


Premera Blue Cross: Premera Blue Cross Cascade Gold

 The Summary of Benefits and Coverage (SBC) document will help you choose a health plan. The SBC shows you how you and the plan would share the cost for covered health care services. NOTE: Information about the cost of this plan (called the premium) will be provided separately. This is only a summary. For more information about your coverage, or to get a copy of the complete terms of coverage, call 1-800-607-0546 (TTY: 711) or visit us at <https://www.premera.com/SBC>. For general definitions of common terms, such as allowed amount, balance billing, coinsurance, copayment, deductible, Provider, or other underlined terms see the Glossary. You can view the Glossary at <https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/> or call 1-800-607-0546 (TTY: 711) to request a copy.

Important Questions	Answers	Why this Matters:
What is the overall deductible?	<u>In-network</u> : \$600 Individual / \$1,200 Family.	Generally, you must pay all of the costs from <u>providers</u> up to the <u>deductible</u> amount before this <u>plan</u> begins to pay. If you have other family members on the <u>plan</u> , each family member must meet their own individual <u>deductible</u> until the total amount of <u>deductible</u> expenses paid by all family members meets the overall family <u>deductible</u> .
Are there services covered before you meet your deductible?	Yes. Does not apply to some <u>copayments</u> , certain <u>prescription drugs</u> and services listed below as “No charge.”	This <u>plan</u> covers some items and services even if you haven’t yet met the <u>deductible</u> amount. But a <u>copayment</u> or <u>coinsurance</u> may apply. For example, this <u>plan</u> covers certain <u>preventive services</u> without <u>cost-sharing</u> and before you meet your <u>deductible</u> . See a list of covered <u>preventive services</u> at https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/ .
Are there other deductibles for specific services?	No.	You don’t have to meet <u>deductibles</u> for specific services.
What is the out-of-pocket limit for this plan?	<u>In-network</u> : \$6,100 Individual / \$12,200 Family.	The <u>out-of-pocket limit</u> is the most you could pay in a year for covered services. If you have other family members in this <u>plan</u> , they have to meet their own <u>out-of-pocket limits</u> until the overall family <u>out-of-pocket limit</u> has been met.
What is not included in the out-of-pocket limit?	<u>Premium</u> , <u>balance-billed</u> charges, penalties for failure to obtain <u>prior authorization</u> for services, and health care this plan doesn't cover.	Even though you pay these expenses, they don’t count toward the <u>out-of-pocket limit</u> .
Will you pay less if you use a network provider?	Yes. See Individual Signature medical <u>network</u> . For a list of <u>in-network providers</u> , see http://www.premera.com or call 1-800-607-0546.	This <u>plan</u> uses a <u>provider network</u> . You will pay less if you use a <u>provider</u> in the <u>plan’s network</u> . You will pay the most if you use an <u>out-of-network provider</u> , and you might receive a bill from a <u>provider</u> for the difference between the <u>provider’s</u> charge and what your <u>plan</u> pays (<u>balance billing</u>). Be aware your <u>network provider</u> might use an <u>out-of-network provider</u> for some services (such as lab work). Check with your <u>provider</u> before you get services.
Do you need a referral to see a specialist?	No.	You can see the <u>specialist</u> you choose without a <u>referral</u> .



All copayment and coinsurance costs shown in this chart are after your overall deductible has been met, if a deductible applies.

Common Medical Event	Services You May Need	What You Will Pay		Limitations, Exceptions, & Other Important Information
		<u>Network Provider</u> (You will pay the least)	<u>Out-Of-Network Provider</u> (You will pay the most)	
If you visit a health care provider's office or clinic	Primary care visit to treat an injury or illness	\$15 <u>copayment</u> /visit. <u>Deductible</u> does not apply.	Not covered	—————none—————
	<u>Specialist</u> visit	\$40 <u>copayment</u> /visit <u>Deductible</u> does not apply.	Not covered	—————none—————
	<u>Preventive care</u> / <u>screening</u> / immunization	No charge	Not covered	You may have to pay for services that aren't <u>preventive</u> . Ask your <u>provider</u> if the services needed are <u>preventive</u> . Then check what your <u>plan</u> will pay for.
If you have a test	<u>Diagnostic test</u> (x-ray, blood work)	Lab & professional services: \$20 <u>copayment</u> X-rays & imaging: \$30 <u>copayment</u> <u>Deductible</u> does not apply.	Not covered	—————none—————
	Imaging (CT/PET scans, MRIs)	\$300 <u>copayment</u>	Not covered	<u>Prior authorization</u> required for some outpatient imaging tests. Penalty for <u>out-of-network</u> : no coverage.
If you need drugs to treat your illness or condition	Preferred Generic drugs	\$10 <u>copayment</u> (retail) \$30 <u>copayment</u> (mail) <u>Deductible</u> does not apply.	Not covered	Covers up to a 30 day supply (retail), covers up to a 90 day supply (mail). No charge for specific preventive drugs. <u>Prior authorization</u> required for some drugs.
More information about <u>prescription drug coverage</u> is available at https://www.premera.com/documents/062278_2024.pdf .	Preferred brand drugs	\$60 <u>copayment</u> (retail) \$180 <u>copayment</u> (mail) <u>Deductible</u> does not apply.	Not covered	Covers up to a 30 day supply (retail), covers up to a 90 day supply (mail). <u>Prior authorization</u> required for some drugs.
	Non-preferred brand drugs	\$100 <u>copayment</u> (retail) \$300 <u>copayment</u> (mail) <u>Deductible</u> does not apply.	Not covered	Covers up to a 30 day supply (retail), covers up to a 90 day supply (mail). <u>Prior authorization</u> required for some drugs.

