



El Resumen de beneficios y cobertura (SBC, por sus siglas en inglés) es un documento que le ayudará a elegir un [plan](#) médico. El SBC le muestra cómo usted y el [plan](#) compartirían el costo de los servicios médicos cubiertos. **NOTA:** La información sobre el costo de este [plan](#) (llamada [prima](#)) se proporcionará aparte. Esto es solo un resumen. Para más información sobre su cobertura, o para obtener una copia de los términos de cobertura completos, call llame al 1-877-280-2964 o visitenos en https://globalhealth.com/media/dbxbxcsg/cert_lggrp_gold_ok_2020_spanish_websiteupload.pdf. Para una definición de los términos de uso común, como [cantidad permitida](#), [facturación del saldo](#), [coseguro](#), [copago](#), [deducible](#), [proveedor](#) u otros términos [delineados](#) consulte el glosario. Puede ver una copia del glosario en https://www.GlobalHealth.com/media/2711/2017_uniformglossary.pdf o llamar a 1-877-280-2964 para solicitar una copia.

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué es importante:
¿Cuál es el deducible general?	USD \$2,000 por miembro individual o \$4,000 por familia.	Por lo general, usted debe pagar todos los costos de los proveedores hasta alcanzar la cantidad del deducible antes de que este plan comience a pagar. Si tiene a otros familiares en el plan , cada uno de ellos debe alcanzar su propio deducible individual, hasta que la cantidad total de los gastos de deducible que pagan todos los familiares alcance el deducible de la familia completa .
¿Se cubre algún servicio antes de pagar todo el deducible ?	Sí. Los servicios preventivos , las visitas en el consultorio, los análisis de laboratorio y algunos medicamentos recetados están cubiertos antes de que alcance el deducible .	Este plan cubre algunos artículos y servicios, incluso si aún no alcanzó la cantidad del deducible . Sin embargo, puede aplicarse un copago o un coseguro . Por ejemplo, este plan cubre determinados servicios preventivos sin costos compartidos y antes de que alcance su deducible . Encuentre una lista de los servicios preventivos cubiertos en https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/ .
¿Hay algún otro deducible por servicios específicos?	No.	No tiene que alcanzar deducibles para servicios específicos.
¿Cuál es el máximo en gastos directos del bolsillo de este plan ?	USD \$3,000 por miembro individual o \$6,000 por familia.	El límite de gastos de bolsillo es la cantidad máxima que puede pagar en un año por los servicios cubiertos. Si tiene a otros familiares en este plan , tienen que alcanzar sus propios límites de gastos de bolsillo hasta que se alcance el límite de gastos de bolsillo de la familia completa.
¿Qué no incluye el desembolso máximo ?	Las primas , los cargos de facturación de saldos y la atención médica que este plan no cubre.	Aunque usted pague estos gastos, no se tendrán en cuenta para el límite de gastos de bolsillo .
¿Pagará un poco menos si acude a un proveedor dentro de la red médica ?	Sí. Para obtener una lista de los proveedores de la red , visite www.GlobalHealth.com o llame al 1-877-280-2964.	Este plan usa una red de proveedores . Usted pagará el mínimo si acude a un proveedor de la red de centros preferidos. Pagará más si acude a un proveedor de la red de centros no preferidos. Pagará el máximo si acude a un proveedor fuera de la red , y es posible que reciba una factura del proveedor por la diferencia entre lo que el proveedor cobra y lo que su plan paga (facturación de saldo). Tenga en cuenta que su proveedor de la red podría usar un proveedor fuera de la red para algunos servicios, como los análisis de laboratorio.

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué es importante:
		Verifique esto con su proveedor antes de recibir los servicios.
¿Necesita un referido para ver a un especialista ?	Sí.	Este plan pagará algunos o todos los costos de las consultas con un especialista para los servicios cubiertos, pero solo si tiene una derivación antes de consultar al especialista .



Todos los costos de [copago](#) y [coseguro](#) que se indican en esta tabla son después de que se haya completado el [deducible](#), si aplica un [deducible](#).

