



Friday Standard Silver 94% X

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



El Resumen de beneficios y cobertura (SBC) lo ayudará a escoger un [plan](#) de salud. El SBC muestra cómo usted y el [plan](#) compartirían los costos de los servicios de atención médica cubiertos. NOTA: La información sobre el costo de este [plan](#) (denominado [prima](#)) se proporcionará por separado. Este es solo un resumen. Para obtener más información sobre su cobertura u obtener una copia de

los términos completos de la cobertura, visite www.fridayhealthplans.com/member-hub/resources/ok/ o llame al 1-844-817-1600. Para ver las definiciones de términos frecuentes, como [cantidad permitida](#), [facturación de saldo](#), [coseguro](#), [copago](#), [deductible](#), [proveedor](#) 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:
¿Cuál es el deductible general?	Para proveedores dentro de la red : \$0 por individuo / \$0 por familia.	Por lo general, debe pagar todos los costos de los proveedores hasta la cantidad del deductible 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 deductible individual hasta que la cantidad total de los gastos del deductible que pagan todos los familiares alcance el deductible familiar general.
¿Se cubre algún servicio antes de pagar todo el deductible ?	Sí. La atención preventiva y los servicios de atención primaria se cubren antes de alcanzar su deductible .	Este plan cubre algunos artículos y servicios, incluso si aún no ha alcanzado la cantidad del deductible . 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 deductible . Vea una lista de servicios preventivos cubiertos en https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/ .
¿Hay algún otro deductible por servicios específicos?	No.	No tiene que pagar deductibles para servicios específicos.
¿Cuál es el máximo en gastos directos del bolsillo de este plan ?	Para proveedores dentro de la red : \$1,700 por individuo / \$3,400 por familia.	El límite de gastos de bolsillo es el máximo que podría pagar en un año por servicios cubiertos. Si hay otros miembros de la familia cubiertos por este plan , ellos deben pagar sus propios límites de gastos de bolsillo hasta alcanzar el límite de gastos de bolsillo familiar general.
¿Qué no incluye el desembolso máximo ?	Las primas , los cargos por facturación de saldo y la atención médica que este plan no cubre.	Aunque usted pague estos costos, no cuentan para el límite de gastos de bolsillo .
¿Pagará un poco menos si acude a un proveedor dentro de la red médica ?	Sí. Haga clic aquí para ver los proveedores dentro de la red o llame al 1-844-817-1600 para obtener una lista de los proveedores dentro de la red .	Este plan tiene una red de proveedores . Usted pagará menos si acude a un proveedor dentro de la red del plan . Usted pagará el máximo si acude a un proveedor fuera de la red , y es posible que reciba una factura de un proveedor por la diferencia en el costo del proveedor y lo que su plan paga (facturación de saldo). Tenga en mente que su proveedor dentro de la red podría utilizar un proveedor fuera de la red para algunos servicios (como análisis de laboratorio). Consulte con su proveedor antes de obtener servicios.
¿Necesita un referido para ver a un especialista ?	No.	Puede acudir a un especialista dentro de la red por servicios cubiertos sin una derivación .

FHP0K-0509-081222

991538OK0010025-06

(Número de control del DT y de la OMB: 1545-0047 / Fecha de vencimiento: 12/31/2019)

Página 1 de 11

(Número de control del DOL y de la OMB: 1210-0147 / Fecha de vencimiento: 5/31/2022)

(Número de control del HHS y de la OMB: 0938-1146 / Fecha de vencimiento: 10/31/2022)



Todos los [copagos](#) y el [coseguro](#) que se muestran en este cuadro se aplican después de alcanzar su [deductible](#), si se aplica uno.

Eventos médicos comunes	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor dentro de la red (Usted pagará el mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará el máximo)	
Si acude a la oficina o clínica de un proveedor de salud	Consulta con su médico de atención primaria para tratar una afección o lesión	Sin cargo; no se aplica el deductible	Sin cobertura	Los proveedores de telemedicina designados de Friday no están sujetos a deductible y están cubiertos por completo.
	Consulta con un especialista	\$10 de copago por visita; no se aplica el deductible	Sin cobertura	No se aplica el deductible .
	Atención preventiva / evaluación / vacunas	Sin cargo; no se aplica deductible	Sin cobertura	Usted tendrá que pagar los servicios que no sean preventivos. Consulte con su proveedor si los servicios necesarios son preventivos. Luego verifique lo que su plan pagará.
Si se realiza un examen	Exámenes de diagnóstico (radiografías)	25% de coseguro	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), análisis de sangre	25% de coseguro	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.