Common Medical Event	Services You May Need	What You Will Pay		Limitations, Exceptions, & Other Important Information
		<u>Network Provider</u> (You will pay the least)	<u>Out-Of-Network Provider</u> (You will pay the most)	
	<u>Specialty drugs</u>	\$100 <u>copayment</u> <u>Deductible</u> does not apply.	Not covered	Covers up to a 30 day supply. Only covered at specific contracted specialty pharmacies. <u>Prior authorization</u> required for some drugs
If you have outpatient surgery	Facility fee (e.g., ambulatory surgery center)	\$350 <u>copayment</u> /visit	Not covered	<u>Prior authorization</u> required for some services. Penalty for <u>out-of-network</u> : no coverage.
	Physician/surgeon fees	\$75 <u>copayment</u> /visit	Not covered	————— <u>none</u> —————
If you need immediate medical attention	<u>Emergency room care</u>	\$450 <u>copayment</u> /visit	\$450 <u>copayment</u> /visit	Emergency room <u>copayment</u> waived if admitted to hospital.
	<u>Emergency medical transportation</u>	\$375 <u>copayment</u> /trip <u>Deductible</u> does not apply.	\$375 <u>copayment</u> /trip <u>Deductible</u> does not apply.	————— <u>none</u> —————
	<u>Urgent care</u>	Hospital based: \$450 <u>copayment</u> /visit Freestanding center: \$35 <u>copayment</u> /visit <u>Deductible</u> does not apply.	Hospital based: \$450 <u>copayment</u> /visit Freestanding center: Not covered	————— <u>none</u> —————
If you have a hospital stay	Facility fee (e.g., hospital room)	\$525 <u>copayment</u> per day, up to 5 days per admit <u>Deductible</u> does not apply.	Not covered	<u>Prior authorization</u> required for all planned inpatient stays. Penalty for <u>out-of-network</u> : no coverage.
	Physician/surgeon fee	Included in facility fee.	Not covered	————— <u>none</u> —————
If you need mental health, behavioral health, or substance abuse services	Outpatient services	\$15 <u>copayment</u> /visit <u>Deductible</u> does not apply.	Not covered	————— <u>none</u> —————
	Inpatient services	\$525 <u>copayment</u> per day, up to 5 days per admit <u>Deductible</u> does not apply.	Not covered	<u>Prior authorization</u> required for all planned inpatient stays. Penalty for <u>out-of-network</u> : no coverage

Common Medical Event	Services You May Need	What You Will Pay		Limitations, Exceptions, & Other Important Information
		<u>Network Provider</u> (You will pay the least)	<u>Out-Of-Network Provider</u> (You will pay the most)	
If you are pregnant	Office visits	No charge	Not covered	<u>Cost-sharing</u> does not apply to routine prenatal care and first post-natal visit and certain <u>preventive services</u> . Depending on the type of services, a <u>coinsurance</u> may apply. Maternity care may include tests and services described elsewhere in the SBC (such as, ultrasound).
	Childbirth/delivery professional services	Included in childbirth/delivery facility services.	Not covered	<u>Prior authorization</u> is not required. <u>Cost-sharing</u> does not apply to routine prenatal care and first post-natal visit and certain <u>preventive services</u> . Depending on the type of services, a <u>coinsurance</u> may apply. Maternity care may include tests and services described elsewhere in the SBC (such as, ultrasound).
	Childbirth/delivery facility services	\$525 <u>copayment</u> per day, up to 5 days per admit <u>Deductible</u> does not apply.	Not covered	<u>Cost-sharing</u> does not apply to routine prenatal care and first post-natal visit and certain <u>preventive services</u> . Depending on the type of services, a <u>coinsurance</u> may apply. Maternity care may include tests and services described elsewhere in the SBC (such as, ultrasound). <u>Prior authorization</u> is not required. However, you should notify the carrier of your admission for delivery as soon as reasonably possible.
	<u>Home health care</u>	\$15 <u>copayment</u> per day <u>Deductible</u> does not apply.	Not covered	Limited to 130 visits per calendar year

Common Medical Event	Services You May Need	What You Will Pay		Limitations, Exceptions, & Other Important Information
		<u>Network Provider</u> (You will pay the least)	<u>Out-Of-Network Provider</u> (You will pay the most)	
If you need help recovering or have other special health needs	<u>Rehabilitation services</u>	Outpatient: \$25 <u>copayment/visit</u> <u>Deductible</u> does not apply. Inpatient: \$525 <u>copayment</u> per day, up to 5 days per admit <u>Deductible</u> does not apply.	Not covered	Limited to 25 outpatient visits per calendar year, limited to 30 inpatient days per calendar year. <u>Prior authorization</u> required for all planned inpatient stays. Penalty for <u>out-of-network</u> : no coverage.
	<u>Habilitation services</u>	Outpatient: \$25 <u>copayment/visit</u> <u>Deductible</u> does not apply. Inpatient: \$525 <u>copayment</u> per day, up to 5 days per admit <u>Deductible</u> does not apply.	Not covered	Limited to 25 outpatient visits per calendar year, limited to 30 inpatient days per calendar year. <u>Prior authorization</u> required for all planned inpatient stays. Penalty for <u>out-of-network</u> : no coverage.
	<u>Skilled nursing care</u>	\$350 <u>copayment</u> per day	Not covered	Limited to 60 days per calendar year. <u>Prior authorization</u> required for all planned inpatient stays. Penalty for <u>out-of-network</u> : no coverage.
	<u>Durable medical equipment</u>	20% <u>coinsurance</u>	Not covered	<u>Prior authorization</u> required to buy some medical equipment over \$750. Penalty for <u>out-of-network</u> : no coverage.
	<u>Hospice services</u>	Outpatient: \$15 <u>copayment</u> per day <u>Deductible</u> does not apply. Inpatient: \$525 <u>copayment</u> per day, up to 5 days per admit <u>Deductible</u> does not apply.	Not covered	Respite care limited to 14 days lifetime.
If your child needs dental or eye care	Children's eye exam	No charge	No charge	Limited to one exam per calendar year (under age 19).
	Children's glasses	No charge	No charge	Frames and lenses limited to 1 pair per calendar year.
	Children's dental check-up	Not covered	Not covered	—————none—————

Excluded Services & Other Covered Services:

Services Your Plan Generally Does NOT Cover (Check your policy or plan document for more information and a list of any other excluded services.)

- Assisted fertility treatment
- Bariatric surgery
- Cosmetic surgery
- Dental care (Adult)
- Hearing aids
- Long-term care
- Non-emergency care when traveling outside the U.S.
- Private-duty nursing
- Routine eye care (Adult)
- Weight loss programs

Other Covered Services (Limitations may apply to these services. This isn't a complete list. Please see your plan document.)

