Friday Silver Rx Copay Limited X

Cobertura para: Individuo, individuo + cónyuge, familia | Tipo de plan: HMO

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 u obtener una copia de los términos completos de la cobertura, visite www.fridayhealthplans.com/member-hub/resources/co o llame al 1-800-475-8466. Para ver las definiciones de términos frecuentes, como cantidad permitida, facturación de saldo, coseguro, copago, deducible, proveedor u otros términos subrayados, consulte el glosario. Puede ver el glosario en https://www.healthcare.gov/sbc-glossary o llamar al 1-800-475-8466 para solicitar una copia.

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué es importante:
¿Cuál es el deducible general?	$0 con un proveedor de salud indígena (IHCP) o con una derivación de un IHCP con un proveedor dentro de la red que no es un IHCP; o $4,000 por individuo / $8,000 por familia.	Por lo general, debe pagar todos los costos de los proveedores hasta la cantidad del deducible antes de que este plan comience a pagar. Si hay otros miembros de la familia cubiertos por el plan, cada familiar deberá pagar su propio deducible individual hasta que la cantidad total de los gastos del deducible que pagan todos los familiares alcance el deducible familiar general.
¿Se cubre algún servicio antes de pagar todo el deducible?	Sí. La atención preventiva y los servicios de atención primaria se cubren antes de alcanzar su deducible.	Este plan cubre algunos artículos y servicios, incluso si aún no ha alcanzado la cantidad del deducible. Sin embargo, es posible que se aplique un copago o coseguro. Por ejemplo, este plan cubre algunos servicios preventivos sin costos compartidos y antes de que alcance su deducible. Vea una lista de servicios preventivos cubiertos en https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/.
¿Hay algún otro deducible por servicios específicos?	No.	No tiene que pagar deducibles para servicios específicos.
¿Cuál es el máximo en gastos directos del bolsillo de este plan?	Para proveedores dentro de la red: $8,700 por individuo / $17,400 por familia.	El límite de gastos de bolsillo es el máximo que podría pagar en un año por servicios cubiertos. Si hay otros miembros de la familia cubiertos por este plan, ellos deben pagar sus propios límites de gastos de bolsillo hasta alcanzar el límite de gastos de bolsillo familiar general.
¿Qué no incluye el desembolso máximo?	Las primas, los cargos por facturación de saldo y la atención médica que este plan no cubre.	Aunque usted pague estos costos, no cuentan para el límite de gastos de bolsillo.
¿Pagará un poco menos si acude a un proveedor dentro de la red medica?	Sí. Haga clic aquí para ver los proveedores dentro de la red o llame al 1-800-475-8466 para obtener una lista de los proveedores dentro de la red.	Este plan tiene una red de proveedores. Usted pagará menos si acude a un proveedor dentro de la red del plan. Usted pagará el máximo si acude a un proveedor fuera de la red, y es posible que reciba una factura de un proveedor por la diferencia en el costo del proveedor y lo que su plan paga (facturación de saldo). Tenga en mente que su proveedor dentro de la red podría utilizar un proveedor fuera de la red para algunos servicios (como análisis de laboratorio). Consulte con su proveedor antes de obtener servicios.

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué es importante:
¿Necesita un referido para ver a un especialista?	No.	Puede acudir a un especialista dentro de la red por servicios cubiertos sin una derivación.

* Para obtener más información sobre limitaciones y excepciones, consulte el documento del plan o de la póliza en www.fridayhealthplans.com/member-hub/resources/co/.

