



# Resumen de Beneficios

ASO Choice Plus HSA  
Olympic Steel, Inc.

Nombre del Plan Médico: **Choice Plus UHPD HSA – CTI Plan**

United HealthCare Services, Inc. y Olympic Steel, Inc. desean ayudarle a tomar el control y a aprovechar al máximo sus beneficios de cuidado de la salud. Por este motivo, ofrecemos servicios convenientes a fin de dar una respuesta rápida y precisa a sus preguntas sobre el cuidado de la salud:

- **myuhc.com**® - Aproveche unas herramientas en Internet fáciles de usar que le ahorrarán tiempo. Puede verificar sus requisitos de participación, beneficios, reclamos y pagos de reclamos, buscar un médico o un hospital, y mucho más.
- **Apoyo telefónico de Servicio al Cliente** – ¿Necesita más ayuda? Llame a un profesional de Servicio al Cliente al número gratuito que se encuentra en la parte de atrás de su tarjeta de ID. Obtenga respuestas a sus preguntas sobre los beneficios o reciba ayuda para buscar un médico o un hospital.

## Sus Costos

Además de los pagos (mensuales) de la prima que paga usted o su empleador, usted es responsable de pagar los siguientes costos.

### Su costo si usa Beneficios Dentro de la Red

### Su costo si usa Beneficios Fuera de la Red

#### Deducible Anual – Combinado para Gastos Médicos y de Farmacia

##### ¿Qué es un deducible anual?

El deducible anual es lo que usted paga por servicios cubiertos para el cuidado de la salud por cada año antes de que cumpla los requisitos para recibir beneficios. No incluye ninguna cantidad que exceda las cantidades permitidas. Es posible que el deducible no se aplique a todos los servicios cubiertos para el cuidado de la salud. Usted podría tener que pagar más de un tipo de deducible.

- Ningún familiar cumple los requisitos para los beneficios hasta que se haya alcanzado el deducible de cobertura familiar.

Deducible médico - Cobertura individual	\$2,000 por cada año.	\$4,000 por cada año.
Deducible médico - Cobertura familiar	\$4,000 por cada año.	\$8,000 por cada año.

#### Límite de Gastos de su Bolsillo - Combinado para Gastos Médicos y de Farmacia

##### ¿Qué es un límite de gastos de su bolsillo?

El límite de gastos de su bolsillo es lo máximo que usted paga por cada año. Una vez que alcanza el límite de gastos de su bolsillo, los beneficios son pagaderos al 100% de las cantidades permitidas durante el resto de ese año.

- Sus coseguros y deducibles (incluidos los de farmacia) se toman en cuenta para alcanzar el límite de gastos de su bolsillo.
- Si más de una persona de una familia está cubierta por la póliza, no se aplica el límite de gastos de su bolsillo de la individual.

Límite de gastos de su bolsillo - Cobertura individual	\$3,500 por cada año.	\$7,000 por cada año.
Límite de gastos de su bolsillo - Cobertura familiar	\$6,850 por cada año.	\$14,000 por cada año.

## Sus Costos

A continuación, hay una lista de los servicios que cubre su plan en orden alfabético. Además de los pagos (mensuales) de la prima que paga usted o su empleador, usted es responsable de pagar los siguientes costos.

### Servicios Cubiertos para el Cuidado de la Salud

### Su costo si usa Beneficios Dentro de la Red

### Su costo si usa Beneficios Fuera de la Red

### ¿Se Aplica un Deducible Médico?

#### Servicios de Ambulancia

Ambulancia en situaciones de emergencia:	20% de coseguro	Igual al beneficio dentro de la red.	Red: Sí Fuera de la Red: Sí El deducible dentro de la red se aplica a los beneficios fuera de la red.
Servicios de ambulancia en situaciones que no son de emergencia:	20% de coseguro	Igual al beneficio dentro de la red.	Red: Sí Fuera de la Red: Sí El deducible dentro de la red se aplica a los beneficios fuera de la red.
	Se requiere preautorización para servicios de ambulancia en situaciones que no son de emergencia.	Se requiere preautorización para servicios de ambulancia en situaciones que no son de emergencia.	

