



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, llame al 1-877-280-5600 o visite www.GlobalHealth.com. Para una definición de los términos de uso común, como [monto permitido](#), [facturación del saldo](#), [coseguro](#), [copago](#), [deducible](#), [proveedor](#) u otros términos [delineados](#) consulte el glosario. Puede ver una copia del glosario en www.GlobalHealth.com o llamar a 1-877-280-5600 para solicitar una copia.

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué es importante
¿Cuál es el deducible general?	USD \$0	Consulte la tabla de eventos comunes a continuación para ver los costos de servicio que cubre este plan .
¿Se cubre algún servicio antes de pagar todo el deducible ?	Sí. Todos los servicios están cubiertos antes de pagar todo el deducible .	Este plan cubre algunas partidas y servicios incluso si aún no ha cubierto el monto total 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 cumpla con su deducible . Vea una lista de servicios preventivos cubiertos en https://www.cuidadodesalud.gov/es/coverage/preventive-care-benefits/ .
¿Hay algún otro deducible por servicios específicos?	No.	No tiene que pagar un deducible por servicios específicos.
¿Cuál es el máximo en gastos directos del bolsillo de este plan ?	USD \$3,500 por persona / \$10,500 por familia	El límite a los gastos directos del bolsillo es el máximo que podría pagar en un año por servicios cubiertos. Si tiene a otros familiares dentro de este plan , ellos deberán cumplir con sus propios límites de gastos directos de bolsillo hasta que se haya alcanzado el límite de gastos directos de bolsillo global de la familia.
¿Qué no incluye el desembolso máximo ?	Primas , cargos por facturación de saldo y servicios de salud que este plan no cubre.	Aunque usted pague estos costos, no cuentan para el límite a los gastos directos del bolsillo .
¿Pagará un poco menos si acude a un proveedor dentro de la red medica ?	Si. Véa www.GlobalHealth.com o llame al 1-877-280-5600 para una lista de proveedores dentro de la red .	Este plan no tiene un proveedor dentro de la red . Usted pagará menos si acude a un proveedor dentro de la red del plan. Usted pagará más 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 del saldo). Tenga en mente que su proveedor dentro de la red podría utilizar un proveedor fuera de la red para algunos servicios (como laboratorios médicos). Consulte con su proveedor antes de obtener servicios.
¿Necesita un referido para ver a un especialista ?	Si.	Este plan paga algunos o todos los costos de acudir a un especialista pero solo si tiene un referido antes de acudir 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)	
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 cubierta	Ninguna.
	Visita al especialista	Copago de \$50/visita.	No cubierta	Excepto en el caso de obstetras/ginecólogos, necesita referido y autorización previa . De no obtenerlos, usted deberá pagar el costo total de los servicios.
	Atención preventiva/examen colectivo/vacuna	Sin cargo.	No cubierta	* Consulte los Beneficios de Atención Preventiva incluidos en el Manual para Miembros de este plan para obtener más detalles. Es posible que deba pagar por los servicios que no sean preventivos. Pregunte a su proveedor si los servicios que necesita son preventivos. Luego verifique qué gastos cubrirá su plan .
Si se realiza un examen	Prueba diagnóstica (radiografía, análisis de sangre)	Sin cargo.	No cubierta	Ninguna.
	Estudios de imágenes (tomografía computarizada, estudio PET, resonancia magnética)	Visita al PCP (médico primario): Sin cargo. Visita a un especialista : Sin cargo. Centro preferido: Copago de \$250/estudio. Centro no preferido: Copago de \$750/estudio.	No cubiertos	Se necesita referido y autorización previa . De no obtenerlos, usted deberá pagar el costo total de los servicios. Incluido en el copago O coseguro por visita a un especialista .

* Para más información acerca de las limitaciones y excepciones, consulte el documento del plan o la póliza en www.GlobalHealth.com.

