Friday Standard Silver

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/ga/ o llame al 1-844-521-7999. Para ver las definiciones de términos frecuentes, como cantidad permitida, facturación de saldo, coseguro, copago, deducible, provedor u otros términos subrayados, consulte el glosario. Puede consultar el glosario en https://www.healthcare.gov/sbc-glossary o llamar al 1-844-521-7999 para pedir una copia.

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué es importante:
¿Cuál es el deducible general?	Para provedores dentro de la red: $5,800 por individuo / $11,600 por familia.	Por lo general, debe pagar todos los costos de los provedores 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 provedores dentro de la red: $8,900 por individuo / $17,800 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 provedor dentro de la red medica?	Sí. Haga clic aquí para ver los provedores dentro de la red o llame al 1-844-521-7999 para obtener una lista de los provedores dentro de la red.	Este plan tiene una red de provedores. Usted pagará menos si acude a un provedor dentro de la red del plan. Usted pagará el máximo si acude a un provedor fuera de la red, y es posible que reciba una factura de un provedor por la diferencia en el costo del provedor y lo que su plan paga (facturación de saldo). Tenga en mente que su provedor dentro de la red podría utilizar un provedor fuera de la red para algunos servicios (como análisis de laboratorio). Consulte con su provedor antes de obtener servicios.
¿Necesita un referido para ver a un especialista?	No.	Puede acudir a un especialista dentro de la red por servicios cubiertos sin una derivación.

⚠ 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 pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Provedor dentro de la red (Usted pagará el mínimo)	Provedor fuera de la red (Usted pagará el máximo)	
Si acude a la oficina o clínica de un provedor de salud	Consulta con su médico de atención primaria para tratar una afección o lesión	$40 de copago por visita; no se aplica el deducible	Sin cobertura	Los provedores de telemedicina designados de Friday no están sujetos a deducible y están cubiertos por completo.
	Consulta con un especialista	$80 de copago por visita; no se aplica el deducible	Sin cobertura	No se aplica el deducible.
	Atención preventiva / evaluación / vacunas	Sin cargo; no se aplica el deducible	Sin cobertura	Usted tendrá que pagar los servicios que no sean preventivos. Consulte con su provedor si los servicios necesarios son preventivos. Luego verifique lo que su plan pagará.
Si se realiza un examen	Exámenes de diagnóstico (radiografías)	40% de coseguro después del deducible	Sin cobertura	Es posible que se requiera autorización previa para algunos servicios de diagnóstico y de diagnóstico por imágenes. No se aplica el deducible.
	Diagnóstico por imágenes (tomografía computarizada / tomografía por emisión de positrones, imágenes por resonancia magnética), análisis de sangre	40% de coseguro después del deducible	Sin cobertura	Es posible que se requiera autorización previa para algunos servicios de diagnóstico y de diagnóstico por imágenes.

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

Eventos médicos comunes	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Provedor dentro de la red (Usted pagará el mínimo)	Provedor fuera de la red (Usted pagará el 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)	Hasta $20 de copago. No se aplica el deducible	Sin cobertura	Se aplica solo a los medicamentos genéricos preferidos del formulario. No se aplica el deducible.
	Medicamentos de marca preferidos (Nivel 3)	Hasta $40 de copago. No se aplica el deducible	Sin cobertura	Se aplica solo a los medicamentos genéricos preferidos del formulario. No se aplica el deducible.
	Medicamentos de marca no preferidos (Niveles 2 y 4)	Hasta $80 de copago después del deducible	Sin cobertura	Se aplica a los medicamentos de marca no preferidos, genéricos no preferidos y de especialidad no preferidos del formulario.
	Medicamentos de especialidad (Nivel 5)	Hasta $350 de copago después del deducible	Sin cobertura	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 más detalles.
Si se somete a una operación ambulatoria	Tarifa del centro (p. ej., centro de cirugía ambulatoria)	40% de coseguro después del deducible	Sin cobertura	Es posible que se requiera autorización previa.
	Tarifas del médico / cirujano	40% de coseguro después del deducible	Sin cobertura	Es posible que se requiera autorización previa.

