**E l documento del resumen de beneficios y cobertura (SBC) lo ayudará a elegir un plan de salud. El SBC le muestra cómo usted y el plan compartirían el costo de los servicios de atención médica cubiertos. NOTA: La información sobre el costo de este plan (llamado prima) se proporcionará por separado. Esto solo es un resumen.** Para obtener más información sobre su cobertura o para recibir una copia de los términos de la cobertura completos, visite www.ProvidenceHealthPlan.com. Para ver las definiciones de los términos comunes, como monto permitido, facturación del saldo, coseguro, copago, deducible, proveedor u otros términos subrayados, consulte el glosario. Puede ver el glosario en www.healthcare.gov/sbc-glossary o llamar al 1-800-878-4445 para solicitar una copia.

| Preguntas importantes | Respuestas | Por qué es importante |
|---|---|---|
| **¿Cuál es el deducible general?** | Dentro de la red: $3,000/por persona $6,000 por familia (2 ó más). Fuera de la red: $6,000/ por persona $12,000 por familia (2 ó más). | En general, debe pagar todos los costos de los proveedores hasta el monto del deducible antes de que este plan comience a pagar. Si tiene otros familiares en el plan, cada uno debe pagar su propio deducible individual hasta que el monto total de los gastos del deducible pagados por todos los familiares cubra el deducible familiar general. |
| **¿Se cubren los servicios antes de que pague su deducible** | Sí. Las visitas al consultorio, la mayor parte de la atención preventiva y los servicios de atención de urgencia dentro de la red. | Este plan cubre algunos artículos y servicios incluso si aún no ha pagado el monto del deducible. Pero puede aplicar un copago o un coseguro. Por ejemplo, este plan cubre ciertos servicios de prevención sin costo compartido y antes de que pague su deducible. Vea una lista de los servicios preventivos cubiertos en https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/. |
| **¿Hay algún otro deducible por servicios específicos?** | No. | No tiene que pagar deducibles para recibir servicios específicos. |
| **¿Cuál es el límite del propio bolsillo para este plan?** | Dentro de la red: $8,000 por persona/$16,000 por familia (2 ó más). Fuera de la red: $8,000 por persona/$16,000 por familia (2 ó más). | El límite del propio bolsillo es el máximo que podría pagar en un año por los servicios cubiertos. Si tiene otros familiares en este plan, ellos tienen que pagar sus límites del propio bolsillo hasta que el límite del propio bolsillo familiar general se haya pagado. |
| **¿Qué es lo que no está incluido en el límite del propio bolsillo?** | Primas, multas, copagos o coseguro para beneficios suplementarios, servicios no cubiertos, tarifas superiores a UCR. | Aunque paga estos gastos no cuentan para el límite del propio bolsillo. |
| **¿Pagará menos si usa un proveedor de la red?** | Sí. Ingrese a ProvidenceHealthPlan.com/findaprovider o llame al 1-800-878-4445 para obtener una lista de proveedores de la red. | Este plan usa una red de proveedores. Pagará menos si usa un proveedor de la red del plan. Pagará la mayor parte si usa un proveedor fuera de la red, y podría recibir una factura de un proveedor por la diferencia entre el costo del proveedor y lo que su plan paga (facturación del saldo). Tenga en cuenta que su proveedor de la red podría usar un proveedor fuera de la red para algunos servicios (como análisis de laboratorio). Consulte a sus proveedores antes de recibir los servicios. |
| **¿Necesita una remisión para ver a un especialista?** | No. | Puede ver al especialista que elija sin una remisión. |

Todos los costos de **copago** y **coseguro** que se indican en esta tabla son después de que se haya completado el **deducible**, si aplica un **deducible**.