#### Celuloterapia y Genoterapia

Para obtener los beneficios dentro de la red, los servicios de celuloterapia o genoterapia se deben recibir de un proveedor designado.	Lo que usted paga se basa en dónde se preste el servicio cubierto para el cuidado de la salud.	Los beneficios fuera de la red no se encuentran disponibles	El deducible se basará en dónde se preste el servicio cubierto para el cuidado de la salud.
	Se requiere preautorización.		

#### Ensayos Clínicos

	Lo que usted paga se basa en dónde se preste el servicio cubierto para el cuidado de la salud.		El deducible se basará en dónde se preste el servicio cubierto para el cuidado de la salud.
	Se requiere preautorización.	Se requiere preautorización.	

#### Cirugías por Enfermedad Congénita del Corazón (Congenital Heart Disease, CHD)

	Los beneficios serán los mismos que los que se indican en la sección Hospital - Estadía como Paciente Hospitalizado.		El deducible será el mismo que el que se indica en la sección Hospital - Estadía como Paciente Hospitalizado.
		Se requiere preautorización.	

#### Servicios Dentales – Solo para Accidentes

Tratamiento completado dentro de los 12 meses del accidente.	20% de coseguro	Igual al beneficio dentro de la red. Fuera de la red limitado a \$3,000 por cada año calendario.	Red: Sí Fuera de la Red: Sí
--	-----------------	---	--------------------------------

Este Resumen de Beneficios solamente se debe usar para destacar sus beneficios. No use este documento para saber cuál es su cobertura, sus exclusiones y limitaciones exactas. Si este Resumen de Beneficios discrepa del Resumen de la Descripción del Plan (Summary Plan Description, SPD), la Lista de Beneficios, las Cláusulas Adicionales o las Enmiendas, estos últimos documentos son los correctos. Revise su Resumen de la Descripción del Plan para ver una descripción exacta de los servicios y suministros que están cubiertos, aquellos que están excluidos o limitados, y otros términos y condiciones de cobertura. Este documento se proporciona con el acuerdo del receptor de que se usará únicamente con el propósito de describir los productos y servicios de United HealthCare Services, Inc. al receptor. Se prohíbe cualquier otro uso, copia o distribución sin el permiso expreso por escrito de United HealthCare Services, Inc.

## Sus Costos

A continuación, hay una lista de los servicios que cubre su plan en orden alfabético. Además de los pagos (mensuales) de la prima que paga usted o su empleador, usted es responsable de pagar los siguientes costos.