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

Eventos médicos comunes	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Provedor dentro de la red (Usted pagará el mínimo)	Provedor fuera de la red (Usted pagará el máximo)	
Si necesita atención médica inmediata	Atención en la sala de emergencias	40% de coseguro después del deducible	40% 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	40% de coseguro después del deducible	40% 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.
	Atención de urgencia	$60 de copago; no se aplica el deducible	$60 de copago; no se aplica el deducible	No se aplica el deducible.
Si le hospitalizan	Tarifa del centro (p. ej., habitación del hospital)	40% de coseguro después del deducible	Sin cobertura	Se requiere autorización previa, a menos que se trate de una emergencia.
	Tarifas del médico / cirujano	40% de coseguro después del deducible	Sin cobertura	Se requiere autorización previa, a menos que se trate de una emergencia.
Si necesita servicios de salud mental, conductual o de abuso de sustancias	Servicios para pacientes sin ser hospitalizados	$40 de copago; no se aplica el deducible	Sin cobertura	Todos los servicios para pacientes hospitalizados mental grave o abuso de sustancias requieren autorización previa.

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

Eventos médicos comunes	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Provedor dentro de la red (Usted pagará el mínimo)	Provedor fuera de la red (Usted pagará el máximo)	
	Servicios para pacientes hospitalizados	40% de coseguro después del deducible	Sin cobertura	Todos los servicios para pacientes hospitalizados mental grave o abuso de sustancias requieren autorización previa.
Si está embarazada	Visitas al consultorio	$80 de copago por visita; no se aplica el 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).
	Servicios profesionales para el nacimiento y el parto	40% 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).
	Servicios hospitalarios para el nacimiento y el parto	40% 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).
Si necesita ayuda recuperándose o tiene otras necesidades de salud especiales	Atención médica en el hogar	40% de coseguro después del deducible	Sin cobertura	120 visitas por año. Se requiera autorización previa.

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

Eventos médicos comunes	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Provedor dentro de la red (Usted pagará el mínimo)	Provedor fuera de la red (Usted pagará el máximo)	
	Servicios de rehabilitación	$40 de copago por visita; no se aplica el deducible	Sin cobertura	Limitado a 40 visitas ambulatorias por terapia por año del plan. Estos servicios pueden incluir fisioterapia y terapia ocupacional, patologías del lenguaje y el habla, y otros servicios para personas con discapacidades en diversos centros para pacientes hospitalizados o pacientes ambulatorios. Es posible que se requiera autorización previa.
	Servicios de habilitación	$40 de copago por visita; no se aplica el deducible	Sin cobertura	Limitado a 40 visitas ambulatorias por año del plan. El límite no aplica a trastornos de salud mental o por abuso de sustancias ni a autismo. Es posible que se requiera autorización previa.
	Atención de enfermería especializada	40% de coseguro después del deducible	Sin cobertura	60 días por año. Se requiera autorización previa.
	Equipo médico duradero	40% de coseguro después del deducible	Sin cobertura	Solo se cubre el equipo médico duradero considerado estándar o básico, según se define en las pautas reconocidas a nivel nacional. Es posible que se requiera autorización previa.

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

Eventos médicos comunes	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Provedor dentro de la red (Usted pagará el mínimo)	Provedor fuera de la red (Usted pagará el máximo)	
	Servicios en un programa de cuidados paliativos	40% de coseguro después del deducible	Sin cobertura	Los beneficios para servicios en un programa de cuidados paliativos para pacientes hospitalizados o en su hogar están cubiertos si usted tiene una enfermedad terminal. No se requiere autorización los primeros 6 meses, revisión clínica los 6 meses posteriores.
Si su niño necesita servicios odontológicos o de la vista	Examen de la vista para niños	Sin cargo	Sin cobertura	La cobertura se limita a un examen por año.
	Anteojos para niños	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.
	Control dental para niños	Sin cobertura	Sin cobertura	La cobertura dental para niños puede adquirirse por separado como una póliza independiente.

