Friday Catastrophic

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/ok/ o llame al 1-844-817-1600. 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 1-844-817-1600 para pedir una copia.

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué es importante:
¿Cuánto es el deducible total?	Para provedores dentro de la red: $9,100 por individuo / $18,200 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.
¿Hay servicios cubiertos antes de alcanzar su 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 otros deducibles para servicios específicos?	No.	No tiene que pagar deducibles para servicios específicos.
¿Cuánto es el límite de gastos de bolsillo para este plan?	Para provedores dentro de la red: $9,100 por individuo / $18,200 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 es lo que no está incluido en el límite de gastos de bolsillo?	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 menos si acude a un provedor dentro de la red?	Sí. Haga clic aquí para ver los provedores dentro de la red o llame al 1-844-817-1600 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 una derivación para atenderse con 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.

Circunstancia médica común	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 al consultorio o clínica del provedor	Consulta con su médico de atención primaria para tratar una afección o lesión	Las primeras 3 visitas están cubiertas sin cargo; todas las visitas posteriores están sujetas al deducible	Sin cobertura	Los provedores de telemedicina designados de Friday no están sujetos a deducible y están cubiertos por completo.
	Consulta con un especialista	Sin cargo después del deducible	Sin cobertura	Ninguna.
	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, análisis de sangre)	Sin cargo después del deducible	Sin cobertura	Es posible que se requiera autorización previa para algunos servicios de diagnóstico y de diagnóstico por imágenes. *Consulte la Sección 6.
	Diagnóstico por imágenes (tomografía computarizada / tomografía por emisión de positrones, imágenes por resonancia magnética)	Sin cargo después del deducible	Sin cobertura	Es posible que se requiera autorización previa para algunos servicios de diagnóstico y de diagnóstico por imágenes. *Consulte la Sección 6.

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

Circunstancia médica común	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 un medicamento para tratar su enfermedad o condición médica. Hay más información disponible sobre la cobertura de medicamentos con receta médica en Haga clic aquí.	Medicamentos genéricos (Nivel 1)	Sin cargo después del 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.
	Medicamentos de marca preferidos (Nivel 3)	Sin cargo después del deducible	Sin cobertura	Se aplica solo a los medicamentos de marca preferidos del formulario. *Consulte la Sección 7.
	Medicamentos de marca no preferidos (Niveles 2 y 4)	Sin cargo después del deducible	Sin cobertura	Se aplica a los medicamentos de marca no preferidos, genéricos no preferidos y de especialidad no preferidos del formulario. *Consulte la Sección 7.
	Medicamentos de especialidad (Nivel 5)	Sin cargo 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. *Consulte la Sección 6.

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

Circunstancia médica común	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 le hacen una cirugía ambulatoria	Tarifa del centro (p. ej., centro de cirugía ambulatoria)	Sin cargo después del deducible	Sin cobertura	Es posible que se requiera autorización previa. *Consulte la Sección 6.
	Tarifas del médico / cirujano	Sin cargo después del deducible	Sin cobertura	Es posible que se requiera autorización previa. *Consulte la Sección 6.
Si necesita atención médica inmediata	Atención en la sala de emergencias	Sin cargo después del deducible	Sin cargo 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 después del deducible	Sin cargo 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	Sin cargo después del deducible	Sin cargo después del deducible	Ninguna.

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

Circunstancia médica común	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 hospitalización	Tarifa del centro (p. ej., habitación del hospital)	Sin cargo después del deducible	Sin cobertura	Se requiere autorización previa, a menos que se trate de una emergencia. *Consulte la Sección 6.
	Tarifas del médico / cirujano	Sin cargo después del deducible	Sin cobertura	Se requiere autorización previa, a menos que se trate de una emergencia. *Consulte la Sección 6.
Si necesita servicios de salud mental, salud conductual o de abuso de sustancias	Servicios para pacientes sin ser hospitalizados	Sin cargo después del deducible	Sin cobertura	Todos los servicios para pacientes hospitalizados mental grave o abuso de sustancias requieren autorización previa. *Consulte la Sección 6.
	Servicios para pacientes hospitalizados	Sin cargo después del deducible	Sin cobertura	Todos los servicios para pacientes hospitalizados mental grave o abuso de sustancias requieren autorización previa. *Consulte la Sección 6.

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

Circunstancia médica común	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 está embarazada	Visitas al consultorio	Sin cargo 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 profesionales para el nacimiento y el parto	Sin cargo 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	Sin cargo 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 servicios de recuperación o tiene otras necesidades especiales de salud	Atención médica en el hogar	Sin cargo después del deducible	Sin cobertura	30 visitas por año.
	Servicios de rehabilitación	Sin cargo después del deducible	Sin cobertura	Límite combinado de 30 visitas para terapias físicas y ocupacionales y servicios quiroprácticos. Es posible que se requiera autorización previa. *Consulte la Sección 6.

