista y de pedidos por correo). Todos los reclamos en papel dentro y fuera de la red se reembolsarán a la tarifa contractual menos el copago o coseguro.
	Medicamentos de especialidad	Farmacia minorista: N/C Farmacia de pedidos por correo: N/C	Farmacia minorista: N/C	Los Medicamentos de Especialidad se pagan conforme al Nivel 2 o al Nivel 3. Algunos Medicamentos de Especialidad que requieren administración en un consultorio médico estarán disponibles conforme a la parte médica de este plan, y no se surten en una farmacia minorista, como se muestra aquí.
Si le hacen una cirugía ambulatoria	Tarifa del centro (p. ej., centro de cirugía ambulatoria)	20% de coseguro después del deducible	40% de coseguro después del deducible	Se requiere preautorización para recibir ciertos servicios fuera de la red.
	Tarifas del médico/cirujano	20% de coseguro después del deducible	40% de coseguro después del deducible	Ninguna
Si necesita atención médica inmediata	Atención en la Sala de Emergencias	20% de coseguro después del deducible	20% de coseguro después del deducible	Ninguna
	Transporte médico de emergencia	20% de coseguro después del deducible	20% de coseguro después del deducible	Ninguna
	Atención de urgencia	20% de coseguro después del deducible	40% de coseguro después del deducible	Ninguna
Si necesita hospitalización	Tarifa del centro (p. ej., habitación del hospital)	20% de coseguro después del deducible	40% de coseguro después del deducible	Se requiere preautorización para recibir servicios fuera de la red.
	Tarifas del médico/cirujano	20% de coseguro después del deducible	40% de coseguro después del deducible	Ninguna

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	20% de coseguro después del deducible	40% de coseguro después del deducible	El Programa de Asistencia al Empleado (Employee Assistance Program, EAP) a través de Spring Health se limita a 8 visitas por cada año calendario. Se requiere preautorización para recibir ciertos servicios fuera de la red. Hospitalización Parcial/Tratamiento Intensivo para Pacientes Ambulatorios y Terapia Conductual Intensiva (Intensive Behavioral Therapy, ABA) dentro de la red: 20% después del deductible y fuera de la red: 40% después del deducible dentro de la red.
	Servicios para pacientes hospitalizados	20% de coseguro después del deducible	40% de coseguro después del deducible	Se requiere preautorización para recibir servicios fuera de la red en un centro como paciente hospitalizado.
Si está embarazada	Visitas al consultorio	20% de coseguro después del deducible	40% de coseguro después del deducible	No se aplica un costo compartido a los servicios preventivos. Según el tipo de servicio, se puede aplicar un copago, un coseguro o un deducible. La atención de maternidad puede incluir otros exámenes y servicios descritos en otra parte de este Resumen de Beneficios y Cobertura (p. ej., ecografía). Se requiere preautorización para estadías como paciente hospitalizada fuera de la red que excedan 48 horas para un parto natural o 96 horas para una cesárea.
	Servicios profesionales para el nacimiento y el parto	20% de coseguro después del deducible	40% de coseguro después del deducible	
	Servicios hospitalarios para el nacimiento y el parto	20% de coseguro después del deducible	40% de coseguro después del deducible	
Si necesita servicios de recuperación o tiene otras necesidades especiales de salud	Atención médica en el hogar	20% de coseguro después del deducible	40% de coseguro después del deducible	Se limita a 120 visitas por cada año calendario para la Atención Médica en el Hogar. Sin límites para Servicios de Enfermería Privada para Pacientes Ambulatorios. Se requiere preautorización fuera de la red para ciertos servicios de Atención Médica en el Hogar (atención de enfermería especializada brindada por una enfermera titulada [registered nurse, RN] o una enfermera de práctica con licencia [licensed practical nurse, LPN])
	Servicios de rehabilitación	20% de coseguro después del deducible	40% de coseguro después del deducible	Se limita a 30 visitas de cada tipo por cada año calendario para Fisioterapia, Terapia del Habla, Terapia Ocupacional y Tratamiento Manipulativo. Se permite un número ilimitado de sesiones de terapia de Rehabilitación Pulmonar y Rehabilitación Cardíaca. No se aplican límites de visitas al tratamiento de enfermedades mentales ni de trastornos relacionados con sustancias y trastornos adictivos.
	Servicios de habilitación	20% de coseguro después del deducible	40% de coseguro después del deducible	Los Servicios de Habilitación se prestan en conformidad con los Servicios de Rehabilitación mencionados anteriormente, y los límites se combinan con los de estos.