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 cuando la vida de la madre se encuentra en peligro)
- Acupuntura
- Cirugía estética (Excepto cuando sea médicamente necesario)
- Atención dental (adultos y niños)
- Atención a largo plazo
- Atención que no sea de emergencia durante viajes fuera de los Estados Unidos
- Servicios de enfermería privada
- 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 (40 visitas por año)
- Audífonos (<18)
- Tratamiento de infertilidad (Hasta el diagnóstico)

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

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: Friday Health Plans al 1-844-521-7999. También puede comunicarse con el Departamento Estatal de Seguros al 1-800-656-2298. 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, 1-844-521-7999.

¿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.

¿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 1-844-521-7999.

Tagalog (Tagalog): Kung kailangan ninyo ang tulong sa Tagalog tumawag sa 1-844-521-7999.

Chinese (中文): 如果需要中文的帮助, 请拨打这个号码 1-844-521-7999.

Navajo (Dine): Dinek'ehgo shika at'ohwol ninisingo, kwiijigo holne' 1-844-521-7999.

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** $5,800
- **Copago al especialista** $80
- **Coseguro del hospital (establecimiento)** 40%
- **Otro coseguro** 40%

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	$5,800
Copagos	$10
Coseguro	$2,700
Lo que no está cubierto	
Límites o exclusiones	$60
El total que Peg pagaría es	**$8,570**

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** $5,800
- **Copago al especialista** $80
- **Coseguro del hospital (establecimiento)** 40%
- **Otro coseguro** 40%

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	$900
Copagos	$1,300
Coseguro	$0
Lo que no está cubierto	
Límites o exclusiones	$20
El total que Joe pagaría es	**$2,220**

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

- **El deducible general del plan** $5,800
- **Copago al especialista** $80
- **Coseguro del hospital (establecimiento)** 40%
- **Otro coseguro** 40%

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	$2,100
Copagos	$400
Coseguro	$0
Lo que no está cubierto	
Límites o exclusiones	$0
El total que Mía pagaría es	**$2,500**

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 1-844-521-7999.

Vietnamese: N□u quý v□, hay ng□□i mà quý v□ đang giúp đ□, có câu h□i v□ Friday Health Plans, quý v□ s□ có quy□n đ□□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 1-844-521-7999.

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 1-844-521-7999.

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 1-844-521-7999 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 1-844-521-7999.

Amharic: አርስዎ፣ ወይም አርስዎ የሚያግዙት ግለሰብ፣ ስለ Friday Health Plans ጥያቄ ካላችሁ፣ ያለ ምንም ከፍያ በቋንቋዎ አርዳታና መረጃ የማግኘት ሙበት አላችሁ። ከአስተርጓሚ ጋር ለመነጋገር፣ 1-844-521-7999 ይደውሉ።

Arabic: فلديك الحق Friday Health Plans إن كان لديك أو لدى شخص تساعده أسئلة بخصوص 7999-521-844-1 في الحصول على المساعدة والمعلومات الضرورية بلغتك من دون اية تكلفة. للتحدث مع مترجم 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 1-844-521-7999 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 1-844-521-7999.

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 1-844-521-7999 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 1-844-521-7999.

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、1-844-521-7999 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 1-844-521-7999 tiin bilbilaa.

Persian: ، Friday Health Plans گر شما، یا کسی که شما به او کمک میکنید ، سوال در مورد 1-844-521-7999 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 1-844-521-7999.

Ibo: ị bụrụ gị, ma o bụ onye I na eyere-aka, nwere ajụjụ gbasara Friday Health Plans, I nwere ohere iwenta nye maka na ịmụma na asụsụ gị na akwu gị ịgwụ. I chọrọ I kwụọ onye-ntapụa okwu, kpọ 1-844-521-7999.

Yoruba: Bí iwọ, tàbí ẹnikẹni tí o n ranlọwọ, bá ní ibeere nipa Friday Health Plans, o ní ẹtọ lati rí iranwọ àti ifitónilétí gbà ní èdè rẹ láìsanwó. Láti bá ongbufọ kan sọrọ, pè sórí 1-844-521-7999.