| Eventos médicos comunes | Servicios que podría necesitar | Lo que usted paga | | Limitaciones, excepciones y otra información importante |
|---|---|---|---|---|
| | | Proveedor en la red (Usted pagará lo mínimo) | Proveedor fuera de la red (Usted pagará lo máximo) | |
| **Si acude a la oficina o clínica de un proveedor de salud** | Visita de atención primaria para tratar una lesión o enfermedad | Primeras 3 visitas sin costo/visita; deducible no se aplica entonces $35 copago/visita; deducible no se aplica o sin costo para las visitas virtuales cuestan; deducible no se aplica | 50% de coseguro | Algunos servicios tales como laboratorio y rayos-X incluirán costos por miembros adicionales. |
| | Visita al especialista | $60 copago/visita; deducible no se aplica | 50% de coseguro | Algunos servicios tales como laboratorio y rayos-X incluirán costos por miembros adicionales. Las visitas virtuales están cubiertas al mismo costo compartido que las visitas al consultorio. |
| | Atención preventiva/examen colectivo/vacuna | Sin costo; deducible no se aplica | 50% de coseguro | Algunos servicios preventivos incluirán costos por miembros adicionales. Para más información véase: https://healthplans.providence.org/pdfs/members/documents/preventive-care-costs.pdf. |
| **Si se realiza un examen** | Prueba diagnóstica (radiografía, análisis de sangre) | 30% de coseguro; deducible no se aplica | 50% de coseguro | ———————— Ninguna ———————— |
| | Estudios de imágenes (tomografía computarizada, estudio PET, resonancia magnética) | 30% de coseguro | 50% de coseguro | Se requiere autorización previa. Si no obtiene la Autorización previa para esos servicios, serán rechazados y usted será responsable de pagar por esos servicios. |

| Eventos médicos comunes | Servicios que podría necesitar | Lo que usted paga | | Limitaciones, excepciones y otra información importante |
|---|---|---|---|---|
| | | Proveedor en la red (Usted pagará lo mínimo) | Proveedor fuera de la red (Usted pagará lo máximo) | |
| **Si necesita medicamentos para tratar su enfermedad o infección.** Hay más información disponible acerca de la cobertura de medicamentos con receta en www.ProvidenceHealthPlan.com | Nivel 1 | $5 de copago minorista<br>$10 de copago pedido por correo; deducible no se aplica | No cubierto | Los medicamentos de prevención de la ACA están totalmente cubiertos dentro de la red.<br><br>Cubre un suministro para hasta 30 días (receta para minorista); un suministro de 90 días (receta para pedido por correo).<br><br>Puede requerir una autorización previa. Si no obtiene la Autorización previa para esos servicios, serán rechazados y usted será responsable de pagar por esos servicios.<br><br>Si se solicita un medicamento de marca cuando hay genéricos disponibles, pagará la diferencia del costo, además de su copago.<br><br>Los medicamentos de especializados (nivel 5) solo pueden comprarse en una farmacia de especialidad participante. Cubre un suministro para hasta 30 días. |
| | Nivel 2 | $10 de copago minorista<br>$20 de copago pedido por correo; deducible no se aplica | No cubierto | |
| | Nivel 3 | 50% de coseguro; deducible no se aplica | No cubierto | |
| | Nivel 4 | 50% de coseguro; deducible no se aplica | No cubierto | |
| | Nivel 5 Medicamentos especializados | 50% de coseguro; deducible no se aplica | No cubierto | |
| **Si se somete a una operación ambulatoria** | Tarifa del centro (por ejemplo, centro de cirugía ambulatoria) | Centro de cirugía ambulatoria: 20% de coseguro<br>Centro hospitalario: 30% de coseguro | 50% de coseguro | Se requiere autorización previa. Si no obtiene la Autorización previa para esos servicios, serán rechazados y usted será responsable de pagar por esos servicios. |
| | Tarifas del médico/cirujano | 30% de coseguro | 50% de coseguro | |
| **Si necesita atención médica inmediata** | Atención en la sala de emergencias | $250 copago; + 30% de coseguro; deducible no se aplica | $250 copago; + 30% de coseguro; deducible no se aplica | Solo para afecciones médicas de emergencia. Si lo ingresan al hospital, no se aplica el copago; todos los servicios quedarán sujetos a los beneficios para pacientes hospitalizados. |
| | Transporte médico de emergencia | 30% de coseguro | 30% de coseguro | ———————— Ninguna ———————— |
| | Atención de urgencia | $60 copago /visita; deducible no se aplica | 50% de coseguro | Algunos servicios incluirán costos adicionales para los miembros. |