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

Eventos médicos comunes	Servicios que podría necesitar	Lo que usted paga			Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor de salud indígena (IHCP) (Usted pagará lo mínimo)	Proveedor dentro de la red que no es un IHCP (Usted pagará más)	Proveedor fuera de la red que no es un IHCP fuera de la red (Usted pagará lo máximo)	
Si acude a la oficina o clínica de un proveedor de salud	Visita de atención primaria para tratar una lesión o enfermedad	Sin cargo	Sin cargo; no se aplica el deducible	Sin cobertura	No se aplican costos compartidos con un proveedor de salud no indígena con una derivación de un IHCP. Los proveedores de telemedicina designados de Friday no están sujetos a deducible y están cubiertos por completo.
	Visita al especialista	Sin cargo	20% de coseguro después del deducible	Sin cobertura	Ninguna.
	Atención preventiva/examen colectivo/vacuna	Sin cargo	Sin cargo; no se aplica el deducible	Sin cobertura	Usted tendrá que pagar los servicios que no sean preventivos. Consulte con su proveedor si los servicios necesarios son preventivos. Luego verifique lo que su plan pagará. Las recomendaciones del Grupo de Trabajo de Servicios Preventivos de los Estados Unidos (USPSTF) para las mamografías de detección del cáncer de mama y las prevenciones emitidas antes de noviembre de 2009 se considerarán actuales. Las vacunas cubiertas son aquellas recomendadas por el Comité Asesor sobre Prácticas de Inmunización de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC).
Si se realiza un examen	Prueba diagnóstica (radiografía, análisis de sangre)	Sin cargo	20% de coseguro después del deducible	Sin cobertura	No se aplican costos compartidos con un proveedor dentro de la red que no es un IHCP con una derivación de un IHCP. Es posible que se requiera autorización previa para algunos servicios de diagnóstico y de diagnóstico por imágenes.
	Estudios de imágenes (tomografía computarizada, estudio PET, resonancia magnética)	Sin cargo	20% de coseguro después del deducible	Sin cobertura	

* Para obtener más información sobre limitaciones y excepciones, consulte el documento del plan o de la póliza en www.fridayhealthplans.com/member-hub/resources/co/.

Eventos médicos comunes	Servicios que podría necesitar	Lo que usted paga			Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor de salud indígena (IHCP) (Usted pagará lo mínimo)	Proveedor dentro de la red que no es un IHCP (Usted pagará más)	Proveedor fuera de la red que no es un IHCP fuera de la red (Usted pagará lo máximo)	
Si necesita medicamentos para tratar su enfermedad o infección. Hay más información disponible acerca de la cobertura de medicamentos con receta en Haga clic aquí.	Medicamentos genéricos (Nivel 1)	Sin cargo	Sin cargo; no se aplica el deducible	Sin cobertura	Se aplica solo a los medicamentos genéricos preferidos del formulario. Suministro de hasta 30 días por venta minorista y de hasta 90 días por venta minorista y por pedido por correo, excepto narcóticos y medicamentos de especialidad. Los medicamentos de atención preventiva se suministran sin costos compartidos, independientemente del nivel. No se aplica el deducible.
	Medicamentos de marca preferidos (Nivel 3)	Sin cargo	Hasta $250 de copago; no se aplica el deducible	Sin cobertura	No se aplica el deducible. Se aplica solo a los medicamentos de marca preferidos del formulario.
	Medicamentos de marca no preferidos (Niveles 2 y 4)	Sin cargo	Hasta $350 de copago; no se aplica el deducible	Sin cobertura	No se aplican costos compartidos con un proveedor dentro de la red que no es un IHCP con una derivación de un IHCP. Se aplica a los medicamentos de marca no preferidos, genéricos no preferidos y de especialidad no preferidos del formulario.
	Medicamentos de especialidad (Nivel 5)	Sin cargo	Hasta $725 de copago; no se aplica el deducible	Sin cobertura	No se aplica el deducible. Se aplica solo a los medicamentos de especialidad del formulario. Algunos medicamentos de especialidad están disponibles en otros niveles. No todos los medicamentos de especialidad están cubiertos, y es posible que se requiera autorización previa. Consulte los documentos de su póliza para obtener información detallada.
Si se somete a una operación ambulatoria	Cargo de instalaciones (p. ej., centro de cirugía ambulatoria)	Sin cargo	20% de coseguro después del deducible	Sin cobertura	No se aplican costos compartidos con un proveedor dentro de la red que no es un IHCP con una derivación de un IHCP. Es posible que se requiera autorización previa.
	Honorarios del médico/cirujano	Sin cargo	20% de coseguro después del deducible	Sin cobertura	

* Para obtener más información sobre limitaciones y excepciones, consulte el documento del plan o de la póliza en www.fridayhealthplans.com/member-hub/resources/co/.