- Abortion
- Acupuncture (12 visits/year)
- Chiropractic care or other spinal manipulations (10 visits/year)
- Foot care

Your Rights to Continue Coverage: There are agencies that can help if you want to continue your coverage after it ends. The contact information for those agencies is: 1-800-562-6900 for the state insurance department, or the insurer at 1-800-607-0546 or TTY 711. Other coverage options may be available to you too, including buying individual insurance coverage through the Health Insurance Marketplace. For more information about the Marketplace, visit www.HealthCare.gov or call 1-800-318-2596.

Your Grievance and Appeals Rights: There are agencies that can help if you have a complaint against your plan for a denial of a claim. This complaint is called a grievance or appeal. For more information about your rights, look at the explanation of benefits you will receive for that medical claim. Your plan documents also provide complete information to submit a claim, appeal, or grievance for any reason to your plan. For more information about your rights, this notice, or assistance, contact: your plan at 1-800-607-0546, or the state insurance department at 1-800-562-6900.

Does this plan provide Minimum Essential Coverage? **Yes.**

Minimum Essential Coverage generally includes plans, health insurance available through the Marketplace or other individual market policies, Medicare, Medicaid, CHIP, TRICARE, and certain other coverage. If you are eligible for certain types of Minimum Essential Coverage, you may not be eligible for the premium tax credit.

Does this plan meet Minimum Value Standards? **Not Applicable.**

If your plan doesn't meet the Minimum Value Standards, you may be eligible for a premium tax credit to help you pay for a plan through the Marketplace.

Language Access Services:

Spanish (Español): Para obtener asistencia en Español, llame al 1-800-607-0546 or TTY 711.

Tagalog (Tagalog): Kung kailangan ninyo ang tulong sa Tagalog tumawag sa 1-800-607-0546 or TTY 711.

Chinese (中文): 如果需要中文的帮助, 请拨打这个号码1-800-607-0546 or TTY 711.

Navajo (Dine): Dinek'ehgo shika at'ohwol ninisingo, kwijigo holne' 1-800-607-0546 or TTY 711.

—————*To see examples of how this plan might cover costs for a sample medical situation, see the next section page.*—————

About these Coverage Examples:



This is not a cost estimator. Treatments shown are just examples of how this plan might cover medical care. Your actual costs will be different depending on the actual care you receive, the prices your providers charge, and many other factors. Focus on the cost sharing amounts (deductibles, copayments and coinsurance) and excluded services under the plan. Use this information to compare the portion of costs you might pay under different health plans. Please note these coverage examples are based on self-only coverage.

Peg is Having a baby

(9 months of in-network pre-natal care and a hospital delivery)

■ The <u>plan's</u> overall <u>deductible</u>	\$600
■ <u>Specialist</u> copayment	\$40
■ Hospital (facility) <u>copayment</u>	\$525
■ Other <u>copayment</u>	\$350

This **EXAMPLE** event includes services like:

Specialist office visits (*prenatal care*)
 Childbirth/Delivery Professional Services
 Childbirth/Delivery Facility Services
Diagnostic tests (*ultrasounds and blood work*)
Specialist visit (*anesthesia*)

Total Example Cost \$12,700

In this example, Peg would pay:

<u>Cost Sharing</u>	
<u>Deductibles</u>	\$0
<u>Copayments</u>	\$2,300
<u>Coinsurance</u>	\$0
<i>What isn't covered</i>	
Limits or exclusions	\$60
The Total Peg would pay is	\$2,360

Managing Joe's type 2 diabetes

(a year of routine in-network care of a well-controlled condition)

■ The <u>plan's</u> overall <u>deductible</u>	\$600
■ <u>Specialist</u> copayment	\$40
■ Hospital (facility) <u>copayment</u>	\$525
■ Other <u>copayment</u>	\$350

This **EXAMPLE** event includes services like:

Primary care physician office visits (*including disease education*)
Diagnostic tests (*blood work*)
Prescription drugs
Durable medical equipment (*glucose meter*)

Total Example Cost \$5,600

In this example, Joe would pay:

<u>Cost Sharing</u>	
<u>Deductibles</u>	\$30
<u>Copayments</u>	\$1,800
<u>Coinsurance</u>	\$0
<i>What isn't covered</i>	
Limits or exclusions	\$20
The Total Joe would pay is	\$1,850

Mia's Simple Fracture

(in-network emergency room visit and follow up care)

■ The <u>plan's</u> overall <u>deductible</u>	\$600
■ <u>Specialist</u> copayment	\$40
■ Hospital (facility) <u>copayment</u>	\$525
■ Other <u>copayment</u>	\$350

This **EXAMPLE** event includes services like:

Emergency room care (*including medical supplies*)
Diagnostic test (*x-ray*)
Durable medical equipment (*crutches*)
Rehabilitation services (*physical therapy*)

Total Example Cost \$2,800

In this example, Mia would pay:

<u>Cost Sharing</u>	
<u>Deductibles</u>	\$600
<u>Copayments</u>	\$1,300
<u>Coinsurance</u>	\$10
<i>What isn't covered</i>	
Limits or exclusions	\$0
The Total Mia would pay is	\$1,910

The plan would be responsible for the other costs of these **EXAMPLE** covered services.

Discrimination is Against the Law

Premera Blue Cross (Premera) complies with applicable Federal and Washington state civil rights laws and does not discriminate on the basis of race, color, national origin, age, disability, sex, gender identity, or sexual orientation. Premera does not exclude people or treat them differently because of race, color, national origin, age, disability, sex, gender identity, or sexual orientation. Premera provides free aids and services to people with disabilities to communicate effectively with us, such as qualified sign language interpreters and written information in other formats (large print, audio, accessible electronic formats, other formats). Premera provides free language services to people whose primary language is not English, such as qualified interpreters and information written in other languages. If you need these services, contact the Civil Rights Coordinator. If you believe that Premera has failed to provide these services or discriminated in another way on the basis of race, color, national origin, age, disability, sex, gender identity, or sexual orientation, you can file a grievance with: Civil Rights Coordinator — Complaints and Appeals, PO Box 91102, Seattle, WA 98111, Toll free: 855-332-4535, Fax: 425-918-5592, TTY: 711, Email AppealsDepartmentInquiries@Premera.com. You can file a grievance in person or by mail, fax, or email. If you need help filing a grievance, the Civil Rights Coordinator is available to help you. You can also file a civil rights complaint with the U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights, electronically through the Office for Civil Rights Complaint Portal, available at <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, or by mail or phone at: U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Ave SW, Room 509F, HHH Building, Washington, D.C. 20201, 1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD). Complaint forms are available at <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>. You can also file a civil rights complaint with the Washington State Office of the Insurance Commissioner, electronically through the Office of the Insurance Commissioner Complaint Portal available at <https://www.insurance.wa.gov/file-complaint-or-check-your-complaint-status>, or by phone at 800-562-6900, 360-586-0241 (TDD). Complaint forms are available at <https://fortress.wa.gov/oic/onlineservices/cc/pub/complaintinformation.aspx>.