| Eventos médicos comunes | Servicios que podría necesitar | Lo que usted paga | | Limitaciones, excepciones y otra información importante |
|---|---|---|---|---|
| | | Proveedor en la red (Usted pagará lo mínimo) | Proveedor fuera de la red (Usted pagará lo máximo) | |
| **Si debe permanecer en el hospital** | Tarifa del centro (por ejemplo, habitación de hospital) | 30% de coseguro | 50% de coseguro | Se requiere autorización previa. Si no obtiene la Autorización previa para esos servicios, serán rechazados y usted será responsable de pagar por esos servicios. |
| | Tarifas del médico/cirujano | 30% de coseguro | 50% de coseguro | |
| **Si necesita servicios de salud mental, salud conductual o por consumo de sustancias** | Sevicios ambulatorios | Primeras 3 visitas sin costo/visita; deducible no se aplica entonces $35 copago/visita; deducible no se aplica o sin costo para las visitas virtuales; deducible no se aplica 30% de coseguro por los demás servicios. | 50% de coseguro/visita al consultorio del proveedor; deducible no se aplica 50% de coseguro por los demás servicios. | A excepción de las visitas al consultorio del proveedor, todos los servicios deben autorización previa. Si no obtiene la Autorización previa para esos servicios, serán rechazados y usted será responsable de pagar por esos servicios. Consulte el resumen de beneficios para conocer los servicios de análisis conductual aplicado. |
| | Servicios de hospitalización | 30% de coseguro | 50% de coseguro | |
| **Si está embarazada** | Visitas al consultorio | Sin costo; deducible no se aplica | 50% de coseguro | ———————— Ninguna ———————— |
| | Servicios profesionales para el parto/alumbramiento | Enfermera obstetra certificada o Médico de cabecera: 20% de coseguro<br>Todos los demás proveedores: 30% de coseguro | 50% de coseguro | El de copago aplica a cargos del proveedor para parto. |
| | Servicios del centro para el parto/alumbramiento | 30% de coseguro | 50% de coseguro | ———————— Ninguna ———————— |
| **Si necesita ayuda para recuperarse o tiene otras necesidades médicas especiales** | Cuidado de la salud en el hogar | 30% de coseguro | 50% de coseguro | ———————— Ninguna ———————— |
| | Servicios de rehabilitación | 30% de coseguro; deducible no se aplica<br>Servicios de hospitalización: 30% de coseguro | 50% de coseguro | Servicios de hospitalización: cobertura limitada a 30 días por año calendario. Servicios ambulatorios: cobertura limitada a 30 visitas por año calendario. Los límites no se aplican a los servicios de salud mental. |
| | Servicios de habilitación | 30% de coseguro; deducible no se aplica<br>Servicios de hospitalización: 30% de coseguro | 50% de coseguro | Servicios de hospitalización: cobertura limitada a 30 días por año calendario. Servicios ambulatorios: cobertura limitada a 30 visitas por año calendario. Los límites no se aplican a los servicios de salud mental. |

| Eventos médicos comunes | Servicios que podría necesitar | Lo que usted paga | | Limitaciones, excepciones y otra información importante |
|---|---|---|---|---|
| | | Proveedor en la red (Usted pagará lo mínimo) | Proveedor fuera de la red (Usted pagará lo máximo) | |
| | Cuidado de enfermería especializada | 30% de coseguro | 50% de coseguro | Se requiere autorización previa. Si no obtiene la Autorización previa para esos servicios, serán rechazados y usted será responsable de pagar por esos servicios.. La cobertura se limita a 60 días por año calendario. |
| | Equipo médico duradero | Suministros Para Diabetes: 30% de coseguro; deducible no se aplica<br>30% de coseguro por los demás servicios. | 50% de coseguro | ———————— Ninguna ———————— |
| | Servicios de cuidados paliativos o enfermos terminales | No se cobra; deducible no se aplica | No se cobra; deducible no se aplica | ———————— Ninguna ———————— |
| **Si su niño necesita servicios odontológicos o de la vista** | Examen de la vista pediátrico | No cubierto | No cubierto | Limitado a 1 examen cada 12 meses |
| | Anteojos para niños | No cubierto | No cubierto | ———————— Ninguna ———————— |
| | Chequeo dental pediátrico | No cubierto | No cubierto | No cubierto el chequeo dental. |