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	Atención de enfermería especializada	20% de coseguro después del deducible	40% de coseguro después del deducible	Se limita a 120 días por cada año calendario. Se requiere preautorización para recibir servicios fuera de la red.
	Equipo médico duradero	20% de coseguro después del deducible	40% de coseguro después del deducible	Se requiere preautorización para recibir equipo médico duradero (durable medical equipment, DME) fuera de la red que exceda $1,000, o no estará cubierto.
	Servicios en un programa de cuidados paliativos	20% de coseguro después del deducible	40% de coseguro después del deducible	Se requiere preautorización para recibir servicios fuera de la red antes de la admisión para una estadía como paciente hospitalizado en un centro de cuidados paliativos.
Si su hijo necesita servicios dentales o de la vista	Examen de la vista para niños	Sin cobertura	Sin cobertura	El examen de la vista de rutina para niños no está cubierto. Esto está cubierto a través del plan de la vista de VSP: 1-800-877-7195
	Anteojos para niños	Sin cobertura	Sin cobertura	Los anteojos para niños no están cubiertos. Esto está cubierto a través del plan de la vista de VSP: 1-800-877-7195
	Control dental para niños	Sin cobertura	Sin cobertura	El control dental para niños no está cubierto. Esto está cubierto a través del plan dental de UHC Dental: 1-877-816-3596

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).

- Examen de la vista de rutina para adultos (p. ej., refracción)
- Cirugía Estética
- Atención Dental (adultos)
- Tratamiento de la infertilidad
- Atención a largo plazo
- Atención de los pies de rutina

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

- Acupuntura – 30 visitas por cada año calendario
- Cirugía Bariátrica
- Atención quiropráctica – 30 visitas por cada año calendario
- Aparatos auditivos – 1 por cada oído cada 36 meses hasta un límite máximo de $5,000
- Atención que no es de emergencia mientras viaja fuera de los Estados Unidos
- Servicios de enfermería privada
- Programas para bajar de peso

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 del Departamento de Trabajo al 1-866-444-EBSA (3272) o en https://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 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: el 1-877-468-1028 o visite www.myuhc.com. También puede comunicarse con la Administración de Seguridad de Beneficios del Empleado al 1-866-444-3272 o en 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.

¿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 1-877-468-1028.

Traditional Chinese (中文): 如果需要中文的帮助, 请拨打这个号码 1-877-468-1028.

Navajo (Diné): Dinek'ehgo shika at'ohwol ninisingo, kwiijigo holne' 1-877-468-1028.

Pennsylvania Dutch (Deitsch): Fer Hilf griege in Deitsch, ruf 1-877-468-1028 uff.

Tagalog (Tagalog): Kung kailangan ninyo ang tulong sa Tagalog tumawag sa 1-877-468-1028.

Samoan (Gagana Samoa): Mo se fesoasoani i le Gagana Samoa, vala'au mai i le numera telefoni 1-877-468-1028.

Carolinian (Kapasal Falawasch): ngere aukke ghut alillis reel kapasal Falawasch au fafaingi tilifon ye 1-877-468-1028.

Chamorro (CHamoru): Para un ma ayuda gi finu CHamoru, å'gang 1-877-468-1028.

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 este plan cubrir 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, 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	**$1,750**
Especialistas coseguro	**20%**
Hospital (establecimiento) coseguro	**20%**
Otros coseguros	**20%**

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	
Deducibles	$1,750
Copagos	$0
Coseguro	$1,300
Lo que no está cubierto	
Límites o exclusiones	$60
El total que Peg pagaría es	**$3,110**

Control de la diabetes tipo 2 de Joe
(un año de atención de rutina dentro de la red de una condición bien controlada)

El deducible general del plan	**$1,750**
Especialistas coseguro	**20%**
Hospital (establecimiento) coseguro	**20%**
Otros coseguros	**20%**

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	
Deducibles	$1,750
Copagos	$0
Coseguro	$700
Lo que no está cubierto	
Límites o exclusiones	$20
El total que Joe pagaría es	**$2,470**

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

El deducible general del plan	**$1,750**
Especialistas coseguro	**20%**
Hospital (establecimiento) coseguro	**20%**
Otros coseguros	**20%**

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	
Deducibles	$1,750
Copagos	$0
Coseguro	$200
Lo que no está cubierto	
Límites o exclusiones	$0
El total que Mía pagaría es	**$1,950**

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.
Correo Electrónico: UHC_Civil_Rights@uhc.com
Correo Postal: 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.
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.
Teléfono: Número gratuito 1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD)
Correo Postal: 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 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 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 (Summary of Benefits and Coverage، SBC) 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 (Summary of Benefits and Coverage, SBC) تماس بگیرید.