Eventos médicos comunes	Servicios que podría necesitar	Lo que usted paga			Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor de salud indígena (IHCP) (Usted pagará lo mínimo)	Proveedor dentro de la red que no es un IHCP (Usted pagará más)	Proveedor fuera de la red que no es un IHCP fuera de la red (Usted pagará lo máximo)	
Si necesita atención médica inmediata	Atención en la sala de emergencias	Sin cargo	50% de coseguro después del deducible	50% de coseguro después del deducible	Usted paga lo mismo que dentro de la red si se trata de una emergencia, según se define en su plan.
	Transporte médico de emergencia	Sin cargo	20% de coseguro después del deducible	20% de coseguro después del deducible	No se aplican costos compartidos con un proveedor dentro de la red que no es un IHCP con una derivación de un IHCP. Usted paga lo mismo que dentro de la red si se trata de una emergencia, según se define en su plan.
	Atención de urgencia	Sin cargo	$75 de copago; no se aplica el deducible	$75 de copago; no se aplica el deducible	No se aplica el deducible.
Si le hospitalizan	Cargo de instalaciones (p. ej., habitación de hospital)	Sin cargo	20% de coseguro después del deducible	Sin cobertura	En caso de que no se obtenga la autorización previa para un servicio que requiera autorización previa, es posible que se le deniegue los beneficios. Consulte los documentos de su póliza para obtener más detalles. No se aplican costos compartidos con un proveedor que no es un IHCP con una derivación de un IHCP.
	Honorarios del médico/cirujano	Sin cargo	20% de coseguro después del deducible	Sin cobertura	
Si necesita servicios de salud mental, conductual o toxicomanías	Sevicios ambulatorios	Sin cargo	Visita al consultorio sin cargo; Otros servicios 20% de coseguro después del deducible	Sin cobertura	Todas las hospitalizaciones por enfermedad mental grave o abuso de sustancias requieren autorización previa. No se aplican costos compartidos con un proveedor de salud no indígena con una derivación de un IHCP.
	Servicios internos	Sin cargo	20% de coseguro después del deducible	Sin cobertura	
Si está embarazada	Visitas al consultorio	Sin cargo	20% de coseguro después del deducible	Sin cobertura	El costo compartido no se aplica a los servicios preventivos. Según el tipo de servicios, puede aplicarse un coseguro. La atención por maternidad puede incluir exámenes y servicios descritos en otra parte del SBC (es decir, ecografía). No se aplican costos compartidos con un proveedor
	Servicios de parto profesionales	Sin cargo	20% de coseguro después del deducible	Sin cobertura	

* Para obtener más información sobre limitaciones y excepciones, consulte el documento del plan o de la póliza en www.fridayhealthplans.com/member-hub/resources/co/.

Eventos médicos comunes	Servicios que podría necesitar	Lo que usted paga			Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor de salud indígena (IHCP) (Usted pagará lo mínimo)	Proveedor dentro de la red que no es un IHCP (Usted pagará más)	Proveedor fuera de la red que no es un IHCP fuera de la red (Usted pagará lo máximo)	
	Servicios de instalaciones de partos profesionales	Sin cargo	20% de coseguro después del deducible	Sin cobertura	dentro de la red que no es un IHCP con una derivación de un IHCP.
Si necesita ayuda recuperándose o tiene otras necesidades de salud especiales	Cuidado de la salud en el hogar	Sin cargo	20% de coseguro después del deducible	Sin cobertura	No se aplican costos compartidos con un proveedor dentro de la red que no es un IHCP con una derivación de un IHCP. Se requiere autorización previa.
	Servicios de rehabilitación	Sin cargo	20% de coseguro después del deducible	Sin cobertura	No se aplican costos compartidos con un proveedor dentro de la red que no es un IHCP con una derivación de un IHCP. Límite de 2 meses de servicios para pacientes hospitalizados y 20 visitas para pacientes ambulatorios por terapia, por año del plan.
	Servicios de habilitación	Sin cargo	20% de coseguro después del deducible	Sin cobertura	No se aplican costos compartidos con un proveedor dentro de la red que no es un IHCP con una derivación de un IHCP. Límite de 2 meses de servicios para pacientes hospitalizados y 20 visitas para pacientes ambulatorios por terapia, por año del plan.
	Cuidado de enfermería especializada	Sin cargo	20% de coseguro después del deducible	Sin cobertura	No se aplican costos compartidos con un proveedor que no es un IHCP con una derivación de un IHCP. 100 días por año.
	Equipo médico duradero	Sin cargo	20% de coseguro después del deducible	Sin cobertura	No se aplican costos compartidos con un proveedor de salud no indígena con una derivación de un IHCP. Las compras se limitan a una compra única de un tipo de DME, incluida la reparación y el reemplazo una vez cada tres (3) años.

