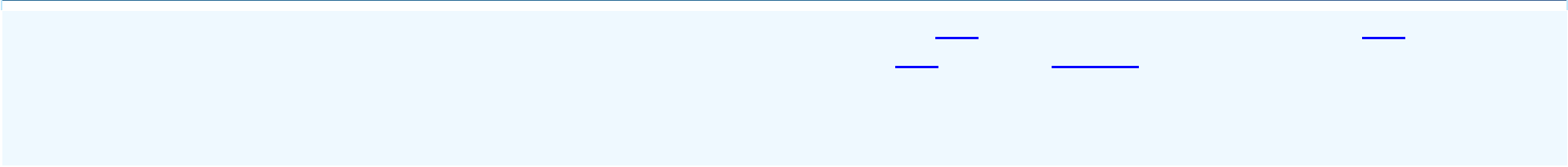


## What this Plan Covers & What You Pay for Covered Servic







	<a href="#">Habilitation services</a>	\$20 / visit	Not covered	20 visit limit / therapy / year. Prior authorization required.
	<a href="#">Skilled nursing care</a>	No charge	Not covered	100 day limit / year. Prior authorization required.

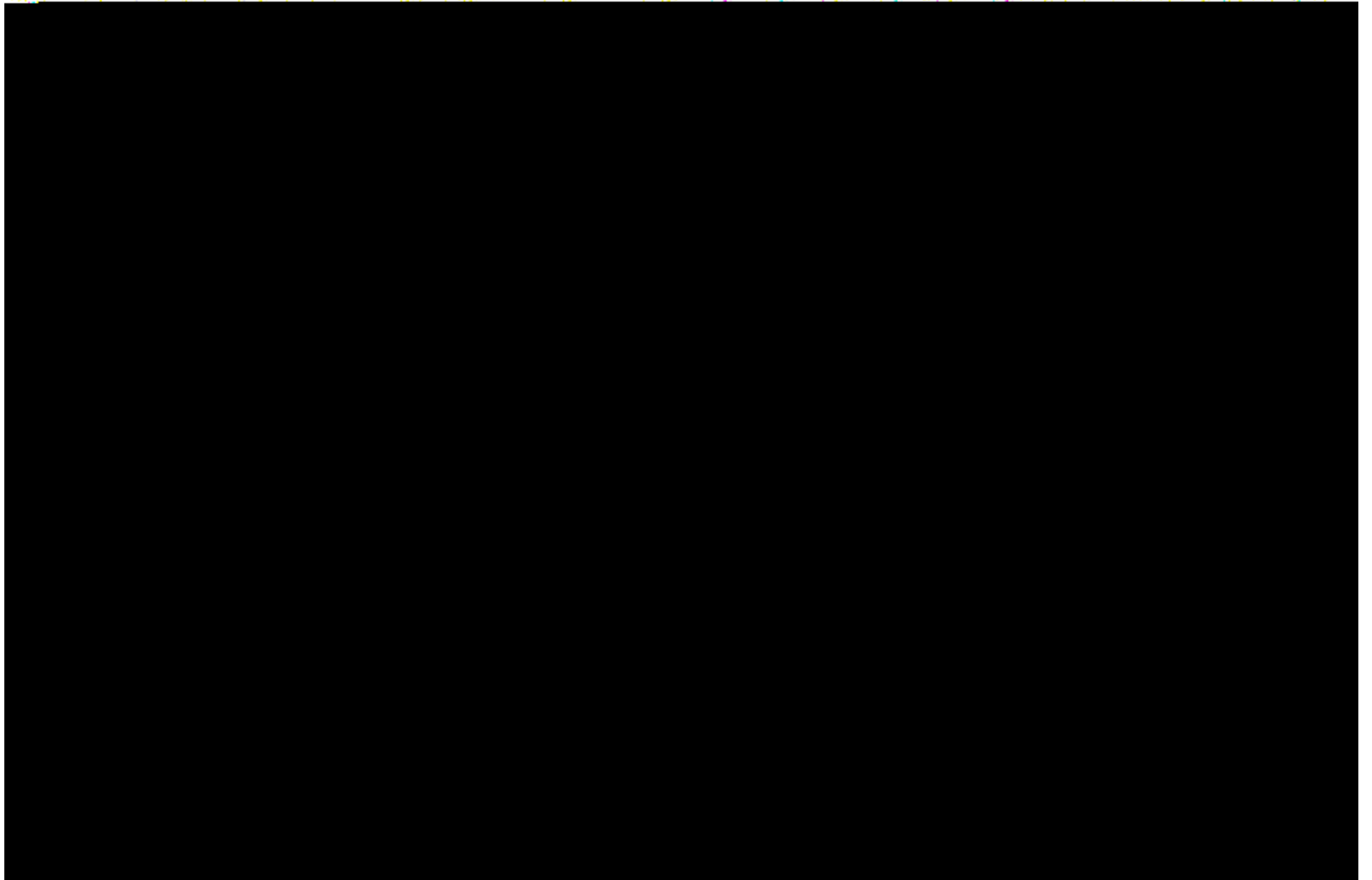




[The      would be responsible for the other costs of these EXAMPLE covered services.]

## Nondiscrimination Notice

\_\_\_\_\_



## HELP IN YOUR LANGUAGE

உள்ளூர் மொழியில் உதவி பெற விரும்பினால், மொழி மொழி உதவிப் பணியில் ஈடுபடும் மொழிபெயர்ப்பாளர்கள் உங்களுக்கு உதவியாக இருக்கலாம். உதவி பெற விரும்பினால், உங்கள் மொழியைப் பற்றி கீழ்க்கண்டவற்றில் சிலவற்றை கருத்தில் கொள்ளுங்கள்.

**உதவி பெற உரிமையுள்ள மொழிகள்** உதவி பெற உரிமையுள்ள மொழிகளில் கீழ்க்கண்டவை உள்ளன. உதவி பெற விரும்பினால், உங்கள் மொழியைப் பற்றி கீழ்க்கண்டவற்றில் சிலவற்றை கருத்தில் கொள்ளுங்கள்.

உதவி பெற உரிமையுள்ள மொழிகளில் கீழ்க்கண்டவை உள்ளன. உதவி பெற விரும்பினால், உங்கள் மொழியைப் பற்றி கீழ்க்கண்டவற்றில் சிலவற்றை கருத்தில் கொள்ளுங்கள்.

உதவி பெற உரிமையுள்ள மொழிகளில் கீழ்க்கண்டவை உள்ளன. உதவி பெற விரும்பினால், உங்கள் மொழியைப் பற்றி கீழ்க்கண்டவற்றில் சிலவற்றை கருத்தில் கொள்ளுங்கள்.

உதவி பெற உரிமையுள்ள மொழிகளில் கீழ்க்கண்டவை உள்ளன. உதவி பெற விரும்பினால், உங்கள் மொழியைப் பற்றி கீழ்க்கண்டவற்றில் சிலவற்றை கருத்தில் கொள்ளுங்கள்.

உதவி பெற உரிமையுள்ள மொழிகளில் கீழ்க்கண்டவை உள்ளன. உதவி பெற விரும்பினால், உங்கள் மொழியைப் பற்றி கீழ்க்கண்டவற்றில் சிலவற்றை கருத்தில் கொள்ளுங்கள்.

**日本語 (日本語)** **注意事項：**日本語を話される場合、無料の日本語学習サービスをご利用いただけます。

日本語 (日本語) **注意事項：**日本語を話される場合、無料の日本語学習サービスをご利用いただけます。

언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다.

언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다.