Eventos médicos comunes	Servicios que podría necesitar	Lo que usted paga		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor en la red (Usted pagará lo mínimo)	Proveedor 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. No se aplica el deducible .	No está cubierto.	Ninguna.
	Visita al especialista	\$50 de copago por visita. No se aplica el deducible . Atención quiropráctica: \$35 de copago por visita. No se aplica el deducible . Cuidado de los pies: \$25 de copago por visita. No se aplica el deducible .	No está cubierto.	Se requieren derivación y preautorización , excepto para la atención quiropráctica o de un obstetra/ginecólogo. De lo contrario, tendrá que pagar el costo total de los servicios.
	Atención preventiva/examen colectivo/vacuna	Sin cargo. No se aplica el deducible .	No está cubierto.	*Para obtener detalles, consulte la sección Beneficios de atención preventiva en el Manual para miembros de este plan . Es posible que tenga que pagar por los servicios que no sean preventivos. Consulte con su proveedor si los servicios que usted necesita son preventivos. Luego, verifique lo que el plan pagará.
Si se realiza un examen	Prueba diagnóstica (radiografía, análisis de sangre)	Sin cargo. No se aplica el deducible .	No está cubierto.	Ninguna.
	Estudios de imágenes (tomografía computarizada, estudio PET, resonancia magnética)	Visita al PCP (médico de atención primaria): Sin cargo. No se aplica el deducible . Visita al especialista : Sin cargo. No se aplica el deducible . Centro preferido: \$300 de copago por estudio. Centro no preferido: \$900 de copago por	No está cubierto.	Se requieren derivación y preautorización . De lo contrario, tendrá que pagar el costo total de los servicios. Se incluyen en el copago por visita al especialista .

Eventos médicos comunes	Servicios que podría necesitar	Lo que usted paga		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor en la red (Usted pagará lo mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará lo máximo)	
		estudio.		
Si necesita medicamentos para tratar su enfermedad o infección. Hay más información disponible acerca de la cobertura de medicamentos con receta en www.GlobalHealth.com .	Medicamentos genéricos (nivel 1)	Suministro para 30 días: sin cargo, medicamentos genéricos de bajo costo. No se aplica el deducible . \$15 de copago por receta, genérico preferido. No se aplica el deducible . Suministro para 90 días: sin cargo, medicamentos genéricos de bajo costo. No se aplica el deducible . \$30 de copago por receta, genérico preferido. No se aplica el deducible .	No está cubierto.	El suministro para 30 días se da en farmacias. El suministro para 90 días puede darse en farmacias o mediante pedido por correo.
	Medicamentos de marcas preferidas (nivel 2)	Suministro para 30 días: \$70 de copago por receta. Suministro para 90 días: \$175 de copago por receta.	No está cubierto.	Pueden aplicarse algunas restricciones y el requisito de preautorización . *Para obtener detalles, consulte la sección Beneficios de medicamentos recetados en el Manual para miembros de este plan . De lo contrario, tendrá que pagar el costo total de los servicios. El suministro para 30 días se da en farmacias. El suministro para 90 días puede darse en farmacias o mediante pedido por correo. Los medicamentos de especialidad solo están disponibles en suministros para 30 días.
	Medicamentos de marcas no preferidas (nivel 3)	Suministro para 30 días: \$95 de copago por receta. Suministro para 90 días: \$285 de copago por receta.	No está cubierto.	
	Medicamentos especializados (nivel 4)	Especialidad preferida: 20% de coseguro hasta \$500 de copago por receta. Especialidad no preferida: 20% de coseguro hasta \$700 de copago por receta. Medicamentos de quimioterapia orales: 20% de coseguro hasta \$100 de copago por receta.	No está cubierto.	
Si se somete a una operación ambulatoria	Cargo de instalaciones (p. ej., centro de cirugía ambulatoria)	Centro preferido: \$300 de copago por visita. Centro no preferido: \$900 de copago por visita.	No está cubierto.	
	Honorarios del médico/cirujano	Sin cargo.	No está cubierto.	