### Servicios Cubiertos para el Cuidado de la Salud

### Su costo si usa Beneficios Dentro de la Red

### Su costo si usa Beneficios Fuera de la Red

### ¿Se Aplica un Deducible Médico?

Servicios Cubiertos para el Cuidado de la Salud	Su costo si usa Beneficios Dentro de la Red	Su costo si usa Beneficios Fuera de la Red	¿Se Aplica un Deducible Médico?
			El deducible dentro de la red se aplica a los beneficios fuera de la red.
<b>Servicios para la Diabetes</b>			
Capacitación para el automanejo de la diabetes/exámenes de la vista/cuidado de los pies para personas diabéticas:	Lo que usted paga se basa en dónde se preste el servicio cubierto para el cuidado de la salud.		El deducible se basará en dónde se preste el servicio cubierto para el cuidado de la salud.
Artículos para el automanejo de la diabetes:	Lo que usted paga se basa en dónde se preste el servicio cubierto para el cuidado de la salud, que se indica en la sección Equipo Médico Duradero (Durable Medical Equipment, DME), Ortesis y Suministros o en la Cláusula Adicional de Medicamentos con Receta para Pacientes Ambulatorios.	Se requiere preautorización para el Equipo Médico Duradero que cueste más de \$1,000.	
<b>Equipo Médico Duradero (DME), Ortesis y Suministros</b>			
La reparación y el reemplazo están cubiertos cuando son recetados por un médico.	20% de coseguro	40% de coseguro	Red: Sí Fuera de la Red: Sí
		Se requiere preautorización para el Equipo Médico Duradero o las ortesis que cuesten más de \$1,000.	
<b>Servicios para el Cuidado de la Salud de Emergencia - Pacientes Ambulatorios</b>			
	20% de coseguro	Igual al beneficio dentro de la red.	Red: Sí Fuera de la Red: Sí El deducible dentro de la red se aplica a los beneficios fuera de la red.
		Se requiere notificación si es admitido en un hospital fuera de la red.	
<b>Disforia de Género</b>			
	Lo que usted paga se basa en dónde se preste el servicio cubierto para el cuidado de la salud y en la Cláusula Adicional de Medicamentos con Receta para Pacientes Ambulatorios.		El deducible se basará en dónde se preste el servicio cubierto para el cuidado de la salud.
	Se requiere preautorización para ciertos servicios.	Se requiere preautorización para ciertos servicios.	
<b>Servicios para la Habilitación</b>			
Pacientes hospitalizados:	Lo que usted paga se basa en dónde se preste el servicio cubierto para el cuidado de la salud.		El deducible se basará en dónde se preste el servicio cubierto para el cuidado de la salud.
Los servicios para pacientes hospitalizados se limitan por cada año de la siguiente manera: Los límites serán los mismos que los que se indican en la sección Servicios en Centros de Enfermería Especializada/Centros de Rehabilitación para Pacientes Hospitalizados y estarán combinados con ellos.			
Pacientes ambulatorios:	20% de coseguro	40% de coseguro	Red: Sí Fuera de la Red: Sí
Terapias para pacientes ambulatorios: Fisioterapia. Terapia ocupacional. Tratamiento manipulativo. Terapia del habla. Terapia auditiva después de un implante coclear. Terapia cognitiva.			
Para las terapias anteriores para pacientes ambulatorios: Los límites serán los mismos que los que se indican en la sección Servicios de Rehabilitación - Terapia para Pacientes Ambulatorios y Tratamiento Manipulativo, y estarán combinados con ellos.		Se requiere preautorización para ciertos servicios para pacientes hospitalizados.	
<b>Cuidado de Asistencia Médica a Domicilio</b>			
Se limita a 100 visitas por cada año. Una visita equivale a un máximo de cuatro horas de servicios para el cuidado especializado. Este límite de visitas no incluye ningún servicio que se facture únicamente por la administración de infusión intravenosa.	20% de coseguro	40% de coseguro	Red: Sí Fuera de la Red: Sí
Para recibir beneficios dentro de la red por la administración de infusión intravenosa, usted debe recibir servicios de un proveedor que identifique el Administrador de Reclamos.		Se requiere preautorización.	

Este Resumen de Beneficios solamente se debe usar para destacar sus beneficios. No use este documento para saber cuál es su cobertura, sus exclusiones y limitaciones exactas. Si este Resumen de Beneficios discrepa del Resumen de la Descripción del Plan (Summary Plan Description, SPD), la Lista de Beneficios, las Cláusulas Adicionales o las Enmiendas, estos últimos documentos son los correctos. Revise su Resumen de la Descripción del Plan para ver una descripción exacta de los servicios y suministros que están cubiertos, aquellos que están excluidos o limitados, y otros términos y condiciones de cobertura. Este documento se proporciona con el acuerdo del receptor de que se usará únicamente para describir los productos y servicios de United HealthCare Services, Inc. al receptor. Se prohíbe cualquier otro uso, copia o distribución sin el permiso expreso por escrito de United HealthCare Services, Inc.

