



El documento Resumen de Beneficios y Cobertura (Summary of Benefits and Coverage, SBC) le ayudará a elegir un [plan](#) de salud. El Resumen de Beneficios y Cobertura le muestra cómo usted y el [plan](#) compartirían el costo de servicios cubiertos de atención de la salud. NOTA: La información sobre el costo de este [plan](#) (llamado la [prima](#)) se proporcionará por separado. Este documento es solo un resumen. Para obtener más información sobre su cobertura o una copia de las condiciones completas de la cobertura, visite [www.umar.com](http://www.umar.com) o llame al 1-800-826-9781. Para ver definiciones generales de términos comunes, como [cantidad permitida](#), [facturación del saldo](#), [coaseguro](#), [copago](#), [deducible](#), [proveedor](#) u otros términos subrayados, consulte el Glosario. Puede ver el Glosario en [www.umar.com](http://www.umar.com) o llamar al 1-800-826-9781 para solicitar una copia.

| Preguntas Importantes                                                                       | Respuestas                                                                                                                                                | Por qué esto es Importante:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|---------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ¿Cuál es el <a href="#">deducible</a> total?                                                | \$0                                                                                                                                                       | Consulte la tabla de Eventos Médicos Comunes a continuación para conocer sus costos por los servicios que cubre este <a href="#">plan</a> .                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| ¿Hay servicios cubiertos antes de que usted alcance su <a href="#">deducible</a> ?          | No Corresponde.                                                                                                                                           | Usted no tiene que alcanzar <a href="#">deducibles</a> por servicios específicos.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| ¿Hay otros <a href="#">deducibles</a> por servicios específicos?                            | No.                                                                                                                                                       | Usted no tiene que alcanzar <a href="#">deducibles</a> por servicios específicos.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| ¿Cuál es el <a href="#">límite de desembolso personal</a> de este <a href="#">plan</a> ?    | No Corresponde.                                                                                                                                           | Este <a href="#">plan</a> no tiene un <a href="#">límite de desembolso personal</a> en sus gastos.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| ¿Qué no está incluido en el <a href="#">límite de desembolso personal</a> ?                 | No Corresponde                                                                                                                                            | Este <a href="#">plan</a> no tiene un <a href="#">límite de desembolso personal</a> en sus gastos.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| ¿Pagará menos si usa un <a href="#">proveedor de la red</a> ?                               | Sí. Visite <a href="http://www.umar.com">www.umar.com</a> o llame al 1-800-826-9781 para obtener una lista de los <a href="#">proveedores de la red</a> . | Este <a href="#">plan</a> usa una <a href="#">red de proveedores</a> . Usted pagará menos si usa un <a href="#">proveedor</a> dentro de la <a href="#">red del plan</a> . Usted pagará lo máximo si usa un <a href="#">proveedor fuera de la red</a> , y podría recibir una factura de un <a href="#">proveedor</a> por la diferencia entre el cargo del <a href="#">proveedor</a> y lo que paga su <a href="#">plan</a> ( <a href="#">facturación del saldo</a> ). Tenga en cuenta que su <a href="#">proveedor de la red</a> podría usar un <a href="#">proveedor fuera de la red</a> para algunos servicios (como análisis de laboratorio). Consulte con su <a href="#">proveedor</a> antes de recibir los servicios. |
| ¿Necesita una <a href="#">referencia</a> para consultar a un <a href="#">especialista</a> ? | No.                                                                                                                                                       | Puede consultar al <a href="#">especialista</a> que desee sin una <a href="#">referencia</a> .                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |



Todos los costos de [copago](#) y [coaseguro](#) que se muestran en esta tabla son después de alcanzar su [deducible](#), en caso de que se aplique un [deducible](#).