Language Assistance

- ATENCIÓN:** si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 800-607-0546 (TTY: 711).
- 注意:** 如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 800-607-0546 (TTY: 711)。
- CHÚ Ý:** Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 800-607-0546 (TTY: 711).
- 주의:** 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 800-607-0546 (TTY: 711) 번으로 전화해 주십시오.
- ВНИМАНИЕ:** Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 800-607-0546 (телетайп: 711).
- PAUNAWA:** Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 800-607-0546 (TTY: 711).
- УВАГА!** Якщо ви розмовляєте українською мовою, ви можете звернутися до безкоштовної служби мовної підтримки. Телефонуйте за номером 800-607-0546 (телетайп: 711).
- ប្រយ័ត្ន:** បើសិនជាអ្នកនិយាយ ភាសាខ្មែរ, សេវាជំនួយផ្នែកភាសា ដោយមិនគិតលុយ គឺអាចមានសំរាប់អ្នក។ ចូរ ទូរស័ព្ទ 800-607-0546 (TTY: 711)។
- 注意事項:** 日本語を話される場合、無料の言語支援をご利用いただけます。800-607-0546 (TTY:711) まで、お電話にてご連絡ください。
- ማስታወሻ:** የሚናገሩት ቋንቋ አማርኛ ከሆነ የትርጉም እርዳታ ድርጅቶች፣ በነጻ ሊያገለግሉት ተዘጋጅተዋል። ወደ ሚከተለው ቁጥር ይደውሉ 800-607-0546 (መስማት ለተሳናቸው: 711)።
- XIYYEEFFANNAA:** Afaan dubbattu Oromiffa, tajaajila gargaarsa afaanii, kanfaltiidhaan ala, ni argama. Bilbilaa 800-607-0546 (TTY: 711).
ملحوظة: إذا كنت تتحدث اذكر اللغة، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم 800-607-0546 (رقم هاتف الصم والبكم: 711).
- ਧਿਆਨ ਦਿਓ:** ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਪੰਜਾਬੀ ਬੋਲਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਸਹਾਇਤਾ ਸੇਵਾ ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਮੁਫਤ ਉਪਲਬਧ ਹੈ। 800-607-0546 (TTY: 711) 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ।
- ACHTUNG:** Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung. Rufnummer: 800-607-0546 (TTY: 711).
- ໂປດຊາບ:** ຖ້າວ່າ ທ່ານເວົ້າພາສາ ລາວ, ການບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາ, ໂດຍບໍ່ຄ່າສ່ຽງຄ່າ, ຄວນມີພ້ອມໃຫ້ທ່ານ. ໂທ 800-607-0546 (TTY: 711).
- ATANSYON:** Si w pale Kreyòl Ayisyen, gen sèvis èd pou lang ki disponib gratis pou ou. Rele 800-607-0546 (TTY: 711).
- ATTENTION:** Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le 800-607-0546 (ATS : 711).
- UWAGA:** Jeżeli mówisz po polsku, możesz skorzystać z bezpłatnej pomocy językowej. Zadzwoń pod numer 800-607-0546 (TTY: 711).
- ATENÇÃO:** Se fala português, encontram-se disponíveis serviços linguísticos, grátis. Ligue para 800-607-0546 (TTY: 711).
- ATTENZIONE:** In caso la lingua parlata sia l'italiano, sono disponibili servizi di assistenza linguistica gratuiti. Chiamare il numero 800-607-0546 (TTY: 711).
- توجه:** اگر بہ زبان فارسی گفتگو می کنید، تسهیلات زبانی بصورت رایگان برای شما فراهم می باشد. با 800-607-0546 (TTY: 711) تماس بگیرید.



El Resumen de beneficios y cobertura (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 o una copia de los términos completos de la cobertura, llame al 1-800-607-0546 (TTY: 711) o visítenos en <https://www.primera.com/SBC>. Para ver las definiciones de términos frecuentes, como monto permitido, facturación del saldo, coseguro, copago, deducible, proveedor u otros términos subrayados, consulte el glosario. Puede consultar el glosario en <https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/> o llamar al 1-800-607-0546 (TTY: 711) para pedir una copia.