Eventos médicos comunes	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor dentro de la red (Usted pagará el mínimo)	Proveedor 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)	Sin cargo; no se aplica deductible	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)	Hasta \$15 de copago . No se aplica el deductible	Sin cobertura	Se aplica solo a los medicamentos genéricos preferidos del formulario . *Consulte la Sección 7.
	Medicamentos de marca no preferidos (Niveles 2 y 4)	Hasta \$50 de copago . No se aplica el deductible	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)	Hasta \$150 de copago . No se aplica el deductible	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.
Si se somete a una operación ambulatoria	Tarifa del centro (p. ej., centro de cirugía ambulatoria)	25% de coseguro	Sin cobertura	Es posible que se requiera autorización previa . *Consulte la Sección 6.
	Tarifas del médico / cirujano	25% de coseguro	Sin cobertura	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.

Eventos médicos comunes	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor dentro de la red (Usted pagará el mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará el máximo)	
Si necesita atención médica inmediata	Atención en la sala de emergencias	25% de coseguro	25% de coseguro	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	25% de coseguro	25% de coseguro	Usted paga lo mismo que dentro de la red si se trata de una emergencia, según se define en su plan .
	Atención de urgencia	\$5 de copago ; no se aplica el deductible	\$5 de copago ; no se aplica el deductible	No se aplica el deductible .
Si le hospitalizan	Tarifa del centro (p. ej., habitación del hospital)	25% de coseguro	Sin cobertura	Se requiere autorización previa , a menos que se trate de una emergencia. *Consulte la Sección 6.
	Tarifas del médico / cirujano	25% de coseguro	Sin cobertura	Se requiere autorización previa , a menos que se trate de una emergencia. *Consulte la Sección 6.
Si necesita servicios de salud mental, conductual o de abuso de sustancias	Servicios para pacientes sin ser hospitalizados	Sin cargo	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.

Eventos médicos comunes	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor dentro de la red (Usted pagará el mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará el máximo)	
	Servicios para pacientes hospitalizados	25% de coseguro	Sin cobertura	Todos los servicios para pacientes hospitalizados mental grave o abuso de sustancias requieren autorización previa . *Consulte la Sección 6.
Si está embarazada	Visitas al consultorio	\$10 de copago por visita; no se aplica el deductible	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	25% de coseguro	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	25% de coseguro	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	25% de coseguro	Sin cobertura	30 visitas por año.

* 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.

Eventos médicos comunes	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor dentro de la red (Usted pagará el mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará el máximo)	
	<u>Servicios de rehabilitación</u>	Sin cargo	Sin cobertura	Límite combinado de 30 visitas para terapias físicas y ocupacionales y servicios quiroprácticos. Es posible que se requiera <u>autorización previa</u> . *Consulte la Sección 6.
	<u>Servicios de habilitación</u>	Sin cargo	Sin cobertura	Límite combinado de 30 visitas para terapias físicas y ocupacionales y servicios quiroprácticos. Es posible que se requiera <u>autorización previa</u> . *Consulte la Sección 6.
	<u>Atención de enfermería especializada</u>	25% de <u>coseguro</u>	Sin cobertura	30 días por año. Se requiere <u>autorización previa</u> . *Consulte la Sección 6.
	<u>Equipo médico duradero</u>	25% de <u>coseguro</u>	Sin cobertura	Solo se cubre el <u>equipo médico duradero</u> considerado. Se requiere <u>autorización previa</u> para artículos de más de \$500.

* 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.

Eventos médicos comunes	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor dentro de la red (Usted pagará el mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará el máximo)	
	<u>Servicios en un programa de cuidados paliativos</u>	25% de <u>coseguro</u>	Sin cobertura	Los beneficios para <u>servicios en un programa de cuidados paliativos</u> 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.
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 <u>necesario por motivos médicos</u> ; 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 médicaamente 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? 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 1-844-817-1600.