## Sus Costos

A continuación, hay una lista de los servicios que cubre su plan en orden alfabético. Además de los pagos (mensuales) de la prima que paga usted o su empleador, usted es responsable de pagar los siguientes costos.

### Servicios Cubiertos para el Cuidado de la Salud

Servicios Cubiertos para el Cuidado de la Salud	Su costo si usa Beneficios Dentro de la Red	Su costo si usa Beneficios Fuera de la Red	¿Se Aplica un Deducible Médico?
<b>Cuidados Paliativos</b>			
	20% de coseguro	40% de coseguro Se requiere preautorización para una estadía como paciente hospitalizado.	Red: Sí Fuera de la Red: Sí
<b>Hospital – Estadía como Paciente Hospitalizado</b>			
	20% de coseguro	40% de coseguro Se requiere preautorización.	Red: Sí Fuera de la Red: Sí
<b>Servicios de Laboratorio, Radiografías y de Diagnóstico - Pacientes Ambulatorios</b>			
Pruebas de laboratorio – Pacientes ambulatorios	20% de coseguro	40% de coseguro	Red: Sí Fuera de la Red: Sí
Radiografías y otras pruebas de diagnóstico - Pacientes ambulatorios	20% de coseguro	40% de coseguro Se requiere preautorización para exámenes genéticos, estudios del sueño, servicios de ecocardiograma de esfuerzo y ecocardiograma transtorácico.	Red: Sí Fuera de la Red: Sí
<b>Estudios por Imágenes y Servicios de Diagnóstico Mayores - Pacientes Ambulatorios</b>			
	20% de coseguro	40% de coseguro Se requiere preautorización.	Red: Sí Fuera de la Red: Sí
<b>Servicios para el Cuidado de la Salud Mental y Trastornos Relacionados con Sustancias y Trastornos Adictivos</b>			
Pacientes hospitalizados:	20% de coseguro	40% de coseguro	Red: Sí Fuera de la Red: Sí
Pacientes ambulatorios:	20% de coseguro	40% de coseguro	Red: Sí Fuera de la Red: Sí
Hospitalización parcial/tratamiento intensivo para pacientes ambulatorios:	20% de coseguro	40% de coseguro Se requiere preautorización para ciertos servicios de tratamiento intensivo para pacientes ambulatorios/hospitalización parcial para pacientes hospitalizados y ambulatorios.	Red: Sí Fuera de la Red: Sí
<b>Suministros para Ostomía</b>			
	20% de coseguro	40% de coseguro	Red: Sí Fuera de la Red: Sí
<b>Productos Farmacéuticos - Pacientes Ambulatorios</b>			
Incluyen medicamentos administrados en un centro para pacientes ambulatorios, en el consultorio de un médico o en el domicilio de una persona cubierta.	20% de coseguro	40% de coseguro	Red: Sí Fuera de la Red: Sí
<b>Honorarios del Médico por Servicios Quirúrgicos y Médicos</b>			
Visitas a un médico de cuidado primario	20% de coseguro	40% de coseguro	Red: Sí Fuera de la Red: Sí
Visitas a un médico especialista	20% de coseguro		Red: Sí Fuera de la Red: Sí
<b>Servicios en el Consultorio de un Médico – Enfermedad y Lesión</b>			
Visita al consultorio de un médico de cuidado primario	Red designada: 0% de coseguro  Red: 20% de coseguro	40% de coseguro	Red: Sí Fuera de la Red: Sí
Visita al consultorio de un especialista	Red designada: 0% de coseguro  Red: 20% de coseguro		
Se pueden aplicar copagos, deducibles o coseguros adicionales cuando usted reciba otros servicios en el consultorio de su médico.			
<b>Embarazo – Servicios de Maternidad</b>			
	Lo que usted paga se basa en dónde se preste el servicio cubierto para el cuidado de la salud, excepto que no se aplicará un deducible anual a un hijo recién nacido cuya estadía en el hospital sea la misma que la estadía de la madre.	Se requiere preautorización si la estadía en el hospital excede las 48 horas después de un parto vaginal normal o las 96 horas después de un parto por cesárea.	El deducible se basará en dónde se preste el servicio cubierto para el cuidado de la salud.
<b>Servicios para el Cuidado Preventivo</b>			
Servicios en el consultorio de un médico, laboratorio, radiografías u otros exámenes preventivos. Ciertos servicios para el cuidado preventivo se prestan según lo especificado por la Ley de Protección al Paciente y del Cuidado de Salud a Bajo Precio (Patient Protection and Affordable Care Act, ACA), sin costo compartido para usted. Estos servicios se basan en su edad, sexo y otros factores de salud. UnitedHealthcare también cubre otros servicios de rutina que pueden requerir un copago, coseguro o deducible.	Usted no paga nada	40% de coseguro	Red: No Fuera de la Red: Sí