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 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)	Comercios: Copago de \$5/receta, genérico de bajo costo. Copago de \$10/receta, genérico preferido. Entrega a domicilio/ESN: Copago de \$10/receta, genérico de bajo costo. Copago de \$20/receta, genérico preferido.	No cubiertos	Comercios, suministros para 30 días. Entrega a domicilio o ESN (Red de Suministro Extendido), suministros para 90 días.
	Medicamentos de marcas preferidas (Nivel 2)	Comercios: Copago de \$50/receta. Entrega a domicilio/ESN: Copago de \$100/receta.	No cubiertos	
	Medicamentos de marcas no preferidas (Nivel 3)	Comercios preferidos: Copago de \$75/receta. Entrega a domicilio/ESN: Copago de \$150/receta.	No cubiertos	Podrían estar sujetos a autorización previa y otras restricciones. *Consulte los Beneficios de Medicamentos Recetados en el Manual para Miembros de este plan para obtener más detalles. De no cumplir con la autorización previa y demás restricciones aplicables, usted deberá pagar el costo total de los servicios. Comercios, suministros para 30 días. Entrega a domicilio o ESN (Red de Suministro Extendido), suministros para 90 días.
	Medicamentos especializados (Nivel 4)	Especialidad preferida: Copago de \$100/receta. Especialidad no preferida: Copago de \$200/receta. El copago máximo para medicamentos de quimioterapia oral es de \$100/receta.	No cubiertos	
Si se somete a una operación ambulatoria	Cargo de instalaciones (p. ej., centro de cirugía ambulatoria)	Centro preferido: Copago de \$250/vista. Centro no preferido: Copago de \$750/vista.	No cubierto	Se necesita referido y autorización previa . De no obtenerlos, usted deberá pagar el costo total de los servicios. Incluido en el cargo de instalaciones.
	Honorarios del médico/cirujano	Sin cargo.	No cubiertos	
Si necesita atención médica inmediata	Atención en la sala de emergencias	Copago de \$300/visita.	Copago de \$300/visita.	Limitado a servicios dentro de los Estados Unidos. No se aplica el copago de sala de emergencias si la persona es hospitalizada.
	Transporte médico de emergencia	Copago de \$100/evento.	Copago de \$100/evento.	
	Atención de urgencia	Copago de \$25/visita.	Copago de \$25/visita.	
Si le hospitalizan	Cargo de instalaciones (p. ej., habitación de	Copago de \$250/día hasta copago de \$750/estadía.	No cubierto	Se necesita referido y autorización previa , excepto en casos de atención de emergencia

* Para más información acerca de las limitaciones y excepciones, consulte el documento del plan o la póliza en www.GlobalHealth.com.

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)	
	hospital)			o parto. De no obtenerlos, usted deberá pagar el costo total de los servicios. Incluido en el cargo de instalaciones.
	Honorarios del médico/cirujano	Sin cargo.	No cubiertos	
Si necesita servicios de salud mental, conductual o toxicomanías	Servicios ambulatorios	Visitas al consultorio: Sin cargo.	No cubiertos	Excepto para visitas al consultorio, se necesita referido y autorización previa . De no obtenerlos, usted deberá pagar el costo total de los servicios.
	Servicios internos	Centro de internación para tratamientos: Copago de \$250/día hasta copago de \$750/estadía. De urgencia: Copago de \$250/día hasta copago de \$750/estadía.	No cubiertos	
Si está embarazada	Visitas al consultorio	Sin cargo / atención prenatal. Copago de \$25 por única vez por toda la atención postnatal.	No cubiertas	Los costos compartidos no son aplicables en el caso de servicios preventivos . Los servicios de alumbramiento/parto profesionales están incluidos en los servicios del centro.
	Servicios de parto profesionales	Sin cargo.	No cubiertos	
	Servicios de instalaciones de partos profesionales	Copago de \$500/estadía.	No cubiertos	
Si necesita ayuda recuperándose o tiene otras necesidades de salud especiales	Cuidado de la salud en el hogar	Sin cargo.	No cubierto	Se necesita referido y autorización previa . De no obtenerlos, usted deberá pagar el costo total de los servicios. Atención domiciliaria: límite de 100 visitas por año del plan .
	Servicios de rehabilitación	Con hospitalización: Sin cargo. Visita al consultorio: Copago de \$50/visita. Centro de rehabilitación ambulatoria: Copago de \$250/día hasta copago de \$750/estadía.	No cubiertos	Se necesita referido y autorización previa , excepto para evaluación de terapia física. De no obtenerlos, usted deberá pagar el costo total de los servicios. Centros ambulatorios y de rehabilitación: límite de 60 visitas por año del plan . Con hospitalización: incluido en el cargo de instalaciones del hospital.
	Servicios de habilitación	No cubierto.	No cubiertos	No cubierto.
	Cuidado de enfermería especializada	Copago de \$250/día hasta copago de \$750/estadía.	No cubierto	Se necesita referido y autorización previa . De no obtenerlos, usted deberá pagar el costo total de los servicios. Enfermería especializada: límite de 100 días por año del
	Equipo médico duradero	Coseguro de 20%.	No 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)	
	Servicios de cuidados paliativos o enfermos terminales	Sin cargo.	No cubiertos	plan .
Si su niño necesita servicios odontológicos o de la vista	Examen de la vista pediátrico	Copago de \$50/visita.	No cubierto	Límite de un examen por año del plan .
	Anteojos para niños	Sin cargo.	No cubiertos	Límite de un armazón básico y un par de lentes, o un primer par de lentes de contacto luego de una cirugía de cataratas.
	Chequeo dental pediátrico	No cubierto.	No cubierto	No cubierto.