Eventos médicos comunes	Servicios que podría necesitar	Lo que usted paga		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor en la red (Usted pagará lo mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará lo máximo)	
Si necesita atención médica inmediata	Atención en la sala de emergencias	\$300 de copago por visita.	\$300 de copago por visita.	Se limita a servicios dentro de los Estados Unidos. El copago por atención en la sala de emergencias no se aplica si lo ingresan en el hospital.
	Transporte médico de emergencia	\$150 de copago por incidente.	\$150 de copago por incidente.	
	Atención de urgencia	\$20 de copago por visita. No se aplica el deducible .	\$20 de copago por visita. No se aplica el deducible .	
Si le hospitalizan	Cargo de instalaciones (p. ej., habitación de hospital)	\$1,000 de copago por estancia.	No está cubierto.	Se requieren derivación y preautorización , excepto para la atención de emergencia o el parto. De lo contrario, tendrá que pagar el costo total de los servicios. Los honorarios del médico/cirujano se incluyen en la tarifa del centro.
	Honorarios del médico/cirujano	Sin cargo.	No está cubierto.	
Si necesita servicios de salud mental, conductual o toxicomanías	Servicios ambulatorios	Visita en el consultorio: Sin cargo. No se aplica el deducible . Programa intensivo para pacientes ambulatorios: Sin cargo. No se aplica el deducible . Programa de hospitalización parcial: Sin cargo.	No está cubierto.	Se requieren derivación y preautorización para otros servicios que no sean visitas en el consultorio. De lo contrario, tendrá que pagar el costo total de los servicios.
	Servicios internos	Centro de tratamiento residencial: \$100 de copago por día. Centro de atención intrahospitalaria: \$1,000 de copago por estancia.	No está cubierto.	
Si está embarazada	Visitas al consultorio	Atención prenatal o posnatal sin cargo. No se aplica el deducible .	No está cubierto.	No se aplican costos compartidos para los servicios preventivos . Los servicios profesionales de parto/nacimiento se incluyen en los servicios del centro.
	Servicios de parto profesionales	Sin cargo.	No está cubierto.	
	Servicios de instalaciones de partos profesionales	\$750 de copago por estancia.	No está cubierto.	

Eventos médicos comunes	Servicios que podría necesitar	Lo que usted paga		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor en la red (Usted pagará lo mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará lo máximo)	
Si necesita ayuda recuperándose o tiene otras necesidades de salud especiales	Cuidado de la salud en el hogar	Sin cargo.	No está cubierto.	Se requieren derivación y preautorización . De lo contrario, tendrá que pagar el costo total de los servicios. Límite de 30 visitas por año del plan .
	Servicios de rehabilitación	Atención intrahospitalaria: Sin cargo. Visita en el consultorio: \$35 de copago por visita. No se aplica el deducible . Centro ambulatorio de rehabilitación: \$70 de copago por día. Centro hospitalario de rehabilitación: \$225 de copago por día.	No está cubierto.	Se requieren derivación y preautorización , excepto para la evaluación de fisioterapia. De lo contrario, tendrá que pagar el costo total de los servicios. Centros ambulatorios y de rehabilitación: Límite de 30 visitas por año del plan . Los servicios hospitalarios se incluyen en la tarifa del centro hospitalario.
	Servicios de habilitación	Atención intrahospitalaria: Sin cargo. Visita en el consultorio: \$35 de copago por visita. No se aplica el deducible . Centro ambulatorio de habilitación: \$70 de copago por día.	No está cubierto.	Se requieren derivación y preautorización , excepto para la evaluación de fisioterapia. De lo contrario, tendrá que pagar el costo total de los servicios. Los servicios hospitalarios se incluyen en la tarifa del centro hospitalario. Se limitan a los siguientes diagnósticos: <ul style="list-style-type: none"> • Trastorno autista: autismo infantil, psicosis infantil y síndrome de Kanner • Trastorno disociativo de la infancia: síndrome de Heller • Síndrome de Rett • Trastornos generalizados del desarrollo no especificados: trastorno de Asperger, psicosis infantil atípica y psicosis límite de la infancia