Preguntas importantes	Respuestas	¿Por qué es importante?
¿Cuánto es el <u>deducible</u> general?	<u>Dentro de la red</u> : \$600 individual / \$1,200 familiar.	Por lo general, usted debe pagar todos los costos de los <u>proveedores</u> hasta alcanzar el monto del <u>deducible</u> antes de que este <u>plan</u> comience a cubrir los costos. Si tiene otros miembros de la familia en el <u>plan</u> , cada uno de ellos debe alcanzar su propio <u>deducible</u> individual hasta que el monto total de los gastos del <u>deducible</u> pagados por todos los miembros de la familia alcance el <u>deducible</u> general de la familia.
¿Hay servicios cubiertos antes de alcanzar su <u>deducible</u> ?	Sí. No se aplica a algunos <u>copagos</u> , a determinados <u>medicamentos con receta</u> ni a los servicios que a continuación figuran como "Sin cargo".	Este <u>plan</u> cubre algunos artículos y servicios, incluso si aún no ha alcanzado el monto del <u>deducible</u> . Sin embargo, es posible que se aplique un <u>copago</u> o <u>coseguro</u> . Por ejemplo, este <u>plan</u> cubre algunos <u>servicios preventivos</u> sin <u>costos compartidos</u> y antes de que cumpla con su <u>deducible</u> . Consulte una lista de los <u>servicios preventivos</u> cubiertos en https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/ .
¿Existen otros <u>deducibles</u> para servicios específicos?	No.	No tiene que pagar <u>deducibles</u> para servicios específicos.
¿Cuánto es el <u>desembolso máximo</u> para este <u>plan</u> ?	<u>Dentro de la red</u> : \$6,100 individual / \$12,200 familiar.	El <u>desembolso máximo</u> es el máximo que usted podría llegar a pagar en un año por los servicios cubiertos. Si tiene otros miembros de la familia en este <u>plan</u> , deben cumplir con sus propios <u>desembolsos máximos</u> hasta que se haya alcanzado el <u>desembolso máximo</u> familiar general.
¿Qué cosas no se incluyen en el <u>desembolso máximo</u> ?	Las <u>primas</u> , los cargos de <u>facturación del saldo</u> , las penalizaciones en caso de no obtener una <u>autorización previa</u> para los servicios y los servicios de atención médica que este plan no cubre.	Incluso si usted paga estos gastos, estos no se cuentan para su <u>desembolso máximo</u> .
¿Pagará menos si se usa un <u>proveedor dentro de la red</u> ?	Sí. Consulte la <u>red</u> médica Signature individual. Para ver una lista de <u>proveedores en la red</u> , consulte http://www.primera.com o llame al 1-800-607-0546.	Este <u>plan</u> utiliza una red de <u>proveedores</u> . Usted pagará menos si acude a un <u>proveedor</u> dentro de la <u>red</u> del <u>plan</u> . Usted pagará el máximo si acude a un <u>proveedor</u> fuera de la <u>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 paga su <u>plan</u> (<u>facturación del saldo</u>).

		Tenga en cuenta que su <u>proveedor dentro de la red</u> podría utilizar un <u>proveedor fuera de la red</u> para algunos servicios (como análisis de laboratorio). Consulte a su <u>proveedor</u> antes de recibir servicios.
¿Se necesita un <u>referido</u> para atenderse con un <u>especialista</u> ?	No.	Puede acudir al <u>especialista</u> de su preferencia sin un <u>referido</u> .



Todos los costos de copagos y coseguros que se muestran en este cuadro solo se aplican después de alcanzar su deducible general, si se aplica un deducible.

Evento médico común	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		<u>Proveedor dentro de la red</u> (Usted pagará el mínimo)	<u>Proveedor fuera de la red</u> (Usted pagará el máximo)	
Si acude al consultorio o clínica del <u>proveedor</u> de atención médica	Visita de atención primaria para tratar una afección o lesión	\$15 de <u>copago</u> por visita. No se aplica el <u>deducible</u> .	Sin cobertura	-----Ninguna-----
	Consulta con un <u>especialista</u>	\$40 de <u>copago</u> /visita No se aplica el <u>deducible</u> .	Sin cobertura	-----Ninguna-----
	<u>Atención preventiva/exámenes de detección/inmunización</u>	Sin cargo	Sin cobertura	Es posible que tenga que pagar por servicios que no son <u>preventivos</u> . Consulte con su <u>proveedor</u> si los servicios necesarios son <u>preventivos</u> . Luego, verifique lo que pagará su <u>plan</u> .
Si se le realiza un examen	<u>Prueba diagnóstica</u> (radiografías, análisis de sangre)	Laboratorio y servicios profesionales: \$20 de <u>copago</u> Radiografías e imágenes: \$30 de <u>copago</u> No se aplica el <u>deducible</u> .	Sin cobertura	-----Ninguna-----
	Diagnóstico por imágenes (tomografía computarizada/tomografía por emisión de positrones, imágenes por resonancia magnética)	\$300 de <u>copago</u>	Sin cobertura	Se requiere <u>autorización previa</u> para algunos exámenes de diagnóstico por imágenes para pacientes ambulatorios. Penalización por usar servicios <u>fuera de la red</u> : sin cobertura.

Evento médico común	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		<u>Proveedor dentro de la red</u> (Usted pagará el mínimo)	<u>Proveedor fuera de la red</u> (Usted pagará el máximo)	
Si necesita medicamentos para tratar su enfermedad o afección Hay más información disponible sobre la cobertura de medicamentos con receta en https://www.premiera.com/documents/062278_2024.pdf .	Medicamentos genéricos preferidos	\$10 de <u>copago</u> (en farmacia minorista) \$30 de <u>copago</u> (farmacia de pedidos por correo) No se aplica el <u>deducible</u> .	Sin cobertura	Cubre un suministro de hasta 30 días (por venta minorista), cubre un suministro de hasta 90 días (por pedido por correo). Sin cargo para medicamentos preventivos específicos. Se requiere <u>autorización previa</u> para algunos medicamentos.
	Medicamentos de marcas preferidas	\$60 de <u>copago</u> (en farmacia minorista) \$180 de <u>copago</u> (farmacia de pedidos por correo) No se aplica el <u>deducible</u> .	Sin cobertura	Cubre un suministro de hasta 30 días (por venta minorista), cubre un suministro de hasta 90 días (por pedido por correo). Se requiere <u>autorización previa</u> para algunos medicamentos.
	Medicamentos de marcas no preferidas	\$100 de <u>copago</u> (en farmacia minorista) \$300 de <u>copago</u> (farmacia de pedidos por correo) No se aplica el <u>deducible</u> .	Sin cobertura	Cubre un suministro de hasta 30 días (por venta minorista), cubre un suministro de hasta 90 días (por pedido por correo). Se requiere <u>autorización previa</u> para algunos medicamentos.
	<u>Medicamentos especializados</u>	\$100 de <u>copago</u> No se aplica el <u>deducible</u> .	Sin cobertura	Cubre un suministro de hasta 30 días. Solo tiene cobertura en farmacias especializadas específicamente contratadas. Se requiere <u>autorización previa</u> para algunos medicamentos.
Si le hacen una operación ambulatoria	Tarifa del establecimiento (por ejemplo, centro de cirugía ambulatoria)	\$350 de <u>copago</u> por visita	Sin cobertura	Se requiere <u>autorización previa</u> para algunos servicios. Penalización por usar servicios <u>fuera de la red</u> : sin cobertura.
	Honorarios del médico/cirujano	\$75 de <u>copago</u> por visita	Sin cobertura	-----Ninguna-----
Si necesita atención médica inmediata	<u>Atención en la sala de emergencias</u>	\$450 de <u>copago</u> por visita	\$450 de <u>copago</u> por visita	No se cobra el <u>copago</u> de la sala de emergencias si es admitido al hospital.
	<u>Transporte médico de emergencia</u>	\$375 de <u>copago</u> por viaje No se aplica el <u>deducible</u> .	\$375 de <u>copago</u> por viaje No se aplica el <u>deducible</u> .	-----Ninguna-----