* Para más información acerca de las limitaciones y excepciones, consulte el documento del plan o la póliza en www.GlobalHealth.com.

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](#).)

- | | | |
|---|--|--|
| <ul style="list-style-type: none">• Acupuntura• Cirugía bariátrica• Atención odontológica (Adultos) | <ul style="list-style-type: none">• Atención odontológica (Chequeo dental pediátrico)• Servicios de rehabilitación• Atención médica prolongada | <ul style="list-style-type: none">• Atención médica que no es de emergencia cuando viaja fuera de los Estados Unidos• Servicios de enfermería privada |
|---|--|--|

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

- | | | |
|---|--|--|
| <ul style="list-style-type: none">• Tratamiento quiropráctico• Cirugía cosmética (Reparación de condiciones que son consecuencia de lesiones por accidentes o defectos congénitos, cuando sea médicamente necesario. Consulte el Manual para Miembros para conocer las limitaciones) | <ul style="list-style-type: none">• Audífonos (Límite de un audífono por oído cada 48 meses).• Tratamientos para infertilidad | <ul style="list-style-type: none">• Atención oftalmológica de rutina (Adultos)• Servicios de podología de rutina (Cubiertos solo para diabéticos)• Programas para bajar de peso (Cubiertos solamente si son brindados por proveedores 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: U.S. Department of Labor (Departamento de Trabajo de los Estados Unidos), Employees Benefits Security Administration (Administración de Protección de Prestaciones Laborales): 1-866-444-3272 o www.dol.gov/ebsa/healthreform, o U.S. Department of Health and Human Services (Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos), Center for Consumer Information and Insurance Oversight (Centro de Información al Consumidor y Supervisión de Seguros): 1-877-267-2323 extensión 61565 o www.cciio.cms.gov, o puede contactar a GlobalHealth llamando al 1-877-280-5600 o visitar 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: Atención al Cliente de GlobalHealth al 1-877-280-5600 o visite www.GlobalHealth.com, la Employee Benefits Security Administration (Administración de Protección de Prestaciones Laborales) del Department of Labor (Departamento de Trabajo) al 1-866-444-EBSA (3272), o el Oklahoma Insurance Department (Departamento de Seguros de Oklahoma) al 1-800-522-0071 o al (405) 521-2991 (solamente 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 1-877-280-5600 (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](#) \$0
- [Especialista copago](#) \$50
- Hospital (instalaciones) [copago](#) \$500
- Otro [copago](#) \$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:

Costo compartido	
Deducibles	\$0
Copagos	\$500
Coseguro	\$0
Qué no está cubierto	
Límites o exclusiones	\$10
El total que Peg pagaría es	\$510

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](#) \$0
- [Especialista copago](#) \$50
- Hospital (instalaciones) [copago](#) \$250/día hasta \$\$750/estadía
- 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:

Costo compartido	
Deducibles	\$0
Copagos	\$1,300
Coseguro	\$0
Qué no está cubierto	
Límites o exclusiones	\$30
El total que Joe pagaría es	\$1,330

Fractura simple de Mia

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

- El [deducible](#) general del [plan](#) \$0
- [Especialista copago](#) \$50
- Hospital (instalaciones) [copago](#) \$250/día hasta \$\$750/estadía
- 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
-------------------------------	----------------

En este ejemplo, Mia pagaría:

Costo compartido	
Deducibles	\$0
Copagos	\$600
Coseguro	\$0
Qué no está cubierto	
Límites o exclusiones	\$0
El total que Mia pagaría es	\$600

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

Aviso sobre no discriminación

GlobalHealth, Inc. cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. GlobalHealth no excluye a las personas ni las trata de forma diferente debido a su origen étnico, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo.