* Para obtener más información sobre limitaciones y excepciones, consulte el documento del plan o de la póliza en www.fridayhealthplans.com/member-hub/resources/co/.

Eventos médicos comunes	Servicios que podría necesitar	Lo que usted paga			Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor de salud indígena (IHCP) (Usted pagará lo mínimo)	Proveedor dentro de la red que no es un IHCP (Usted pagará más)	Proveedor fuera de la red que no es un IHCP fuera de la red (Usted pagará lo máximo)	
	Servicios de cuidados paliativos o enfermos terminales	Sin cargo	20% de coseguro después del deducible	Sin cobertura	No se aplican costos compartidos con un proveedor dentro de la red que no es un IHCP con una derivación de un IHCP. Beneficios para servicios en un programa de cuidados paliativos para la atención de un miembro que tiene una enfermedad terminal con una expectativa de vida de seis meses o menos. No se requiere autorización para los primeros 6 meses, se requiere autorización previa.
Si su niño necesita servicios odontológicos o de la vista	Examen de la vista pediátrico	Sin cargo	Sin cargo	Sin cobertura	No se aplica el deducible. Límite de un examen por año del plan.
	Anteojos para niños	Sin cargo	Sin cargo	Sin cobertura	Cubre un (1) par de lentes por año cuando se determina que un cambio en la receta médica es necesario por motivos médicos; un (1) par de marcos. No se aplican costos compartidos con un proveedor dentro de la red que no es un IHCP con una derivación de un IHCP. Límite de (1) par por año.
	Chequeo dental pediátrico	Sin cobertura	Sin cobertura	Sin cobertura	La cobertura dental para niños puede adquirirse por separado como una póliza independiente.

* Para obtener más información sobre limitaciones y excepciones, consulte el documento del plan o de la póliza en www.fridayhealthplans.com/member-hub/resources/co/.

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).

- Aborto (excepto en casos de violación, incesto o cuando la vida de la madre se encuentra en peligro)
- Acupuntura
- Cirugía estética
- Atención dental (adultos y niños)
- Audífonos
- Atención a largo plazo
- Atención que no sea de emergencia durante viajes fuera de los Estados Unidos
- Atención de la vista de rutina (adultos)
- Atención de los pies de rutina
- Programas de pérdida de peso

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

- Cirugía bariátrica
- Atención quiropráctica (20 visitas por año)
- Audífonos
- Tratamiento para la infertilidad (hasta el diagnóstico)
- Servicios de enfermería privada

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: Departamento de Seguros de Colorado, al 1-800-930-3745. 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.HealthCare.gov 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: Friday Health Plans, 1-800-475-8466 o:

Department of Regulatory Agencies
Colorado Division of Insurance
1560 Broadway, Suite 850
Denver, CO 80202
(800) 930-3745
(303) 894-7499
http://www.dora.state.co.us/insurance
insurance@dora.state.co.us

¿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.

* Para obtener más información sobre limitaciones y excepciones, consulte el documento del plan o de la póliza en www.fridayhealthplans.com/member-hub/resources/co/.

¿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:

Español (Spanish): Para obtener asistencia en español, llame al 1-800-475-8466.

Tagalog (Tagalog): Kung kailangan ninyo ang tulong sa Tagalog tumawag sa 1-800-475-8466.

Chinese (中文): 如果需要中文的帮助, 请拨打这个号码 1-800-475-8466.