Este Resumen de Beneficios solamente se debe usar para destacar sus beneficios. No use este documento para saber cuál es su cobertura, sus exclusiones y limitaciones exactas. Si este Resumen de Beneficios discrepa del Resumen de la Descripción del Plan (Summary Plan Description, SPD), la Lista de Beneficios, las Cláusulas Adicionales o las Enmiendas, estos últimos documentos son los correctos. Revise su Resumen de la Descripción del Plan para ver una descripción exacta de los servicios y suministros que están cubiertos, aquellos que están excluidos o limitados, y otros términos y condiciones de cobertura. Este documento se proporciona con el acuerdo del receptor de que se usará únicamente con el propósito de describir los productos y servicios de United HealthCare Services, Inc. al receptor. Se prohíbe cualquier otro uso, copia o distribución sin el permiso expreso por escrito de United HealthCare Services, Inc.

## Sus Costos

A continuación, hay una lista de los servicios que cubre su plan en orden alfabético. Además de los pagos (mensuales) de la prima que paga usted o su empleador, usted es responsable de pagar los siguientes costos.

### Servicios Cubiertos para el Cuidado de la Salud

Servicios Cubiertos para el Cuidado de la Salud	Su costo si usa Beneficios Dentro de la Red	Su costo si usa Beneficios Fuera de la Red	¿Se Aplica un Deducible Médico?
<b>Prótesis</b>			
La reparación y el reemplazo están cubiertos cuando son recetados por un médico.	20% de coseguro	40% de coseguro	Red: Sí Fuera de la Red: Sí
		Se requiere preautorización para prótesis que cuesten más de \$1,000.	
<b>Procedimientos Reconstructivos</b>			
	Lo que usted paga se basa en dónde se preste el servicio cubierto para el cuidado de la salud.		El deducible se basará en dónde se preste el servicio cubierto para el cuidado de la salud.
		Se requiere preautorización.	
<b>Servicios de Rehabilitación – Terapia y Tratamiento Manipulativo para Pacientes Ambulatorios</b>			
Los beneficios se limitan de la siguiente manera: 60 visitas combinadas de fisioterapia, terapia ocupacional, terapia habla y terapia de rehabilitación pulmonar. 12 visitas de tratamiento manipulativo 36 visitas de terapia de rehabilitación cardíaca 30 visitas de terapia auditiva después de un implante coclear	20% de coseguro	40% de coseguro	Red: Sí Fuera de la Red: Sí
<b>Procedimientos Endoscópicos – Terapéuticos y de Diagnóstico para Pacientes Ambulatorios</b>			
Los procedimientos endoscópicos terapéuticos/de diagnóstico incluyen, entre otros, colonoscopia, sigmoidoscopia y endoscopia.	20% de coseguro	40% de coseguro	Red: Sí Fuera de la Red: Sí
<b>Servicios en Centros de Enfermería Especializada/Centros de Rehabilitación para Pacientes Hospitalizados</b>			