## Servicios excluidos y otros servicios cubiertos

**Servicios que su plan generalmente NO cubre (consulte el documento de la póliza o el plan para obtener más información y una lista de otros servicios excluidos).**

- Cirugía bariátrica
- Cirugía cosmética (con determinadas excepciones)
- Atención odontológica (para adultos)
- Control odontológico (para niños)
- Tratamiento de fertilidad
- Atención a largo plazo
- Terapia de masaje
- Atención privada de enfermería
- Podología de rutina (cubierto para diabéticos)
- Interrupción voluntaria del embarazo
- Programas de pérdida de peso
- Atención oftalmológica de rutina (para adultos)

**Otros servicios cubiertos. (Pueden aplicarse limitaciones a estos servicios. Esta no es una lista completa. Consulte el documento del plan).**

- Acupuntura (se aplican límites)
- Atención quiropráctica (se aplican límites)
- Audífonos (se aplican límites)
- Atención que no sea de emergencia al viajar fuera de los EE. UU. Consulte www.ProvidenceHealthPlan.com

**Sus derechos para continuar la cobertura:** Hay agencias que pueden ayudarlo si desea continuar su cobertura después de que termine. La información de contacto para esas agencias es la siguiente:

- Para la cobertura de salud grupal sujeto a ERISA contactar al Departamento de Trabajo de los EE. UU., Administración de Seguridad de Beneficios de los Empleados al 1-866-444-3272 o en www.dol.gov\ebsa\healthreform,
- Para planes de salud grupal del gobierno no federal contactar el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. al 1-877-267-2323 ext. 61565 o en http://www.cciio.cms.gov.
- Los planes de las iglesias no están cubiertos por las normas federales de continuidad de la cobertura de COBRA. Si la cobertura está asegurada, las personas deben comunicarse con la División de Regulación Financiera de Oregon al (888) 877-4894 o en https://dfr.oregon.gov/ para conocer sus posibles derechos a la continuidad de la cobertura conforme a la ley estatal.

También puede tener otras opciones de cobertura disponibles, lo que incluye comprar 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.

**Sus derechos de quejas y apelaciones:** Hay agencias que pueden ayudar si usted tiene una denuncia contra su plan por el rechazo de un reclamo. Esta denuncia se conoce como queja o apelación. Para obtener más información sobre sus derechos, mire la explicación de beneficios que recibirá para ese reclamo médico. Los documentos de su plan también proporcionan información completa para presentar un reclamo, apelación o queja por cualquier motivo a su plan. Para obtener más información sobre sus derechos, este aviso, o para obtener asistencia, comuníquese con:

- Providence Health Plan al 1-800-878-4445 o http://www.ProvidenceHealthPlan.com/,
- División de Regulación Financiera de Oregon al (888) 877-4894 /1-888-877-4894 (gratuito) o en https://dfr.oregon.gov/

**¿Este plan ofrece la cobertura esencial mínima? Sí**

La cobertura esencial mínima generalmente incluye planes, seguro médico disponible a través del mercado u otras políticas de mercado individuales, Medicare, Medicaid, CHIP, TRICARE y algunas otras coberturas. Si es elegible para ciertos tipos de cobertura esencial mínima, es posible que no sea elegible para el crédito fiscal para las primas.

**¿Este plan cumple con los estándares de valor mínimo? Sí**

Si su plan no cumple los estándares de valor mínimo, puede ser elegible para un crédito fiscal para las primas que lo ayude a pagar un plan a través del mercado.