Eventos médicos comunes	Servicios que podría necesitar	Lo que usted paga		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor en la red (Usted pagará lo mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará lo máximo)	
Si necesita ayuda recuperándose o tiene otras necesidades de salud especiales (continúa)	Cuidado de enfermería especializada	\$100 de copago por día.	No está cubierto.	Se requieren derivación y preautorización . De lo contrario, tendrá que pagar el costo total de los servicios. Enfermería especializada: Límite de 30 días por año del plan .
	Equipo médico duradero	25% de coseguro .	No está cubierto.	
	Servicios de cuidados paliativos o enfermos terminales	Sin cargo.	No está cubierto.	
Si su niño necesita servicios odontológicos o de la vista	Examen de la vista pediátrico	\$30 de copago por visita. No se aplica el deducible .	No está cubierto.	Límite de un examen por año del plan .
	Anteojos para niños	Sin cargo.	No está cubierto.	Se limita a un solo par de monturas y lentes básicos o a un primer set de lentes de contacto luego de una cirugía de cataratas.
	Chequeo dental pediátrico	No está cubierto.	No está cubierto.	Sin cobertura.

Servicios excluidos y otros servicios cubiertos:

Servicios que su [plan](#) generalmente NO cubre (consulte el documento de su plan o póliza para encontrar más información y una lista de otros [servicios excluidos](#).)

- Acupuntura
- Cirugía bariátrica
- Atención dental (adultos)
- Atención dental (revisión dental para niños)
- Atención a largo plazo
- Atención que no sea de emergencia cuando viaje fuera de EE. UU.
- Servicio de enfermería privado

Otros servicios cubiertos (podrían aplicarse limitaciones a estos servicios. Esto no es una lista completa. Consulte el documento de su [plan](#).)

- Atención quiropráctica
- Cirugía estética (reparación de condiciones resultantes de lesiones accidentales o defectos congénitos, cuando sea [médicamente necesaria](#). Para conocer las limitaciones, consulte el Manual para miembros).
- Audífonos (límite de uno por oído cada 48 meses)
- Tratamiento de infertilidad
- Atención ocular de rutina (adultos)
- Atención de rutina de los pies (cubierta únicamente para los pacientes diabéticos)
- Programas de pérdida de peso (cubiertos solo si los proporciona un [proveedor](#) de la red)

Sus derechos a continuar con su cobertura: Hay agencias que pueden ayudarle si desea continuar con su cobertura cuando esta termine. La información de contacto de estas agencias es: Employee Benefits Security Administration (Administración de Seguridad de Beneficios para Empleados) del U.S. Department of Labor (Departamento de Trabajo de los Estados Unidos) llamando al 1-866-444-3272 o visitando www.dol.gov/ebsa/healthreform, o Center for Consumer Information and Insurance Oversight (Centro de Información al Consumidor y Auditorías de Seguros) del U.S. Department of Health and Human Services (Departamento de Salud y Servicios Sociales de los Estados Unidos) llamando al 1-877-267-2323 x61565 o visitando www.cciio.cms.gov. También puede comunicarse con GlobalHealth llamando al 1-877-280-2964 o visitando www.GlobalHealth.com. Podría tener también otras opciones de cobertura, como comprar cobertura de seguro individual a través del [Mercado](#) de Seguro Médico. Para más información acerca del [Mercado](#), visite www.CuidadDeSalud.gov o llame al 1-800-318-2596.

Sus derechos para presentar quejas o apelaciones: Hay agencias que pueden ayudarle si tiene una queja contra su [plan](#) por negarle una [reclamación](#). Esta queja se llama [reclamo](#) o [apelación](#). Para más información acerca de sus derechos, consulte la explicación de beneficios que recibirá para este [reclamo](#) médico. Sus documentos del [plan](#) también incluirán información completa sobre cómo presentar un [reclamo](#), [apelación](#) o una [queja](#) a su [plan](#) por cualquier motivo. Para más información sobre sus derechos, esta notificación o para recibir asistencia, comuníquese con: Servicio al cliente de GlobalHealth llamando al 1-877-280-2964 o visitando www.GlobalHealth.com, la Administración de Seguridad de Beneficios de los Empleados (Employee Benefits Security Administration) del Departamento de Trabajo (Department of Labor) llamando al 1-866-444-EBSA (3272), o el Departamento de Seguros de Oklahoma (Oklahoma Insurance Department) 1-800-522-0071 o (405) 521-2991 (solo dentro del estado) <http://www.ok.gov/oid/Consumers>.