| Evento Médico Común                                                                            | Servicios que Podría Necesitar                                              | Qué Pagará Usted                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                     | Limitaciones, Excepciones y Otra Información Importante |
|------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------------------------------|
|                                                                                                |                                                                             | EPO<br>(Usted pagará lo mínimo)                                                                                                                                                                                                                                                                              | Sin EPO<br>(Usted pagará lo máximo) |                                                         |
| Si visita una clínica o el consultorio de un <a href="#">proveedor</a> de atención de la salud | Visita a un médico de atención primaria para tratar una lesión o enfermedad | Copago de \$5 por visita por las primeras 2 visitas por año calendario, luego copago de \$25 por visita por la 3. <sup>a</sup> a la 6. <sup>a</sup> visita; Se limita a 6 visitas por año calendario                                                                                                         | Sin cobertura                       | Ninguna                                                 |
|                                                                                                | Visita a un <a href="#">especialista</a>                                    | Copago de \$50 por visita; Se limita a 4 visitas por año calendario                                                                                                                                                                                                                                          | Sin cobertura                       | Ninguna                                                 |
|                                                                                                | <a href="#">Atención preventiva/ pruebas de detección/ vacunas</a>          | Sin cobertura                                                                                                                                                                                                                                                                                                | Sin cobertura                       | Ninguna                                                 |
| Si le realizan un examen                                                                       | <a href="#">Examen de diagnóstico</a> (radiografía, análisis de sangre)     | Sin cobertura si se realiza en un Consultorio;<br>Si se realiza en un centro para Pacientes Ambulatorios, sin cargo hasta \$500 por día por pruebas de laboratorio, se limita a 12 visitas por año calendario;<br>Sin cargo hasta \$1,000 por día por radiografías, se limita a 5 visitas por año calendario | Sin cobertura                       | Ninguna                                                 |

| Evento Médico Común                                                                                                                                                                                                                       | Servicios que Podría Necesitar                                                                                                        | Qué Pagará Usted                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                     | Limitaciones, Excepciones y Otra Información Importante |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------------------------------|
|                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                       | EPO<br>(Usted pagará lo mínimo)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | Sin EPO<br>(Usted pagará lo máximo) |                                                         |
|                                                                                                                                                                                                                                           | Estudios por imágenes (tomografía computarizada [CT], tomografía por emisión de positrones [PET], resonancia magnética nuclear [MRI]) | Sin cobertura si se realizan en un Consultorio;<br>Si se realizan en un centro para Pacientes Ambulatorios, sin cargo hasta \$1,500 por día, se limita a 1 tomografía computarizada por año calendario; Sin cargo hasta \$1,600 por día, se limita a 1 resonancia magnética nuclear por año calendario; Sin cobertura para tomografías por emisión de positrones/ angiografías por resonancia magnética (MRA) | Sin cobertura                       | Ninguna                                                 |
| <b>Si necesita medicamentos para tratar su enfermedad o condición.</b><br>Para obtener más información sobre la <a href="#">cobertura de medicamentos de venta con receta</a> , visite <a href="http://www.LucyRx.com">www.LucyRx.com</a> | Medicamentos genéricos (Nivel 1)                                                                                                      | Sin cobertura                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | Sin cobertura                       | Ninguna                                                 |
|                                                                                                                                                                                                                                           | Medicamentos de marca registrada preferidos (Nivel 2)                                                                                 | Sin cobertura                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | Sin cobertura                       |                                                         |
|                                                                                                                                                                                                                                           | Medicamentos de marca registrada no preferidos (Nivel 3)                                                                              | Sin cobertura                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | Sin cobertura                       |                                                         |

| Evento Médico Común                                         | Servicios que Podría Necesitar                           | Qué Pagará Usted                                                               |                                     | Limitaciones, Excepciones y Otra Información Importante |
|-------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------------------------------|
|                                                             |                                                          | EPO<br>(Usted pagará lo mínimo)                                                | Sin EPO<br>(Usted pagará lo máximo) |                                                         |
| <b>Si le realizan una cirugía como paciente ambulatorio</b> | Cargo del centro (p. ej., centro de cirugía ambulatoria) | Sin cargo hasta \$2,000 por procedimiento, se limita a 1 procedimiento por año | Sin cobertura                       | Ninguna                                                 |
|                                                             | Honorarios del médico/cirujano                           |                                                                                | Sin cobertura                       |                                                         |
| <b>Si necesita atención médica inmediata</b>                | <a href="#">Atención en la sala de emergencias</a>       | Sin cobertura                                                                  | Sin cobertura                       | Ninguna                                                 |
|                                                             | <a href="#">Transporte médico de emergencia</a>          | Sin cobertura                                                                  | Sin cobertura                       | Ninguna                                                 |
|                                                             | <a href="#">Atención de urgencia</a>                     | Copago de \$10 por visita; Se limita a 6 visitas por año calendario            | Sin cobertura                       | Ninguna                                                 |
| <b>Si es hospitalizado</b>                                  | Cargo del centro (p. ej., habitación de hospital)        | Sin cobertura                                                                  | Sin cobertura                       | Ninguna                                                 |
|                                                             | Honorarios del médico/cirujano                           | Sin cobertura                                                                  | Sin cobertura                       |                                                         |