GlobalHealth:

- Proporciona asistencia y servicios gratuitos a las personas con discapacidades para que se comuniquen de manera eficaz con nosotros, como los siguientes:
 - Intérpretes de lenguaje de señas capacitados.
 - Información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos).
- Proporciona servicios lingüísticos gratuitos a personas cuya lengua materna no es el inglés, como los siguientes:
 - Intérpretes capacitados.
 - Información escrita en otros idiomas.

Si necesita recibir estos servicios, comuníquese con Atención al Cliente al 1-877-280-5600 (línea gratuita).

Si considera que GlobalHealth, Inc. no le proporcionó estos servicios o lo discriminó de otra manera por motivos de origen étnico, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, puede presentar un reclamo a la siguiente persona: **Attn: Director of Compliance, 210 Park Avenue, Ste 2800, Oklahoma City, OK 73102-5621, Teléfono: (405) 280-5220, Fax: (405) 280-5894, o Correo Electrónico: compliance@globalhealth.com**. Puede presentar el reclamo en persona o por correo postal, fax o correo electrónico. Si necesita ayuda para hacerlo, Atención al Cliente está a su disposición para brindársela. También puede presentar un reclamo de derechos civiles ante la Office for Civil Rights (Oficina de Derechos Civiles) del Department of Health and Human Services (Departamento de Salud y Servicios Humanos) de EE. UU. de manera electrónica a través de Office for Civil Rights Complaint Portal, disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o bien, por correo postal a la siguiente dirección o por teléfono a los números que figuran a continuación: U.S. Department of Health and Human Services 200 Independence Avenue, SW Room 509F, HHH Building Washington, D.C. 20201 1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD)

Puede obtener los formularios de reclamo en el sitio web <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 1-877-280-5600.
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 1-877-280-5600.

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 1-877-280-5600.]
Korean	본 통지서에는 중요한 정보가 들어 있습니다. 즉 이 통지서는 귀하의 신청에 관하여 그리고 GlobalHealth을 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. 1-877-280-5600 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 1-877-280-5600.
Arabic	الهامة التواريخ عن ابحت . GlobalHealth (خلال من التغطية على للحصول طلبك بخصوص مهمة معلومات الاشعار هذا يحوي هامة معلومات الاشعار هذا يحوي دفع في المساعدة او الصحية تغطيتك على للحفاظ معينة تواريخ في اجراء لاتخاذ تحتاج قد. الاشعار هذا في 1-877-280-5600 (ب اتصل بتكلفة أي دون من بلغتك والمساعدة المعلومات على الحصول في الحق لك. التكاليف
Burmese	ဤစာ၌ အေရီးဆက်ီး သာ အကြံအလက ပါဝင်ပါသည်။ ဤစာ၌ သင်၏ လောကလေး သို့မဟုတ် GlobalHealth င သကုသိုင သာ သင် ငြီးငြေအကြံအလကမီး ပါဝင်ပါသည်။ အသကရကစဲခ ကသု ဤစာ၌ရ၁င ခဖပါ။ သတုမ္တတီး သာ င နာကုံးရက မတုသုငမီ က်နီးမာင ရီးငြေသသု မဟုတ် စရသတုမ္တတီးငြေဆကလကရရ သင နေစရန င ဆာငငရကစရာရ သသညသို ကသု င ဆာငငရကပါ။ ဤကသစာ င ပတုက ရှိ မ နကန င သာအကြံအလကမီးရရ သရန ကုနက်စရသတု င ပီးရနမလသုဘဲ မသမသာဘာစကီး ဖင အကူအညီရယူ သု ငည။ 1-877-280-5600။
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 1-877-280-5600.
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 1-877-280-5600.