Evento médico común	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		<u>Proveedor dentro de la red</u> (Usted pagará el mínimo)	<u>Proveedor fuera de la red</u> (Usted pagará el máximo)	
	<u>Atención de urgencia</u>	En el hospital: \$450 de <u>copago</u> /visita En un centro independiente: \$35 de <u>copago</u> /visita No se aplica el <u>deducible</u> .	En el hospital: \$450 de <u>copago</u> por visita Centro independiente: sin cobertura	-----Ninguna-----
Si se le hospitaliza	Tarifa del establecimiento (por ejemplo, habitación del hospital)	\$525 de <u>copago</u> por día, hasta 5 días por admisión No se aplica el <u>deducible</u> .	Sin cobertura	Se requiere <u>autorización previa</u> para todas las estadías planificadas como paciente hospitalizado. Penalización por usar servicios <u>fuera de la red</u> : sin cobertura.
	Honorarios del médico o cirujano	Incluido en la tarifa de la instalación.	Sin cobertura	-----Ninguna-----
Si necesita servicios de salud mental, salud conductual o abuso de sustancias	Servicios para pacientes ambulatorios	\$15 de <u>copago</u> /visita No se aplica el <u>deducible</u> .	Sin cobertura	-----Ninguna-----
	Servicios internos	\$525 de <u>copago</u> por día, hasta 5 días por admisión No se aplica el <u>deducible</u> .	Sin cobertura	Se requiere <u>autorización previa</u> para todas las estadías planificadas como paciente hospitalizado. Penalización por usar servicios <u>fuera de la red</u> : sin cobertura.
Si está embarazada	Visitas al consultorio	Sin cargo	Sin cobertura	El <u>costo compartido</u> no se aplica a la atención prenatal de rutina y la primera visita posnatal y ciertos <u>servicios preventivos</u> . Según el tipo de servicio, se puede aplicar un <u>coseguro</u> . La atención de maternidad puede incluir exámenes y servicios descritos en otra parte del SBC (por ejemplo, ecografía).

Evento médico común	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		<u>Proveedor dentro de la red</u> (Usted pagará el mínimo)	<u>Proveedor fuera de la red</u> (Usted pagará el máximo)	
	Servicios de parto profesionales	Incluido en los servicios del centro de partos/nacimientos.	Sin cobertura	No se requiere una <u>autorización previa</u> . El <u>costo compartido</u> no se aplica a la atención prenatal de rutina y la primera visita posnatal y ciertos <u>servicios preventivos</u> . Según el tipo de servicio, se puede aplicar un <u>coseguro</u> . La atención de maternidad puede incluir exámenes y servicios descritos en otra parte del SBC (por ejemplo, ecografía).
	Servicios de parto prestados en un establecimiento	\$525 de <u>copago</u> por día, hasta 5 días por admisión No se aplica el <u>deducible</u> .	Sin cobertura	El <u>costo compartido</u> no se aplica a la atención prenatal de rutina y la primera visita posnatal y ciertos <u>servicios preventivos</u> . Según el tipo de servicio, se puede aplicar un <u>coseguro</u> . La atención de maternidad puede incluir exámenes y servicios descritos en otra parte del SBC (por ejemplo, ecografía). No se requiere una <u>autorización previa</u> . Sin embargo, debe informar a la compañía aseguradora de su admisión para la entrega lo antes que sea posible.
Si necesita servicios de recuperación o tiene otras necesidades especiales de salud	<u>Cuidado de la salud en el hogar</u>	\$15 de <u>copago</u> por día No se aplica el <u>deducible</u> .	Sin cobertura	Se limita a 130 visitas por año calendario.
	<u>Servicios de rehabilitación</u>	Paciente ambulatorio \$25 de <u>copago</u> por visita No se aplica el <u>deducible</u> . Paciente hospitalizado: \$525 de <u>copago</u> por día, hasta 5 días por admisión No se aplica el <u>deducible</u> .	Sin cobertura	Se limita a 25 visitas como paciente ambulatorio por año calendario, se limita a 30 días como paciente hospitalizado por año calendario. Se requiere <u>autorización previa</u> para todas las estadías planificadas como paciente hospitalizado. Penalización por usar servicios <u>fuera de la red</u> : sin cobertura.

Evento médico común	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		<u>Proveedor dentro de la red</u> (Usted pagará el mínimo)	<u>Proveedor fuera de la red</u> (Usted pagará el máximo)	
	<u>Servicios de habilitación</u>	Paciente ambulatorio \$25 de <u>copago</u> por visita No se aplica el <u>deducible</u> . Paciente hospitalizado: \$525 de <u>copago</u> por día, hasta 5 días por admisión No se aplica el <u>deducible</u> .	Sin cobertura	Se limita a 25 visitas como paciente ambulatorio por año calendario, se limita a 30 días como paciente hospitalizado por año calendario. Se requiere <u>autorización previa</u> para todas las estadias planificadas como paciente hospitalizado. Penalización por usar servicios <u>fuera de la red</u> : sin cobertura.
	<u>Atención de enfermería especializada</u>	\$350 de <u>copago</u> por día	Sin cobertura	Se limita a 60 días por año calendario. Se requiere <u>autorización previa</u> para todas las estadias planificadas como paciente hospitalizado. Penalización por usar servicios <u>fuera de la red</u> : sin cobertura.
	<u>Equipo médico duradero</u>	20% de <u>coseguro</u>	Sin cobertura	Se requiere <u>autorización previa</u> para la compra de algún equipo médico duradero por encima de \$750. Penalización por usar servicios <u>fuera de la red</u> : sin cobertura.
	<u>Servicios de cuidados paliativos o enfermos terminales</u>	Paciente ambulatorio \$15 de <u>copago</u> por día No se aplica el <u>deducible</u> . Paciente hospitalizado: \$525 de <u>copago</u> por día, hasta 5 días por admisión No se aplica el <u>deducible</u> .	Sin cobertura	La atención de relevo se limita a 14 días de por vida.
Si su hijo necesita servicios odontológicos u oftalmológicos	Examen de la vista para niños	Sin cargo	Sin cargo	Límite de un examen por año calendario (menores de 19 años).
	Anteojos para niños	Sin cargo	Sin cargo	Los marcos y lentes se limitan a un par por año calendario.
	Control dental para niños	Sin cobertura	Sin cobertura	-----Ninguna-----

Servicios excluidos y otros servicios cubiertos:

Servicios que su plan generalmente NO cubre (revise la póliza o documento del plan para obtener más información y una lista de servicios excluidos).