¿Este plan proporciona cobertura esencial mínima? Sí

Si no tiene [cobertura esencial mínima](#) durante un mes, tendrá que realizar un pago con su declaración de impuestos, a menos que califique para una exención del requisito de tener cobertura médica ese mes.

¿Este plan cumple con los estándares de valor mínimo? Sí

Si su [plan](#) no cumple con los [estándares de valor mínimo](#), usted podría calificar para un [crédito fiscal para las primas](#) para ayudarle a pagar un [plan](#) a través del [Mercado](#).

Servicios lingüísticos:

Spanish (Español): Para obtener asistencia en Español, llame al 1-877-280-2964 (TTY: 711).

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

Acerca de los ejemplos de cobertura:



Este no es un estimador de costos. Los tratamientos ilustrados son ejemplos de cómo este [plan](#) podría cubrir atención médica. Los costos en sí serán diferentes, en función de la atención que termine recibiendo, los precios que cobren sus [proveedores](#) y dentro del [plan](#). Utilice esta información para comparar la porción de los costos que usted tendría que pagar con otros [planes](#) médicos distintos. Tenga en mente que estos ejemplos de cobertura se basan solo en la cobertura individual.

Peg está embarazada

(nueve meses de atención prenatal en la red y parto en el hospital)

■ El deducible general del plan	\$2,000
■ Especialista copago	\$50
■ Hospital (instalaciones) copago	\$750
■ Otro coseguro	\$0

Este EJEMPLO incluye servicios como:

Visitas al especialista (*atención prenatal*)
 Servicios de parto profesionales
 Servicios de instalaciones de partos profesionales
 Pruebas diagnósticas (*sonogramas y análisis de sangre*)
 Visita al especialista (*anestesia*)

Costo total hipotético	\$12,800
-------------------------------	-----------------

En este ejemplo, Peg pagaría:

<i>Costo compartido</i>	
Deducibles	\$2,000
Copagos	\$800
Coseguro	\$0
<i>Qué no está cubierto</i>	
Límites o exclusiones	\$10
El total que Peg pagaría es	\$2,810

Control de la diabetes tipo 2 de Joe

(un año de atención en la red de rutina de una enfermedad bien manejada)

■ El deducible general del plan	\$2,000
■ Especialista copago	\$50
■ Hospital (instalaciones) copago	\$1,000
■ Otro coseguro	20%

Este EJEMPLO incluye servicios como:

Visitas al consultorio del médico primario (*incluye sesiones informativas sobre la enfermedad*)
 Pruebas diagnósticas (*análisis de sangre*)
 Medicamentos por recetas
 Equipo médico duradero (*medidor de glucosa*)

Costo total hipotético	\$7,400
-------------------------------	----------------

En este ejemplo, Joe pagaría:

<i>Costo compartido</i>	
Deducibles	\$2,000
Copagos	\$1,000
Coseguro	\$0
<i>Qué no está cubierto</i>	
Límites o exclusiones	\$30
El total que Joe pagaría es	\$3,030

Fractura simple de Mia

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

■ El deducible general del plan	\$2,000
■ Especialista copago	\$50
■ Hospital (instalaciones) copago	\$1,000
■ Otro coseguro	20%

Este EJEMPLO incluye servicios como:

Sala de emergencias (*incluye materiales médicos*)
 Prueba diagnóstica (*radiografía*)
 Equipo médico duradero (*muletas*)
 Servicios de rehabilitación (*terapia física*)

Costo total hipotético	\$1,900
-------------------------------	----------------

In this example, Mia would pay:

<i>Cost Sharing</i>	
Deductibles	\$1,300
Copagos	\$200
Coseguro	\$0
<i>Qué no está cubierto</i>	
Límites o exclusiones	\$0
El total que Mia pagaría es	\$1,500

El [plan](#) sería responsable de los demás costos por estos servicios cubiertos en este EJEMPLO.

Aviso de no discriminación

GlobalHealth, Inc. cumple con las leyes federales de derechos civiles vigentes y no discrimina por motivos de raza, color de piel, país de origen, edad, discapacidad ni sexo. GlobalHealth, Inc. no excluye a las personas ni las trata de forma diferente por motivos de raza, color, país de origen, edad, discapacidad o sexo.