Se limita a 120 días por cada año para enfermería especializada y rehabilitación para pacientes internados.	20% de coseguro	40% de coseguro	Red: Sí Fuera de la Red: Sí
		Se requiere preautorización.	
<b>Cirugía – Pacientes Ambulatorios</b>			
	20% de coseguro	40% de coseguro	Red: Sí Fuera de la Red: Sí
		Se requiere preautorización para ciertos servicios.	
<b>Tratamientos Terapéuticos – Pacientes Ambulatorios</b>			
Los tratamientos terapéuticos incluyen, entre otros, diálisis, quimioterapia intravenosa, infusión intravenosa, servicios de información médica educativa y oncología de radiación.	20% de coseguro	40% de coseguro	Red: Sí Fuera de la Red: Sí
		Se requiere preautorización para ciertos servicios.	
<b>Servicios para Trasplantes</b>			
Los beneficios dentro de la red se deben recibir de un proveedor designado.	Lo que usted paga se basa en dónde se preste el servicio cubierto para el cuidado de la salud.	40% de coseguro	El deducible se basará en dónde se preste el servicio cubierto para el cuidado de la salud.
	Se requiere preautorización.		
<b>Servicios en Centros de Cuidado de Urgencia</b>			
	20% de coseguro	40% de coseguro	Red: Sí Fuera de la Red: Sí
Se pueden aplicar copagos, deducibles o coseguros adicionales cuando usted reciba otros servicios en el centro de cuidado de urgencia.			
<b>Visitas Virtuales</b>			
Los beneficios dentro de la red están disponibles solamente cuando los servicios son prestados a través de un proveedor de la red designado para visitas virtuales. Para buscar un proveedor de la red designado para visitas virtuales, visite myuhc.com® o llame al número de teléfono que se encuentra en su tarjeta de ID. Es posible que el acceso a las visitas virtuales y a los servicios de medicamentos con receta no esté disponible en todos los estados o para todos los grupos.	20% de coseguro	Los beneficios fuera de la red no se encuentran disponibles.	Red: Sí Fuera de la Red: Los beneficios fuera de la red no se encuentran disponibles.

Este Resumen de Beneficios solamente se debe usar para destacar sus beneficios. No use este documento para saber cuál es su cobertura, sus exclusiones y limitaciones exactas. Si este Resumen de Beneficios discrepa del Resumen de la Descripción del Plan (Summary Plan Description, SPD), la Lista de Beneficios, las Cláusulas Adicionales o las Enmiendas, estos últimos documentos son los correctos. Revise su Resumen de la Descripción del Plan para ver una descripción exacta de los servicios y suministros que están cubiertos, aquellos que están excluidos o limitados, y otros términos y condiciones de cobertura. Este documento se proporciona con el acuerdo del receptor de que se usará únicamente con el propósito de describir los productos y servicios de United HealthCare Services, Inc. al receptor. Se prohíbe cualquier otro uso, copia o distribución sin el permiso expreso por escrito de United HealthCare Services, Inc.