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

Circunstancia médica común	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 habilitación	Sin cargo después del deducible	Sin cobertura	Límite combinado de 30 visitas para terapias físicas y ocupacionales y servicios quiroprácticos. Es posible que se requiera autorización previa. *Consulte la Sección 6.
	Atención de enfermería especializada	Sin cargo después del deducible	Sin cobertura	30 días por año. Se requiera autorización previa. *Consulte la Sección 6.
	Equipo médico duradero	Sin cargo después del deducible	Sin cobertura	Solo se cubre el equipo médico duradero considerado. Se requiere autorización previa para artículos de más de $500.
	Servicios en un programa de cuidados paliativos	Sin cargo 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. *Consulte la Sección 6.

Circunstancia médica común	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 su hijo necesita servicios dentales 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
- Atención a largo plazo
- Atención que no sea de emergencia durante viajes fuera de los Estados Unidos
- 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).

- Atención quiropráctica (30 visitas por año)
- Audífonos
- Tratamiento de infertilidad
- Servicios de enfermería privada

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

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 1-844-817-1600. También puede comunicarse con el Departamento Estatal de Seguros al 1-855-408-1212. 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, 1-844-817-1600.

¿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? No se aplica.
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 1-844-817-1600.

Tagalog (Tagalog): Kung kailangan ninyo ang tulong sa Tagalog tumawag sa 1-844-817-1600.

Chinese (中文): 如果需要中文的帮助, 请拨打这个号码 1-844-817-1600.

Navajo (Dine): Dinek'ehgo shika at'ohwol ninisingo, kwiijigo holne' 1-844-817-1600.

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 provedores 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 va a tener un bebé
(9 meses de atención prenatal dentro de la red y parto en el hospital)

El deducible general del plan	$9,100
Coseguro del especialista	100%
Coseguro del hospital (establecimiento)	100%
Otro coseguro	100%

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	$9,100
Copagos	$0
Coseguro	$0
Lo que no está cubierto	
Límites o exclusiones	$60
El total que Peg pagaría es	$9,160

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	$9,100
Coseguro del especialista	100%
Coseguro del hospital (establecimiento)	100%
Otro coseguro	100%

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	$4,800
Copagos	$0
Coseguro	$0
Lo que no está cubierto	
Límites o exclusiones	$20
El total que Joe pagaría es	$4,820

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

El deducible general del plan	$9,100
Coseguro del especialista	100%
Coseguro del hospital (establecimiento)	100%
Otro coseguro	100%

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	$2,800
Copagos	$0
Coseguro	$0
Lo que no está cubierto	
Límites o exclusiones	$0
El total que Mía pagaría es	$2,800

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 1-844-817-1600.

Vietnamese: Nếu quý vị, hay người mà quý vị đang giúp đỡ, có câu hỏi về Friday Health Plans, quý vị sẽ có quyền được giúp và có thêm thông tin bằng ngôn ngữ của mình miễn phí. Để nói chuyện với một thông dịch viên, xin gọi 1-844-817-1600.

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 1-844-817-1600.

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 1-844-817-1600 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 1-844-817-1600.

Amharic: እርስዎ፣ ወይም እርስዎ የሚያግዙት ግለሰብ፣ ስለ Friday Health Plans ጥያቄ ካላችሁ፣ ያለ ምንም ክፍያ በቋንቋዎ እርዳታና መረጃ የማግኘት መብት አላችሁ። ከአስተርጓሚ ጋር ለመነጋገር፣ 1-844-817-1600 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 اتصل بـ 1-844-817-1600

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 1-844-817-1600 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 1-844-817-1600.

Napali: यदि तपाईं आफ्ना लागि आफैं आवेदनको काम गर्दै, वा कसैलाई मद्दत गर्दै हुनुहुन्छ Friday Health Plans बारे प्रश्न छन् भने आफ्नो मातृभाषामा निःशुल्क सहायता वा जानकार पाउने अधिकार छ । दोभाषे (इन्टरप्रेटर) सँग कुरा गर्नुपरे 1-844-817-1600 मा फोन गर्नुहोस् ।

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 1-844-817-1600.

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、1-844-817-1600 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 1-844-817-1600 tiin bilbilaa.

Persian: گر شما، یا کسی که شما به او کمک میکنید ، سوال در مورد Friday Health Plans ، 1-844-817-1600 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 1-844-817-1600.

Ibo: ̃ bṹ gṹ, ma o bṹ onye I na eyere-aka, nwere ajụ̃ gbasara Friday Health Plans, I nwere ohere iwenta nye maka na ̃mụ̃ma na asụ̃sụ̃ gụ̃ na akwu gụ̃ ̃gwụ̃. I chọ̃rọ̃ I kwụ̃rọ̃ onye-ntapụ̃a okwu, kpọ̃ 1-844-817-1600.

Yoruba: Bí iwọ̃, tàbí ̃nikọ̃ni tí o n ranlọ̃wọ̃, bá ní ibeere nipa Friday Health Plans, o ní ̃tọ̃ lati rí iranwọ̃ àti ìfitónilétí gbà ní èdè rẹ̃ láisanwó. Láti bá ongbufọ̃ kan sọ̃rọ̃, pè sórí 1-844-817-1600.