| Evento Médico Común                                                                      | Servicios que Podría Necesitar                | Qué Pagará Usted                                                         |                                     | Limitaciones, Excepciones y Otra Información Importante                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
|------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                                                          |                                               | EPO<br>(Usted pagará lo mínimo)                                          | Sin EPO<br>(Usted pagará lo máximo) |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <b>Si necesita servicios de salud mental, salud conductual o por abuso de sustancias</b> | Servicios para pacientes ambulatorios         | Sin cargo hasta \$500 por día, Se limita a 24 visitas por año calendario | Sin cobertura                       | Ninguna                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
|                                                                                          | Servicios para pacientes hospitalizados       | Sin cobertura                                                            | Sin cobertura                       | Ninguna                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| <b>Si está embarazada</b>                                                                | Visitas al consultorio                        | Sin cobertura                                                            | Sin cobertura                       | El <a href="#">costo compartido</a> no se aplica a los <a href="#">servicios preventivos</a> . Según el tipo de servicios, se pueden aplicar el <a href="#">deducible</a> , el <a href="#">copago</a> o el <a href="#">coaseguro</a> . La atención de maternidad puede incluir pruebas y servicios que se describen en otra parte del documento Resumen de Beneficios y Cobertura (p. ej., ecografía). |
|                                                                                          | Servicios profesionales para el parto         | Sin cobertura                                                            | Sin cobertura                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|                                                                                          | Servicios de un centro para el parto          | Sin cobertura                                                            | Sin cobertura                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <b>Si necesita ayuda para recuperarse o tiene otras necesidades especiales de salud</b>  | <a href="#">Atención de salud en el hogar</a> | Sin cobertura                                                            | Sin cobertura                       | Ninguna                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
|                                                                                          | <a href="#">Servicios de rehabilitación</a>   | Sin cobertura                                                            | Sin cobertura                       | Ninguna                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
|                                                                                          | <a href="#">Servicios de habilitación</a>     | Sin cobertura                                                            | Sin cobertura                       | Ninguna                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |

| Evento Médico Común                              | Servicios que Podría Necesitar                       | Qué Pagará Usted                |                                     | Limitaciones, Excepciones y Otra Información Importante |
|--------------------------------------------------|------------------------------------------------------|---------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------------------------------|
|                                                  |                                                      | EPO<br>(Usted pagará lo mínimo) | Sin EPO<br>(Usted pagará lo máximo) |                                                         |
|                                                  | <a href="#">Atención de enfermería especializada</a> | Sin cobertura                   | Sin cobertura                       | Ninguna                                                 |
|                                                  | <a href="#">Equipo médico duradero</a>               | Sin cobertura                   | Sin cobertura                       | Ninguna                                                 |
|                                                  | <a href="#">Servicios de cuidados paliativos</a>     | Sin cobertura                   | Sin cobertura                       | Ninguna                                                 |
| Si su hijo necesita cuidado dental o de la vista | Examen de la vista para niños                        | Sin cobertura                   | Sin cobertura                       | Ninguna                                                 |
|                                                  | Anteojos para niños                                  | Sin cobertura                   | Sin cobertura                       | Ninguna                                                 |
|                                                  | Examen dental para niños                             | Sin cobertura                   | Sin cobertura                       | Ninguna                                                 |

## Servicios Excluidos y Otros Servicios Cubiertos:

**Servicios que Su [Plan](#) NO Cubre (Consulte el documento de su póliza o [plan](#) para obtener más información y ver una lista de otros [servicios excluidos](#).)**

- |                            |                                                                                       |                                           |
|----------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------|
| • Acupuntura               | • Aparatos auditivos                                                                  | • Enfermería de práctica privada          |
| • Cirugía bariátrica       | • Tratamiento para la infertilidad                                                    | • Cuidado de la vista de rutina (Adultos) |
| • Atención quiropráctica   | • Atención a largo plazo                                                              | • Cuidado de rutina de los pies           |
| • Cirugía estética         | • Atención que no es de emergencia mientras está de viaje fuera de los Estados Unidos | • Programas para bajar de peso            |
| • Cuidado dental (Adultos) |                                                                                       |                                           |

**Otros Servicios Cubiertos (Se pueden aplicar limitaciones a estos servicios. Esta no es una lista completa. Consulte el documento de su [plan](#).)**

**Sus Derechos a Continuar con la Cobertura:** Hay agencias que pueden ayudarle si desea continuar su cobertura una vez que finaliza. La información de contacto de esas agencias es: Administración de Seguridad de Beneficios de los Empleados del Departamento de Trabajo de los EE. UU. al 1-866-444-EBSA (3272) o en [www.cuidadodesalud.gov/es/](http://www.cuidadodesalud.gov/es/). También puede haber otras opciones de cobertura disponibles para usted, entre ellas, comprar una cobertura de seguro individual a través del [Mercado de Seguros de Salud](#). Para obtener más información sobre el [Mercado](#), visite [www.cuidadodesalud.gov/es/](http://www.cuidadodesalud.gov/es/) o llame al 1-800-318-2596.