GlobalHealth:

- Da asistencia y servicios gratuitos a las personas con discapacidades para que se comuniquen de manera efectiva con nosotros, como:
 - Intérpretes de lenguaje de señas calificados
 - Información por escrito en otros formatos (letra grande, audios, formatos electrónicos accesibles u otros formatos)
- Da servicios de idiomas gratuitos a las personas cuyo idioma principal no es el inglés, como:
 - Intérpretes calificados
 - Información escrita en otros idiomas

Si necesita estos servicios, comuníquese con el Servicio al Cliente llamando al 1-877-280-2964 (línea gratuita).

Si considera que GlobalHealth, Inc. no le ha proporcionado estos servicios o lo ha discriminado por motivos de raza, color de piel, país de origen, edad, discapacidad o sexo, puede presentar una queja ante: **Attn: Executive Director, Compliance and Legal Services, 210 Park Ave, Ste 2800, Oklahoma City, OK 73102-5621, o por correo electrónico a: compliance@globalhealth.com**. Puede presentar una queja en persona, por correo postal o por correo electrónico. Si necesita ayuda para presentar una queja, no dude en comunicarse con el Servicio al Cliente. También puede presentar una queja de derechos civiles ante la Office for Civil Rights (Oficina de Derechos Civiles) del U.S. Department of Health and Human Services (Departamento de Salud y Servicios Sociales de los Estados Unidos) electrónicamente a través del portal de quejas de derechos civiles que se encuentra disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o puede comunicarse por correo postal o por teléfono con los siguientes datos: U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue SW, Room 509F, HHH Building, Washington, DC 20201, 1-800-868-1019, 800-537-7697 (TDD).

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

Language	Translation
Spanish	Este Aviso contiene información importante. Este aviso contiene información importante acerca de su solicitud o cobertura a través de GlobalHealth. Preste atención a las fechas clave que contiene este aviso. Es posible que deba tomar alguna medida antes de determinadas fechas para mantener su cobertura médica o ayuda con los costos. Usted tiene derecho a recibir esta información y ayuda en su idioma sin costo alguno. Llame al 1-877-280-2964.
Vietnamese	Thông báo này cung cấp thông tin quan trọng. Thông báo này có thông tin quan trọng bàn về đơn nộp hoặc hợp đồng bảo hiểm qua chương trình GlobalHealth. Xin xem ngày then chốt trong thông báo này. Quý vị có thể phải thực hiện theo thông báo đúng trong thời hạn để duy trì bảo hiểm sức khỏe hoặc được trợ giúp thêm về chi phí. Quý vị có quyền được biết thông tin này và được trợ giúp bằng ngôn ngữ của mình miễn phí. Xin gọi số 1-877-280-2964.