ध्यान दें: यदि आप हिंदी **(Hindi)** बोलते है, आपको भाषा सहायता सेवाएँ, नि:शुल्क 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: បើសិនអ្នកនិយាយ**ភាសាខ្មែរ (Khmer)** សេវាជំនួយភាសាដោយឥតគិតថ្លៃ គឺមានសំរាប់អ្នក។ សូមទូរស័ព្ទទៅលេខឥតចេញថ្លៃ ដែលមានកត់នៅក្នុង សេចក្តីសង្ខេបអត្ថប្រយោជន៍ និងការ៉ាបង់រង (Summary of Benefits and Coverage, SBC) នេះ។

PAKDAAR: Nu saritaem ti **Ilocano (Ilocano)**, ti serbisyo para ti baddang ti lengguahe nga awanan bayadna, ket sidadaan para kenyam. Maidawat nga awagan ti awan bayad na nu tawagan nga numero nga nakalista iti uneg na daytoy nga Dagup dagiti Benipisyo ken Pannakasakup (Summary of Benefits and Coverage, SBC).

DÍÍ BAA'ÁKONÍNÍZIN: **Diné (Navajo)** bizaad bee yáníłti'go, saad bee áka'anída'awo'ígíí, t'áá jíík'eh, bee ná'ahóót'i'. T'áá shǫǫdí Naaltsoos Bee 'Aa'áhayání dóó Bee 'Ak'é'asti' Bee Baa Hane'í (Summary of Benefits and Coverage, SBC) biyi' t'áá jíík'ehgo béésh bee hane'í biká'ígíí bee 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
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

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. 귀하의 신분증 카드에 기재된 무료 회원 전화번호로 문의하십시오.

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.

تنبيه: إذا كنت تتحدث **العربية (Arabic)**، فإن خدمات المساعدة اللغوية المجانية متاحة لك. الرجاء الاتصال على رقم الهاتف المجاني الموجود على معرّف العضوية 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 شما **فارسی (Farsi)** است، خدمات امداد زبانی به طور رایگان در اختیار شما می باشد. لطفا با شماره تلفن رایگانی که روی کارت شناسایی شما قید شده تماس بگیرید.

ध्यान दें: यदि आप **हिंदी (Hindi)** बोलते है, आपको भाषा सहायता सेवाएँ, नि:शुल्क 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.

ចំណាប់អារម្មណ៍: បើសិនអ្នកនិយាយ**ភាសាខ្មែរ (Khmer)** សេវាជំនួយភាសាដោយឥតគិតថ្លៃ គឺមានសំរាប់អ្នក។ សូមទូរស័ព្ទទៅលេខឥតគិតថ្លៃ ដែលមាននៅលើអត្តសញ្ញាណប័ណ្ណរបស់អ្នក។

ՈՒՇԱԴՐՈՒԹՅՈՒՆ՝ Եթե **հայերեն (Armenian)** եք խոսում, Ձեզ հասանելի են անվճար լեզվական օգնության ծառայություններ: Խնդրում ենք զանգահարել Ձեր ճանապարհային քարտի վրա նշված անվճար հեռախոսահամարով:

ਧਿਆਨ ਦਿਓ: ਜੇ ਤੁਸੀਂ **ਪੰਜਾਬੀ (Punjabi)** ਬੋਲਦੇ ਹੋ, ਭਾਸ਼ਾ ਸਹਾਇਤਾ ਸੇਵਾਵਾਂ, ਮੁਫ਼ਤ, ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਉਪਲਬਧ ਹਨ। ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਆਪਣੇ ਪਛਾਣ ਪੱਤਰ ਤੇ ਸੂਚੀਬੱਧ ਟੋਲ-ਫ੍ਰੀ ਫ਼ੋਨ ਨੰਬਰ ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ।

โปรดทราบ : หากคุณพูด**ภาษาไทย (Thai)** มีบริการความช่วยเหลือด้านภาษาให้แก่คุณฟรี โปรดโทรศัพท์ถึงหมายเลขโทรฟรีที่อยู่บนบัตรประจำตัวของคุณ