***Para ver ejemplos de cómo este plan podría cubrir los costos en una situación médica hipotética, vea la siguiente sección***

## Sobre estos ejemplos de cobertura:

**Esto no es un estimador de costos.** Los tratamientos que se muestran solo son ejemplos de cómo este plan podría cubrir la atención médica. Sus costos reales serán diferentes según la atención real que reciba, los precios que sus proveedores cobren y muchos factores. Concéntrese en los montos de costo compartido (deducibles, copagos y coseguro) y en los servicios excluidos del plan. Use esta información para comparar la parte del costo que pagaría con planes de salud diferentes. Tenga en cuenta que estos ejemplos de cobertura se basan en una cobertura propia única

### Peg tendrá un bebé
(9 meses de atención prenatal y alumbramiento en el hospital dentro de la red)

| | |
|---|---|
| **El deducible general del plan** | **$3,000** |
| ***Copago* de especialista** | **$60** |
| ***Coseguro* del hospital (centro)** | **30%** |
| **Otro coseguro** | **30%** |

**Este EJEMPLO incluye servicios como:**
Visitas al especialista *(atención prenatal)*
Servicios de parto profesionales
Servicios de instalaciones de partos profesionales
Pruebas diagnósticas *(sonogramas y análisis de sangre)*
Visita al especialista *(anestesia)*

| | |
|---|---|
| **Costo total hipotético** | **$12,700** |

**En este ejemplo, Peg pagaría:**

| *Costo compartido* | |
|---|---|
| Deducibles | $3,000 |
| Copagos | $10 |
| Coseguro | $2,500 |
| *Qué no está cubierto* | |
| Límites o exclusiones | $60 |
| **El total que Peg pagaría es** | **$5,570** |

### Controlar la diabetes tipo 2 de Joe
(un año de atención de rutina dentro de la red para una afección bien controlada)

| | |
|---|---|
| | **$3,00** |
| **El deducible general del plan** | **0** |
| ***Copago* de especialista** | **$60** |
| ***Coseguro* del hospital (centro)** | **30%** |
| **Otro coseguro** | **30%** |

**Este EJEMPLO incluye servicios como:**
Visitas al consultorio del médico primario *(incluye sesiones informativas sobre la enfermedad)*
Pruebas diagnósticas *(análisis de sangre)*
Medicamentos por recetas
Equipo médico duradero *(medidor de glucosa)*

| | |
|---|---|
| **Costo total hipotético** | **$5,600** |

**En este ejemplo, Joe pagaría**

| *Costo compartido* | |
|---|---|
| Deducibles | $0 |
| Copagos | $600 |
| Coseguro | $300 |
| *Qué no está cubierto* | |
| Límites o exclusiones | $20 |
| **El total que Joe pagaría es** | **$920** |

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

| | |
|---|---|
| | **$3,00** |
| **El deducible general del plan** | **0** |
| ***Copago* de especialista** | **$60** |
| ***Coseguro* del hospital (centro)** | **30%** |
| **Otro coseguro** | **30%** |

**Este EJEMPLO incluye servicios como:**
Sala de emergencias *(incluye materiales médicos)*
Prueba diagnóstica *(radiografía)*
Equipo médico duradero *(muletas)*
Servicios de rehabilitación *(terapia física)*

| | |
|---|---|
| **Costo total hipotético** | **$2,800** |

**En este ejemplo, Mia pagaría:**

| *Costo compartido* | |
|---|---|
| Deducibles | $2,100 |
| Copagos | $400 |
| Coseguro | $0 |
| *Qué no está cubierto* | |
| Límites o exclusiones | $0 |
| **El total que Joe pagaría es** | **$2,500** |

El **plan** sería responsable de los demás costos por estos servicios cubiertos en este EJEMPLO.

## Declaración de no discriminación:

Providence Health Plan y Providence Health Assurance cumplen con las leyes federales aplicables sobre derechos civiles, por lo que no discriminan por motivo de raza, color, origen nacional, edad, discapacidad ni sexo. Providence Health Plan y Providence Health Assurance no excluyen a nadie ni tratan diferente a nadie debido a su raza, color, origen nacional, edad, discapacidad o sexo.