Navajo (Dine): Dinek'ehgo shika at'ohwol ninisingo, kwiijigo holne' 1-800-475-8466.

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 está embarazada
(9 meses de atención prenatal dentro de la red y parto en el hospital)

El deducible general del plan	$0
Coseguro del especialista	0%
Coseguro del hospital (establecimiento)	0%
Otro coseguro	0%

Este EJEMPLO de evento incluye servicios como:
Visitas al consultorio del especialista *(atención prenatal)*
Servicios profesionales para el nacimiento y el parto
Servicios hospitalarios para el nacimiento y el parto
Exámenes de diagnóstico *(ecografías y análisis de sangre)*
Consulta con un especialista *(anestesia)*

Costo total del ejemplo	$12,700

En este ejemplo, Peg pagaría:

Costos compartidos	
Deducibles	$0
Copagos	$0
Coseguro	$0
Lo que no está cubierto	
Límites o exclusiones	$0
El total que Peg pagaría es	**$0**

Controlar 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	$0
Coseguro del especialista	0%
Coseguro del hospital (establecimiento)	0%
Otro coseguro	0%

Este EJEMPLO de evento incluye servicios como:
Visitas en el consultorio del médico de atención primaria *(incluye la educación sobre enfermedades)*
Exámenes de diagnóstico *(análisis de sangre)*
Medicamentos con receta médica
Equipo médico duradero *(glucómetro)*

Costo total del ejemplo	$5,600

En este ejemplo, Joe pagaría:

Costos compartidos	
Deducibles	$0
Copagos	$0
Coseguro	$0
Lo que no está cubierto	
Límites o exclusiones	$0
El total que Joe pagaría es	**$0**

Fractura simple de Mia
(visita a la sala de emergencias dentro de la red y atención de seguimiento)

El deducible general del plan	$0
Coseguro del especialista	0%
Coseguro del hospital (establecimiento)	0%
Otro coseguro	0%

Este EJEMPLO de evento incluye servicios como:
Atención en la sala de emergencias *(incluye suministros médicos)*
Exámenes de diagnóstico *(radiografías)*
Equipo médico duradero *(muletas)*
Servicios de rehabilitación *(fisioterapia)*

Costo total del ejemplo	$2,800

En este ejemplo, Mia pagaría:

Costos compartidos	
Deducibles	$0
Copagos	$0
Coseguro	$0
Lo que no está cubierto	
Límites o exclusiones	$0
El total que Mía pagaría es	**$0**

Nota: Estos números suponen que el paciente recibió atención de un proveedor de IHCP o con una derivación de un IHCP en un centro que no es de IHCP. Si recibe atención de un proveedor que no es un IHCP sin una derivación de un IHCP, sus costos pueden ser más elevados.

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

Inserto en varios idiomas
Servicios de intérpretes en varios idiomas

Spanish: Si usted, o alguien a quien usted está ayudando, tiene preguntas acerca de Friday Health Plans, tiene derecho a obtener ayuda e información en su idioma sin costo alguno. Para hablar con un intérprete, llame al 1-800-475-8466.

Vietnamese: N□u quý v□, hay ngu□i mà quý v□ đang giúp đ□, có câu h□i v□ Friday Health Plans, quý v□ s□ có quy□n đu□c giúp và có thêm thông tin b□ng ngôn ng□ c□a mình mi□n phí. Đ□ nói chuy□n v□i m□t thông d□ch viên, xin g□i 1-800-475-8466.

Chinese: 如果您，或您正在幫助的人，有關於 Friday Health Plans方面的問題，您有權利免費以您的母語得到幫助和訊息 想要跟一位翻譯員通話，請致電 1-800-475-8466.

Korean: 만약 귀하 또는 귀하가 돕고 있는 어떤 사람이 Friday Health Plans 에 관해서 질문이 있다면 귀하는 그러한 도움과 정보를 귀하의 언어로 비용 부담 없이 얻을 수 있는
권리가 있습니다. 그렇게 통역사와 얘기하기 위해서는 1-800-475-8466 로 전화하십시오.

Russian: Если у вас или лица, которому вы помогаете, имеются вопросы по поводу Friday Health Plans, то вы имеете право на бесплатное получение помощи и информации на вашем языке. Для разговора с переводчиком позвоните по телефону 1-800-475-8466.