<b>Servicios Cubiertos para el Cuidado de la Salud Adicionales</b>	<b>Su costo si usa Beneficios dentro de la red</b>	<b>Su costo si usa Beneficios fuera de la red</b>	<b>¿Se Aplica un Deducible Médico?</b>
<b>Obesidad – Cirugía para Bajar de Peso</b>	Lo que usted paga se basa en dónde se preste el servicio cubierto para el cuidado de la salud.  Se requiere preautorización.	Lo que usted paga se basa en dónde se preste el servicio cubierto para el cuidado de la salud.  Se requiere preautorización.	El deducible se basará en dónde se preste el servicio cubierto para el cuidado de la salud.
<b>Servicios para la Articulación Temporomandibular</b>	Lo que usted paga se basa en dónde se preste el servicio cubierto para el cuidado de la salud.	Lo que usted paga se basa en dónde se preste el servicio cubierto para el cuidado de la salud.  Se requiere preautorización para una estadía como paciente hospitalizado.	El deducible se basará en dónde se preste el servicio cubierto para el cuidado de la salud.
<b>Exámenes de la Vista</b>	20% de coseguro	40% de coseguro	Red: Sí Fuera de la Red: Sí
<b>Pelucas</b> Se limita a 1 peluca por cada año calendario. Tienen cobertura para la pérdida del cabello como consecuencia de un tratamiento contra el cáncer. El reemplazo está cubierto cuando son recetados por un médico.	20% de coseguro	40% de coseguro.	Red: Sí Fuera de la Red: Sí
<b>Exclusiones y Limitaciones</b> Esta es una lista parcial de los servicios que su plan generalmente no cubre. No incluye todos los servicios que no están cubiertos. Es importante que revise la Sección 2: Exclusiones y Limitaciones en su Resumen de la Descripción del Plan para obtener una descripción exacta de los servicios y suministros que están cubiertos, aquellos que están excluidos o limitados, y otros términos y condiciones de cobertura.			
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Acupuntura</li> <li>• Cirugía estética</li> <li>• Cuidado dental</li> <li>• Anteojos</li> <li>• Tratamiento de la infertilidad</li> <li>• Cuidado a largo plazo</li> <li>• Cuidado que no es de emergencia mientras viaja fuera de los Estados Unidos</li> <li>• Servicios de enfermería privada</li> <li>• Cuidado de los pies de rutina</li> <li>• Programas de control de peso</li> </ul>			

**Uso Exclusivo Interno:**  
**SFXABXTTT19HSA**

**UHPD HSA**

Este Resumen de Beneficios solamente se debe usar para destacar sus beneficios. No use este documento para saber cuál es su cobertura, sus exclusiones y limitaciones exactas. Si este Resumen de Beneficios discrepa del Resumen de la Descripción del Plan (Summary Plan Description, SPD), la Lista de Beneficios, las Cláusulas Adicionales o las Enmiendas, estos últimos documentos son los correctos. Revise su Resumen de la Descripción del Plan para ver una descripción exacta de los servicios y suministros que están cubiertos, aquellos que están excluidos o limitados, y otros términos y condiciones de cobertura. Este documento se proporciona con el acuerdo del receptor de que se usará únicamente con el propósito de describir los productos y servicios de United HealthCare Services, Inc. al receptor. Se prohíbe cualquier otro uso, copia o distribución sin el permiso expreso por escrito de United HealthCare Services, Inc.

UnitedHealthcare Insurance Company does not treat members differently because of sex, age, race, color, disability or national origin.

If you think you were treated unfairly because of your sex, age, race, color, disability or national origin, you can send a complaint to Civil Rights Coordinator.

Online: [UHC\\_Civil\\_Rights@uhc.com](mailto:UHC_Civil_Rights@uhc.com)

Mail: Civil Rights Coordinator, United HealthCare Civil Rights Grievance, P.O. Box 30608 Salt Lake City, UTAH 84130

You must send the complaint within 60 days of when you found out about it. A decision will be sent to you within 30 days. If you disagree with the decision, you have 15 days to ask us to look at it again.

If you need help with your complaint, please call the toll-free phone number listed on your ID card, TTY 711, Monday through Friday, 8 a.m. to 8 p.m.

You can also file a complaint with the U.S. Dept. of Health and Human Services.

Online: <https://ocportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>

Complaint forms are available at <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

Phone: Toll-free 1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD)

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

We provide free services to help you communicate with us. Such as, letters in others languages or large print. Or, you can ask for an interpreter. To ask for help, please call the toll-free phone number listed on your ID card, TTY 711, Monday through Friday, 8 a.m. to 8 p.m.

ATTENTION: If you speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Please call the toll-free phone number listed on your identification card.

ATENCIÓN: Si habla español (Spanish), hay servicios de asistencia de idiomas, sin cargo, a su disposición. Llame al número de teléfono gratuito que aparece en su tarjeta de identificación.