Language	Translation
Chinese	本通知有重要的訊息。本通知有關於您透過[插入 SBM 項目的名稱 GlobalHealth 提交的申請或保險的重要訊息。請留意本通知內的重要日期。您可能需要在截止日期之前採取行動，以保留您的健康保險或者費用補貼。您有權利免費以您的母語得到本訊息和幫助。請撥電話 [在此插入數字 1-877-280-2964]。
Korean	본 통지서에는 중요한 정보가 들어 있습니다. 즉 이 통지서는 귀하의 신청에 관하여 그리고 GlobalHealth를 통한 커버리지에 관한 정보를 포함하고 있습니다. 본 통지서에서 핵심이 되는 날짜들을 찾으십시오. 귀하는 귀하의 건강 커버리지를 계속 유지하거나 비용을 절감하기 위해서 일정한 마감일까지 조치를 취해야 할 필요가 있을 수 있습니다. 귀하는 이러한 정보와 도움을 귀하의 언어로 비용 부담없이 얻을 수 있는 권리가 있습니다. 1-877-280-2964 로 전화하십시오.
German	Diese Benachrichtigung enthält wichtige Informationen. Diese Benachrichtigung enthält wichtige Informationen bezüglich Ihres Antrags auf Krankenversicherungsschutz durch GlobalHealth. Suchen Sie nach wichtigen Terminen in dieser Benachrichtigung. Sie könnten bis zu bestimmten Stichtagen handeln müssen, um Ihren Krankenversicherungsschutz oder Hilfe mit den Kosten zu behalten. Sie haben das Recht, kostenlose Hilfe und Informationen in Ihrer Sprache zu erhalten. Rufen Sie an unter 1-877-280-2964.
Arabic	يحيوي هذا الاشعار معلومات هامة. يحيوي هذا الاشعار معلومات مهمة بخصوص طلبك للحصول على التغطية من خلال GlobalHealth (ابحث عن التواريخ الهامة في هذا الاشعار. قد تحتاج لاتخاذ اجراء في تواريخ معينة للحفاظ على تغطيتك الصحية او للمساعدة في دفع التكاليف. لك الحق في الحصول على المعلومات والمساعدة بلغتك من دون أي تكلفة. اتصل ب (1-877-280-2964
Burmese	ဤစာ၌ အေရီးကြီးသော အချက်အလက် ပါဝင်ပါသည်။ ဤစာ၌ သင်၏ လျှောက်လွှာ သို့မဟုတ် GlobalHealth ငှက်သို့ ငှက်သင့်စားခွင့် အချက်အလက်များ ပါဝင်ပါသည်။ အခမဲ့ကုသမှုရရှိရန် ကသု ဤစာ၌ ရာခိုင်နှုန်း ၁၀၀ ပါရှိသော သတ်မှတ်ရက်သား နောက်ပိုင်းရက်မတ်သုငမီ ကျန်းမာရေး စိုးရိမ်ခွင့် သို့မဟုတ် စရိတ်ခွင့်ဆက်လက်ရရှိရန် သင့်အတွက် အထောက်အကူပြုရန် သင့်အတွက် အထောက်အကူပြုရန် နှင့် ဆောင်ရွက်ပါ။ ဤကိစ္စကို ပတ်သက်၍ မန်ကန်သော အချက်အလက်များရရှိရန် သင့်အတွက် ကုန်ကျစရိတ်ကို ပေးဆောင်မည်မဟုတ်ဘဲ မသမသာသာစကားဖြင့် အကူအညီရယူသူ ညှိညှိ။ 1-877-280-2964။
Hmong	Tsab ntawv tshaj xo no muaj cov ntshiab lus tseem ceeb. Tsab ntawv tshaj xo no muaj cov ntsiab lus tseem ceeb txog koj daim ntawv thov kev pab los yog koj qhov kev pab cuam los ntawm GlobalHealth. Saib cov caij nyoog los yog tej hnub tseem ceeb uas sau rau hauv daim ntawv no kom zoo. Tej zaum koj kuj yuav tau ua qee yam uas peb kom koj ua tsis pub dhau cov caij nyoog uas teev tseg rau hauv daim ntawv no mas koj thiaj yuav tau txais kev pab cuam kho mob los yog kev pab them tej nqi kho mob ntawd. Koj muaj cai kom lawv muab cov ntshiab lus no uas tau muab sau ua koj hom lus pub dawb rau koj. Hu rau 1-877-280-2964.
Tagalog	Ang Paunawa na ito ay naglalaman ng mahalagang impormasyon. Ang paunawa na ito ay naglalaman ng mahalagang impormasyon tungkol sa iyong aplikasyon o pagsakop sa pamamagitan ng GlobalHealth. Tingnan ang mga mahalagang petsa dito sa paunawa. Maaring mangailangan ka na magsagawa ng hakbang sa ilang mga itinakdang panahon upang mapanatili ang iyong pagsakop sa kalusugan o tulong na walang gastos. May karapatan ka na makakuha ng ganitong impormasyon at tulong sa iyong wika ng walang gastos. Tumawag sa 1-877-280-2964.
French	Cet avis a d'importantes informations. Cet avis a d'importantes informations sur votre demande ou la couverture par l'intermédiaire de GlobalHealth. Rechercher les dates clés dans le présent avis. Vous devrez peut-être prendre des mesures par certains délais pour maintenir votre couverture de santé ou d'aide avec les coûts. Vous avez le droit d'obtenir cette information et de l'aide dans votre langue à aucun coût. Appelez 1-877-280-2964.