Providence Health Plan y Providence Health Assurance:

- Brindan ayudas y servicios gratuitos a personas con discapacidad para que puedan comunicarse con nosotros de manera eficaz, como p. ej.:
  - Intérpretes calificados de lengua de señas.
  - Información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, etc.).
- Proporcionan servicios de idiomas gratuitos a personas cuya lengua materna no sea el inglés, como p. ej.:
  - Intérpretes calificados
  - Información escrita en otros idiomas

Si es usted miembro de Medicare y necesita estos servicios, llame al 503-574-8000 o al 1-800-603-2340. Todos los demás miembros pueden llamar al 503-574-7500 o al 1-800-878-4445. Los miembros con discapacidades auditivas pueden llamar a nuestra línea de TTY a través del 711.

Si considera que Providence Health Plan o Providence Health Assurance han omitido brindarle estos servicios o que lo discriminaron de cualquier otra manera debido a su raza, color, origen nacional, edad, discapacidad o sexo, puede presentar una queja por correo ante nuestro coordinador contra la discriminación:

Providence Health Plan y Providence Health Assurance
Attn: Non-discrimination Coordinator (Coordinador contra la discriminación)
PO Box 4158
Portland, OR 97208-4158

Si necesita ayuda para presentar una queja y es miembro de Medicare, llame al 503-574-8000 o al 1-800-603-2340. Todos los demás miembros pueden llamar al 503-574-7500 o al 1-800-878-4445 (línea de TTY: 711) para pedir ayuda. También puede presentar una queja de derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU., por vía electrónica a través del portal de quejas de la Oficina de Derechos Civiles en *https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf*, o por correo postal o teléfono:

U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue SW - Room 509F HHH Building
Washington, DC 20201
1-800-368-1019, 1-800-537-7697 (TTY)

Los formularios de queja están disponibles en *http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html*.

**Servicios de acceso a idiomas:**
ATTENTION:  If you speak English, language assistance services, free of charge, are available to you.  Call 1-800-878-4445 (TTY: 711).

ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-800-878-4445 (TTY: 711).

CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 1-800-878-4445 (TTY: 711).

注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 1-800-878-4445 (TTY: 711).

ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 1-800-878-4445 (телетайп: 711).

주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 1-800-878-4445 (TTY: 711) 번으로 전화해 주십시오.

УВАГА! Якщо ви розмовляєте українською мовою, ви можете звернутися до безкоштовної служби мовної підтримки. Телефонуйте за номером 1-800-878-4445 (телетайп: 711).

注意事項：日本語を話される場合、無料の言語支援をご利用いただけます。1-800-878-4445 (TTY: 711) まで、お電話にてご連絡ください。

ملحوظة: إذا كنت تتحدث اذكر اللغة، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان.  اتصل برقم 1-800-878-4445 (رقم هاتف الصم والبكم: (TTY: 711).

ATENȚIE: Dacă vorbiți limba română, vă stau la dispoziție servicii de asistență lingvistică, gratuit. Sunați la 1-800-878-4445 (TTY: 711).

ប្រយ័ត្ន៖ បើសិនជាអ្នកនិយាយ ភាសាខ្មែរ, សេវាជំនួយផ្នែកភាសា ដោយមិនគិតឈ្នួល គឺអាចមានសំរាប់បំរើអ្នក។ ចូរ ទូរស័ព្ទ 1-800-878-4445 (TTY: 711)។

XIYYEEFFANNAA: Afaan dubbattu Oroomiffa, tajaajila gargaarsa afaanii, kanfaltiidhaan ala, ni argama. Bilbilaa 1-800-878-4445 (TTY: 711).

ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung. Rufnummer: 1-800-878-4445 (TTY: 711).

توجه: اگر به زبان فارسی گفتگو می کنید، تسهیلات زبانی بصورت رایگان برای شما .بگیرید تماس 1-800-878-4445 (TTY: 711) با .باشد می ف

ATTENTION : Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le 1-800-878-4445 (ATS : 711).

เรียน: ถ้าคุณพูดภาษาไทยคุณสามารถใช้บริการช่วยเหลือทางภาษาได้ฟรี โทร 1-800-878-4445 (TTY: 711)