- Tratamiento de fertilización asistida
- Cirugía bariátrica
- Cirugía estética
- Atención dental (adultos)
- Audífonos
- Atención a largo plazo
- Atención que no sea de emergencia durante viajes fuera de los EE. UU.
- Servicios de enfermería privada
- Atención de la vista de rutina (adultos)
- Programas para la pérdida de peso

Otros servicios cubiertos (se pueden aplicar limitaciones a estos servicios. No es una lista completa. Consulte el documento de su plan).

- Aborto
- Acupuntura (12 visitas/año)
- Atención quiropráctica u otras manipulaciones espinales (10 visitas/año)
- Atención de los pies

Sus derechos para continuar la cobertura: hay organismos que pueden ayudarlo si quiere mantener la cobertura después de que esta finalice. La información de contacto de esas agencias es: 1-800-562-6900 para el departamento de seguros del estado, o la aseguradora al 1-800-607-0546 o TTY 711. 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 dicho reclamo médico. Los documentos de su plan también brindan 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 plan al 1-800-607-0546, o con el departamento de seguros de su estado al 1-800-562-6900.

¿Este plan proporciona cobertura esencial mínima? Sí.

Por lo general, la cobertura esencial mínima incluye planes, seguros de salud disponibles a través del Mercado u otras pólizas de mercado individuales, Medicare, Medicaid, CHIP, TRICARE y otras coberturas determinadas. Si usted es elegible para determinados tipos de cobertura esencial mínima, tal vez no sea elegible para el crédito fiscal para las primas.

¿Este plan cumple con los estándares de valor mínimo? No corresponde.

Si su plan no cumple con los estándares de valor mínimo, es posible que usted sea elegible para recibir un crédito fiscal para las primas que le ayudará a pagar un plan a través del Mercado.

Servicios de acceso a idiomas:

Spanish (Español): Para obtener asistencia en Español, llame al 1-800-607-0546 o TTY 711.

Tagalog (Tagalog): Kung kailangan ninyo ang tulong sa Tagalog tumawag sa 1-800-607-0546 or TTY 711.

Chinese (中文): 如果需要中文的帮助, 请拨打这个号码 1-800-607-0546 or TTY 711.

Navajo (Dine): Dinek'ehgo shika at'ohwol ninisingo, kwijigo holne' 1-800-607-0546 or TTY 711.

—————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 este plan podría cubrir la atención médica. Sus costos reales pueden variar según el tratamiento real que reciba, los precios que cobren sus proveedores y muchos otros factores. Preste atención a los montos del costo compartido (deducibles, copagos y coseguro) y a los servicios excluidos del plan. Use esta información para comparar la parte de los costos que usted podría pagar en diferentes planes de salud. Tenga 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)

■ <u>El deducible general del plan</u>	\$600
■ <u>Copago del especialista</u>	\$40
■ <u>Copago del hospital (establecimiento)</u>	\$525
■ <u>Otro copago</u>	\$350

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

Pruebas diagnósticas (*ecografías y análisis de sangre*)

Visita a un especialista (*anestesia*)

Costo total del ejemplo \$12,700

En este ejemplo, Peg pagaría:

<u>Costos compartidos</u>	
<u>Deducibles</u>	\$0
<u>Copagos</u>	\$2,300
<u>Coseguro</u>	\$0
<i>Lo que no está cubierto</i>	
Límites o exclusiones	\$60
El total que pagaría Peg es	\$2,360

Controlar la diabetes de tipo 2 de Joe

(un año de atención de rutina dentro de la red para una afección bien controlada)

■ <u>El deducible general del plan</u>	\$600
■ <u>Copago del especialista</u>	\$40
■ <u>Copago del hospital (establecimiento)</u>	\$525
■ <u>Otro copago</u>	\$350

Este EJEMPLO de evento incluye servicios como:

Visitas al consultorio del médico de atención primaria (*incluida la educación sobre enfermedades*)

Pruebas diagnósticas (*análisis de sangre*)

Medicamentos con receta médica

Equipos médicos duraderos (*medidor de glucosa*)

Costo total del ejemplo \$5,600

En este ejemplo, Joe pagaría:

<u>Costos compartidos</u>	
<u>Deducibles</u>	\$30
<u>Copagos</u>	\$1,800
<u>Coseguro</u>	\$0
<i>Lo que no está cubierto</i>	
Límites o exclusiones	\$20
El total que Joe pagaría es	\$1,850

Fractura simple de Mia

(visita a una sala de emergencias dentro de la red y atención de seguimiento)

■ <u>El deducible general del plan</u>	\$600
■ <u>Copago del especialista</u>	\$40
■ <u>Copago del hospital (establecimiento)</u>	\$525
■ <u>Otro copago</u>	\$350

Este EJEMPLO de evento incluye servicios como:

Atención en la sala de emergencias (*incluidos insumos médicos*)

Prueba diagnóstica (*rayos x*)

Equipo médico duradero (*muletas*)

Servicios de rehabilitación (*fisioterapia*)

Costo total del ejemplo \$2,800

En este ejemplo, Mia pagaría:

<u>Costos compartidos</u>	
<u>Deducibles</u>	\$600
<u>Copagos</u>	\$1,300
<u>Coseguro</u>	\$10
<i>Lo que no está cubierto</i>	
Límites o exclusiones	\$0
El total que Mia pagaría es	\$1,910

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

La discriminación es prohibida

Premera Blue Cross (Premera) cumple con las leyes de derechos civiles federales y del estado Washington aplicables, y no discrimina según la raza, el color, la nacionalidad, la edad, la discapacidad, el sexo, la identidad de género o la orientación sexual. Premera no excluye a las personas ni las trata de manera diferente debido a su raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad, sexo, identidad de género u orientación sexual.