請注意：如果您說中文 (Chinese)，我們免費為您提供語言協助服務。請撥打會員卡所列的免費會員電話號碼。

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 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.

PAALALA: 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.

تنبیه: إذا كنت تتحدث العربية (Arabic)، فإن خدمات المساعدة اللغوية المجانية متاحة لك، الرجاء الاتصال على رقم الهاتف المجاني الموجود على معرفك المعنوية.

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 sou kat identifikasyon w.

ATTENTION : Si vous parlez français (French), des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Veuillez appeler le numéro de téléphone gratuit figurant sur votre carte d'identification.

UWAGA: Jeżeli mówisz po polsku (Polish), udostępniliśmy darmowe usługi tłumacza. Prosimy zadzwonić pod bezpłatny numer telefonu podany na karcie identyfikacyjnej.

ATENÇÃO: Se você fala português (Portuguese), contate o serviço de assistência de idiomas gratuito. Ligue gratuitamente para o número encontrado no seu cartão de identificação.

ATTENZIONE: in caso la lingua parlata sia l'italiano (Italian), sono disponibili servizi di assistenza linguistica gratuiti. Per favore chiamate il numero di telefono verde indicato sulla vostra tessera identificativa.

ACHTUNG: Falls Sie Deutsch (German) sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung. Bitte rufen Sie die gebührenfreie Rufnummer auf der Rückseite Ihres Mitgliedsausweises 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。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. لطفاً با شماره تلفن رایجی که روی کارت شناسایی شما درج شده تماس بگیرید.

ध्यान दें: यदि आप हिंदी (Hindi) बोलते हैं, आपको भाषा सहायता सेवाएं, 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: បើសិនអ្នកនិយាយភាសាខ្មែរ (Khmer) សេវាជំនួយភាសាដើរយកគតិកថ្លៃ គឺមានស្តាប់អ្នក។ សម្រាប់សេវាទៅលើឧត្តមគតិកថ្លៃ ដៃលម្អិតនៅលើអ្នកសញ្ញាណប័ណ្ណរបស់អ្នក។

PAKDAAR: Nu saritaem ti Ilocano (Ilocano), ti serbisyo para ti baddang ti lengguahe nga awanan bayadna, ket sidadaan para kenyanam. Maidawat nga awagan iti toll-free a numero ti telepono nga nakalista ayan iti identification card mo.

DÍI BAA'ÁKONÍNÍZIN: Diné (Navajo) bizaad bee yánití'go, saad bee áka'anida'awo'ígíí, t'áá jík'eh, bee ná'ahóót'í. T'áá shóqdi nimaaltsoos nit'ízi bee nééhozinígíí bine'déé' t'áá jík'ehgo béesh bee hane'í bílá'ígíí bee hodiilnah.

OGOW: Haddii aad ku hadasho Soomaali (Somali), adeegyada taageerada luqadda, oo bilaash ah, ayaad heli kartaa. Fadlan wac lambarka telefonka khaadka bilaashka ee ku yaalla kaarkaaga aqoonsiga.

EIOH23MP0162567\_000  
10/2023

Este Resumen de Beneficios solamente se debe usar para destacar sus beneficios. No use este documento para saber cuál es su cobertura, sus exclusiones y limitaciones exactas. Si este Resumen de Beneficios discrepa del Resumen de la Descripción del Plan (Summary Plan Description, SPD), la Lista de Beneficios, las Cláusulas Adicionales o las Enmiendas, estos últimos documentos son los correctos. Revise su Resumen de la Descripción del Plan para ver una descripción exacta de los servicios y suministros que están cubiertos, aquellos que están excluidos o limitados, y otros términos y condiciones de cobertura. Este documento se proporciona con el acuerdo del receptor de que se usará únicamente con el propósito de describir los productos y servicios de United HealthCare Services, Inc. al receptor. Se prohíbe cualquier otro uso, copia o distribución sin el permiso expreso por escrito de United HealthCare Services, Inc.