**Sus Derechos a Presentar Quejas Formales y Apelaciones:** Hay agencias que pueden ayudarle si tiene una queja contra su [plan](#) por una denegación de un [reclamo](#). Esta queja se llama [queja formal](#) o [apelación](#). Para obtener más información sobre sus derechos, consulte la explicación de beneficios que recibirá para ese [reclamo](#) médico. Los documentos de su [plan](#) también proporcionan información completa para presentar un [reclamo](#), una [apelación](#) o una [queja formal](#) por cualquier motivo ante su [plan](#). Para obtener más información sobre sus derechos o sobre este aviso, o si necesita ayuda, comuníquese con: Administración de Seguridad de Beneficios de los Empleados del Departamento de Trabajo de los EE. UU. al 1-866-444-EBSA (3272) o en [www.cuidadodesalud.gov/es/](http://www.cuidadodesalud.gov/es/). Además, un programa de asistencia al consumidor puede ayudarle a presentar su [apelación](#). Para encontrar una lista de los estados que ofrecen Programas de Asistencia al Consumidor (Consumer Assistance Programs), visite [www.cuidadodesalud.gov/es/](http://www.cuidadodesalud.gov/es/) y <http://www.cms.gov/CCIIO/Resources/Consumer-Assistance-Grants/>.

### ¿Este [plan](#) Proporciona Cobertura Esencial Mínima? Sí

La [Cobertura Esencial Mínima](#) generalmente incluye [planes](#), [seguro de salud](#) disponible a través del [Mercado](#) u otras pólizas individuales del mercado, Medicare, Medicaid, CHIP, TRICARE y otras coberturas. Si usted es elegible para ciertos tipos de [Cobertura Esencial Mínima](#), es posible que no sea elegible para el [crédito fiscal para la prima](#).

### ¿Este [plan](#) Cumple con el Estándar de Valor Mínimo? No

Si su [plan](#) no cumple con los [Estándares de Valor Mínimo](#), es posible que usted sea elegible para un [crédito fiscal para la prima](#) que le ayude a pagar un [plan](#) a través del [Mercado](#).

### Servicios de Acceso a Idiomas:

Spanish (Español): Para obtener asistencia en español, llame al 1-800-826-9781.

Traditional Chinese (中文): 如果需要中文的幫助, 請撥打這個號碼 1-800-826-9781.

Navajo (Dine): Dinek'ehgo shika at'ohwol ninisingo, kwijigo holne' 1-800-826-9781.

Pennsylvania Dutch (Deutsch): Fer Hilf griege in Deutsch, ruf die do Nummer uff 1-800-826-9781.

Tagalog (Tagalog): Kung kailangan ninyo ang tulong sa Tagalog tumawag sa 1-800-826-9781.

Samoaan (Gagana Samoa): Mo se fesoasoani i le Gagana Samoa, vala'au mai i le numera telefoni 1-800-826-9781.

Carolinian (Kapasal Falawasch): ngere aukke ghut alillis reel kapasal Falawasch au fafaingi tilifon ye 1-800-826-9781.

Chamorro (CHamoru): Para un ma ayuda gi finu CHamoru, â'gang 1-800-826-9781.

*Para ver ejemplos de la forma en que este [plan](#) podría cubrir los costos de una situación médica, consulte la siguiente sección.*

## Acerca de estos Ejemplos de Cobertura:



**Esto no es un estimador de costos.** Los tratamientos que se muestran son solo ejemplos de cómo este [plan](#) podría cubrir la atención médica. Sus costos reales serán diferentes según la atención real que reciba, los precios que le cobren sus [proveedores](#) y muchos otros factores. Preste atención a las cantidades de [costo compartido](#) ([deducibles](#), [copagos](#) y [coaseguros](#)) y a los [servicios excluidos](#) conforme al [plan](#). Utilice esta información para comparar la parte de los costos que podría pagar con distintos [planes](#) de salud. Tenga en cuenta que estos ejemplos de cobertura se basan en la cobertura individual.