Premera:

- Proporciona ayuda y servicios gratuitos a personas con discapacidades para comunicarse con nosotros de manera eficiente, por ejemplo:
 - Intérpretes de lenguaje de señas calificados.
 - Información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos).
- Proporciona servicios lingüísticos gratuitos para las personas cuyo idioma principal no sea el inglés, tales como:
 - Intérpretes calificados.
 - Información escrita en otros idiomas.

Si necesita estos servicios, comuníquese con el coordinador de derechos civiles.

Si considera que Premera no le ha proporcionado estos servicios o se sintió discriminado de algún modo por su raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad, sexo, identidad de género u orientación sexual, puede presentar una queja formal a la siguiente dirección: Civil Rights Coordinator — Complaints and Appeals, PO Box 91102, Seattle, WA 98111, número gratuito: 855-332-4535, fax: 425-918-5592, TTY: 711, correo electrónico AppealsDepartmentInquiries@Premera.com. Puede presentar una queja formal en persona o por correo postal, fax o correo electrónico. Si necesita ayuda para presentar una queja formal, el coordinador de derechos civiles está disponible para ayudarle.

También puede presentar un reclamo de derechos civiles ante:

- La Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU., de manera electrónica a través del portal de reclamos de la Oficina de Derechos Civiles disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o bien, por correo postal o teléfono a la dirección y al número de teléfono indicados a continuación: U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Ave SW, Room 509F, HHH Building, Washington, D.C. 20201, 1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD). Los formularios de reclamos están disponibles en <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.
- La Oficina del Comisionado de Seguros del Estado de Washington, de manera electrónica a través del portal de reclamos de la Oficina del Comisionado de Seguros, disponible en <https://www.insurance.wa.gov/file-complaint-or-check-your-complaint-status>, o por teléfono al 800-562-6900, 360-586-0241 (TDD). Los formularios de reclamos están disponibles en <https://fortress.wa.gov/oic/onlineservices/cc/pub/complaintinformation.aspx>.

Asistencia con el idioma

ATTENTION: If you speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 800-607-0546 (TTY: 711).

ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 800-607-0546 (TTY: 711).

注意: 如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 800-607-0546 (TTY: 711)。

CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 800-607-0546 (TTY: 711).

주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 800-607-0546 (TTY: 711) 번으로 전화해 주십시오.

ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 800-607-0546 (телетайп: 711).

PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 800-607-0546 (TTY: 711).

УВАГА! Якщо ви розмовляєте українською мовою, ви можете звернутися до безкоштовної служби мовної підтримки.

Телефонуйте за номером 800-607-0546 (телетайп: 711).

ប្រយ័ត្ន: បើសិនជាអ្នកនិយាយ ភាសាខ្មែរ, សេវាជំនួយផ្នែកភាសា ដោយមិនគិតល្មើស គឺអាចមានសំរាប់បំរើអ្នក។ ចូរ ទូរស័ព្ទ 800-607-0546 (TTY: 711)។

注意事項: 日本語を話される場合、無料の言語支援をご利用いただけます。800-607-0546 (TTY:711) まで、お電話にてご連絡ください。

ማስታወሻ: የሚናገሩት ቋንቋ አማርኛ ከሆነ የትርጉም እርዳታ ድርጅቶች፣ በነጻ ሊያገለግሉት ተዘጋጅተዋል። ወደ ሚከተለው ቁጥር ይደውሉ 800-607-0546 (መስማት ለተሳናቸው: 711)።

XIYYEEFFANNA: Afaan dubbattu Oroomiffa, tajaajila gargaarsa afaanii, kanfaltiidhaan ala, ni argama. Bilbilaa 800-607-0546 (TTY: 711).

ملحوظة: إذا كنت تتحدث اذكر اللغة، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم 800-607-0546 (رقم هاتف الصم والبكم: 711).

ਧਿਆਨ ਦਿਓ: ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਪੰਜਾਬੀ ਬੋਲਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਸਹਾਇਤਾ ਸੇਵਾ ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਮੁਫਤ ਉਪਲਬਧ ਹੈ। 800-607-0546 (TTY: 711) 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ।

ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung. Rufnummer: 800-607-0546 (TTY: 711).

ໂປດຊາບ: ຖ້າວ່າ ທ່ານເວົ້າພາສາ ລາວ, ການບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາ, ໂດຍບໍ່ເສັຍຄ່າ, ຄວນມີພ້ອມໃຫ້ທ່ານ. ໂທ 800-607-0546 (TTY: 711).

ATANSYON: Si w pale Kreyòl Ayisyen, gen sèvis èd pou lang ki disponib gratis pou ou. Rele 800-607-0546 (TTY: 711).

ATTENTION: Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le 800-607-0546 (ATS : 711).

UWAGA: Jeżeli mówisz po polsku, możesz skorzystać z bezpłatnej pomocy językowej. Zadzwoń pod numer 800-607-0546 (TTY: 711).

ATENÇÃO: Se fala português, encontram-se disponíveis serviços linguísticos, grátis. Ligue para 800-607-0546 (TTY: 711).

ATTENZIONE: In caso la lingua parlata sia l'italiano, sono disponibili servizi di assistenza linguistica gratuiti. Chiamare il numero 800-607-0546 (TTY: 711).

توجه: اگر بہ زبان فارسی گفتگو می کنید، تسهیلات زبانی بصورت رایگان برای شما فراهم می باشد. با 800-607-0546 (TTY: 711) تماس بگیرید.

Este documento ha sido traducido del inglés solo para propósitos informativos. Esta traducción no cambia los requisitos de elegibilidad, beneficios, exclusiones, limitaciones ni otras disposiciones del plan de salud o del contrato en grupo. En caso de un conflicto o diferencia entre este documento traducido y la versión en idioma inglés, la versión en inglés regirá para los propósitos de aplicación e interpretación. / This document has been translated from English for informational purposes only. This translation does not change the eligibility requirements, benefits, exclusions, limitations or other provisions of the health plan or group contract. In the event of a conflict or difference between this translated document and the English language version, the English version is controlling for the purposes of application and interpretation.