Amharic: እርስዎ፣ ወይም እርስዎ የሚያግዙት ግለሰብ፣ ስለ Friday Health Plans ጥያቄ ካላቸው፣ ያለ ምንም ክፍያ በቋንቋዎ እርዳታና መረጃ የማግኘት መብት አላቸው። ከአስተርጓሚ ጋር ለመነጋገር፣ 1-800-475-8466 ይደውሉ።

Arabic: إن كان لديك أو لدى شخص تساعده أسئلة بخصوص Friday Health Plans فلديك الحق في الحصول على المساعدة والمعلومات الضرورية بلغتك من دون اية تكلفة. للتحدث مع مترجم 1-800-475-8466 اتصل بـ

German: Falls Sie oder jemand, dem Sie helfen, Fragen zum Friday Health Plans haben, haben Sie das Recht, kostenlose Hilfe und Informationen in Ihrer Sprache zu erhalten. Um mit einem Dolmetscher zu sprechen, rufen Sie bitte die Nummer 1-800-475-8466 an.

French: Si vous, ou quelqu'un que vous êtes en train d'aider, a des questions à propos de Friday Health Plans, vous avez le droit d'obtenir de l'aide et l'information dans votre langue à aucun coût. Pour parler à un interprète, appelez 1-800-475-8466.

Napali: यदि तपाईं आफ्ना लागि आफैं आवेदनको काम गद□, वा कसैलाई मद्दत गद□ ह□नुह□न्छ Friday Health Plans बारे प्र□ह□ छन् भने आफ्नो मातृभाषामा नि:शुल्क सहायता वा जानकार पाउने अधिकार छ । दोभाषे (इन्टरप्रेटर) सँग कु रा गनर्ुपरे 1-800-475-8466 मा फोन गनर्ुहोस् ।

Tagalog: Kung ikaw, o ang iyong tinutulangan, ay may mga katanungan tungkol sa Friday Health Plans, may karapatan ka na makakuha ng tulong at impormasyon sa iyong wika ng walang gastos. Upang makausap ang isang tagasalin, tumawag sa 1-800-475-8466.

Japanese: ご本人様、またはお客様の身の回りの方でも、Friday Health Plans についてご質問がございましたら、ご希望の言語でサポートを受けたり、情報を入手したりすることができます。料金はかかりません。通訳とお話される場合、1-800-475-8466 までお電話ください。

Cushite: Isin yookan namni biraa isin deeggartan Friday Health Plans irratti gaaffii yo qabaattan, kaffaltii irraa bilisa haala ta’een afaan keessaniin odeeffannoo argachuu fi deeggarsa argachuuf mirga ni qabdu. Nama isiniif ibsu argachuuf, lakkoofsa bilbilaa 1-800-475-8466 tiin bilbilaa.

Persian: ، Friday Health Plans گر شما، یا کسی که شما به او کمک میکنید ، سوال در مورد 1-800-475-8466 داشته باشید حق این را دارید که کمک و اطلاعات به زبان خود را به طور رایگان دریافت نمایید تماس حاصل نمایید.

Kru: I bale we, tole mut u ye hola, a gwee mbarga inyu Friday Health Plans, U gwee Kunde I kosna mahola ni biniiguene i hop wong nni nsaa wogui wo. I Nyu ipot ni mut a nla koblene we hop, sebel 1-800-475-8466.

Ibo: ị bịrị gị, ma o bụ onye I na eyere-aka, nwere ajụjụ gbasara Friday Health Plans, I nwere ohere iwenta nye maka na ịmịma na asịsụ gị na akwu gị ịgwụ. I chịrị kwịrị onye-ntapịa okwu, kpọ 1-800-475-8466.

Yoruba: Bí ìwọ, tàbí ẹnikẹni tí o n ranlọwọ, bá ní ibeere nipa Friday Health Plans, o ní ẹtọ lati rí iranwọ àti ìfitónilétí gbà ní èdè rẹ láìsanwó. Láti bá ongbufẹ kan sọrọ, pè sórí 1-800-475-8466.