### Peg va a Tener un Bebé

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

|                                                               |      |
|---------------------------------------------------------------|------|
| ■ El <a href="#">deducible</a> total del <a href="#">plan</a> | \$0  |
| ■ <a href="#">Copago</a> por <a href="#">especialista</a>     | \$50 |
| ■ <a href="#">Coaseguro</a> por hospital (centro)             | 0%   |
| ■ Otros <a href="#">coaseguros</a>                            | 0%   |

#### Este EJEMPLO incluye servicios como:

Visitas al consultorio del [especialista](#) (*atención prenatal*)  
 Servicios profesionales para el parto  
 Servicios de un centro para el parto  
[Exámenes de diagnóstico](#) (*ecografías y análisis de sangre*)  
[Visita a un especialista](#) (*anestesia*)

|                                |                 |
|--------------------------------|-----------------|
| <b>Costo Total del Ejemplo</b> | <b>\$12,700</b> |
|--------------------------------|-----------------|

#### En este ejemplo, Peg pagaría:

| Costo Compartido                   |                 |
|------------------------------------|-----------------|
| <a href="#">Deducibles</a>         | \$0             |
| <a href="#">Copagos</a>            | \$0             |
| <a href="#">Coaseguros</a>         | \$0             |
| Qué no está cubierto               |                 |
| Límites o exclusiones              | \$11,100        |
| <b>El total que pagaría Peg es</b> | <b>\$11,100</b> |

### Controlar la Diabetes Tipo 2 de Joe

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

|                                                               |      |
|---------------------------------------------------------------|------|
| ■ El <a href="#">deducible</a> total del <a href="#">plan</a> | \$0  |
| ■ <a href="#">Copago</a> por <a href="#">especialista</a>     | \$50 |
| ■ <a href="#">Coaseguro</a> por hospital (centro)             | 0%   |
| ■ Otros <a href="#">coaseguros</a>                            | 0%   |

#### Este EJEMPLO incluye servicios como:

Visitas al consultorio de un [médico de atención primaria](#) (*incluida educación sobre la enfermedad*)  
[Exámenes de diagnóstico](#) (*análisis de sangre*)  
[Medicamentos de venta con receta](#)  
[Equipo médico duradero](#) (*medidor de glucosa*)

|                                |                |
|--------------------------------|----------------|
| <b>Costo Total del Ejemplo</b> | <b>\$5,600</b> |
|--------------------------------|----------------|

#### En este ejemplo, Joe pagaría:

| Costo Compartido                   |                |
|------------------------------------|----------------|
| <a href="#">Deducibles</a> *       | \$0            |
| <a href="#">Copagos</a>            | \$200          |
| <a href="#">Coaseguros</a>         | \$0            |
| Qué no está cubierto               |                |
| Límites o exclusiones              | \$4,500        |
| <b>El total que pagaría Joe es</b> | <b>\$4,700</b> |

### Fractura Simple de Mia

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

|                                                               |      |
|---------------------------------------------------------------|------|
| ■ El <a href="#">deducible</a> total del <a href="#">plan</a> | \$0  |
| ■ <a href="#">Copago</a> por <a href="#">especialista</a>     | \$50 |
| ■ <a href="#">Coaseguro</a> por hospital (centro)             | 0%   |
| ■ Otros <a href="#">coaseguros</a>                            | 0%   |

#### Este EJEMPLO incluye servicios como:

[Atención en la sala de emergencias](#) (*incluidos suministros médicos*)  
[Exámenes de diagnóstico](#) (*radiografía*)  
[Equipo médico duradero](#) (*muletas*)  
[Servicios de rehabilitación](#) (*fisioterapia*)

|                                |                |
|--------------------------------|----------------|
| <b>Costo Total del Ejemplo</b> | <b>\$2,800</b> |
|--------------------------------|----------------|

#### En este ejemplo, Mia pagaría:

| Costo Compartido                   |                |
|------------------------------------|----------------|
| <a href="#">Deducibles</a> *       | \$0            |
| <a href="#">Copagos</a>            | \$200          |
| <a href="#">Coaseguros</a>         | \$0            |
| Qué no está cubierto               |                |
| Límites o exclusiones              | \$2,300        |
| <b>El total que pagaría Mia es</b> | <b>\$2,500</b> |

Nota: Estas cifras suponen que el paciente no participa en el programa de bienestar del [plan](#). Si usted participa en el programa de bienestar del [plan](#), es posible que pueda reducir sus costos. Para obtener más información sobre el programa de bienestar, visite: [www.umn.com](http://www.umn.com) o llame al 1-800-826-9781.

\* Nota: Este [plan](#) tiene otros [deducibles](#) por servicios específicos incluidos en este ejemplo de cobertura. Consulte la fila anterior "¿Hay otros [deducibles](#) por servicios específicos?".