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, kwijjigo 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 [proveedores](#) cobren y muchos otros factores. Fíjese en las cantidades de [costo compartido \(deducibles, copagos y coseguro\)](#) y en los [servicios excluidos](#) por el [plan](#). Use esta información para comparar la parte de los costos que podría pagar con los distintos [planes](#) médicos. Tenga presente que estos ejemplos de cobertura se basan solo en una cobertura individual.

Peg está embarazada

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

■ El deducible general del plan	\$0
■ Copago al especialista	\$10
■ Coseguro del hospital (establecimiento)	25%
■ Otro coseguro	25%

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

Deductibles	\$0
Copagos	\$0
Coseguro	\$1,700
<i>Lo que no está cubierto</i>	
Límites o exclusiones	\$60
El total que Peg pagaría es	\$1,760

Controlar la diabetes tipo 2 de Joe

(un año de atención de rutina dentro de la red de una condición bien controlada)

■ El deducible general del plan	\$0
■ Copago al especialista	\$10
■ Coseguro del hospital (establecimiento)	25%
■ Otro coseguro	25%

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

Deductibles	\$0
Copagos	\$700
Coseguro	\$200
<i>Lo que no está cubierto</i>	
Límites o exclusiones	\$20
El total que Joe pagaría es	\$920

Fractura simple de Mia

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

■ El deducible general del plan	\$0
■ Copago al especialista	\$10
■ Coseguro del hospital (establecimiento)	25%
■ Otro coseguro	25%

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

Deductibles	\$0
Copagos	\$30
Coseguro	\$500
<i>Lo que no está cubierto</i>	
Límites o exclusiones	\$0
El total que Mia pagaría es	\$530

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. Đừng 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 Plans에 대해서 질문이 있다면 귀하는 그러한 도움과 정보를 귀하의 언어로 비용 부담 없이 얻을 수 있는

권리가 있습니다. 그렇게 동역사와 얘기하기 위해서는 1-844-817-1600로 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: አዲስ: ወይም አዲስ የሚያገኘት ባለበት: በለ Friday Health Plans ተቋርቃኝ፡፡ የለ የሚያውጥ ክፍያ በቁጥራዊ እርዳታና መረጃ የሚገኘት መብት አለም፡፡ ከአዲስመሬ ጽጌ ለመደገበ፡ 1-844-817-1600 ይደውሉ፡፡

Arabic: إن كان لديك أو لدى شخص تساعدك أسلمة بخصوص 1-844-817-1600 في الحصول على المساعدة والمعلومات الضرورية بلغتك من دون آية تكلفة. للتحدث مع مترجم Friday Health Plans فليطلب الحق: 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 1-844-817-1600 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.

Nepali: यदि तपाईं आफ्ना लागि आफै आवेदनको काम गदा, वा कसैलाई मददत गदा हानुहान्छ Friday Health Plans बारे प्रश्ना छन् भने आफ्नो मातृभाषामा जिश्लक सहायता वा जानकार पाउने अधिकार छ । दोभाषे (इन्टरप्रेटर) सँग कुरा गनरुपरे 1-844-817-1600 मा फोन गनरुहोस् ।

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。通訳とお話しする場合、1-844-817-1600までお電話ください。

Cushite: Isin yookan namni biraan isin deeggartan Friday Health Plans irratti gaaffii yo qabaattan, kaffaltii irraa bilisa haala ta'een afaan keessaniin odeeaffannoo 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 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: Ọ bùrù gù, ma o bù onye I na eyere-aka, nwere ajíjí gbasara Friday Health Plans, I nwere ohere iwenta nye maka na Ọmọma na asìsì gù na akwu gù Ọgwù. I chàrà I kwàrà onye-ntapà okwu, kpà 1-844-817-1600.

Yoruba: Bí iwú, tàbí Ọnikòni tí o n ranlùwú, bá ní ibeere nipa Friday Health Plans, o ní ॥ lati rí iranwú àti ifitóniléti gbà ni èdè rí láisanwó. Láti bá ongbuñi kan sùrù, pè sóri 1-844-817-1600.