Resumen de beneficios

Plan calificado de HSA - Embedded

Bend Chamber of Commerce

Lo que usted paga dentro de la red	Lo que usted paga fuera de la red	Máximo de gastos de bolsillo dentro de la red por año calendario	Máximo de gastos de bolsillo fuera de la red por año calendario	Deducible dentro de la red por año calendario	Deducible fuera de la red por año calendario
Totalmente cubierto (después del deducible)	50 % de coseguro (después del deducible; se aplican UCR)	$6,000 por persona $12,000 por familia (2 o más)	$20,000 por persona $40,000 por familia (2 o más)	$6,000 por persona $12,000 por familia (2 o más)	$10,000 por persona $20,000 por familia (2 o más)

Información importante acerca de su plan

Este resumen proporciona solo generalidades destacadas de sus beneficios. Para ver los detalles de su plan, inscríbase e inicie sesión en myprovidence.com.

- Cuando hay dos o más familiares inscritos, el límite anual por persona dentro de la red para el costo compartido es de $9,200.
- El deducible individual se aplica si no hay dependientes inscritos. Si hay dos o más miembros inscritos, el deducible individual se aplica para cada miembro solo hasta que se alcance el deducible familiar.
- El máximo de gastos de bolsillo individual se aplica si no hay dependientes inscritos. Si hay dos o más miembros inscritos, el gasto de bolsillo individual se aplica para cada miembro solo hasta que se alcance el gasto de bolsillo familiar.
- Sus deducibles están incluidos en el máximo de gastos de bolsillo indicado arriba.
- Los deducibles dentro y fuera de la red y los máximos de gastos de bolsillo se acumulan por separado.
- Para averiguar si un medicamento está cubierto por su plan, consulte en línea en ProvidenceHealthPlan.com/pharmacy.
- No es acreditable para la Parte D de Medicare
- Si usted o su médico piden un medicamento de marca habiendo uno genérico, usted se responsabiliza de pagar la respectiva diferencia, a menos que su médico indique "dispensar como está escrito" (DAW). Dicha diferencia en el costo no aplica al máximo de gastos de bolsillo de su plan médico.
- Ciertos servicios requieren autorización previa.
- Para aprovechar al máximo sus beneficios, use los proveedores de la red de Providence Signature y OHSU. Vea una lista de proveedores y farmacias dentro de la red en ProvidenceHealthPlan.com/findaprovider.
- Si opta por salir de la red, quizás quede sujeto a la facturación por costos que sean más elevados que los costos usuales, habituales y razonables (UCR, por su sigla en inglés). Los beneficios para los servicios fuera de la red se basan en estos costos UCR.
- La inscripción y elegibilidad de la cuenta de ahorros médicos no se genera automáticamente con la inscripción a este Plan de salud con deducible alto (HDHP, por su sigla en inglés). Consulte más detalles en su manual.
- Se aplican limitaciones y exclusiones a sus beneficios. Consulte los detalles en su Manual para miembros.
- Obtenga más información sobre los servicios de prevención cubiertos con calificación "A" o "B" de U.S. Preventive Services Task Force, en ProvidenceHealthPlan.com/PreventiveCare

Generalidades destacadas de los beneficios del plan calificado de HSA	Después de pagar el deducible del año calendario, paga lo siguiente por los servicios cubiertos:	
✓No se necesita alcanzar ningún deducible antes de recibir este beneficio.	Coseguro dentro de la red (después del deducible, cuando ve a un proveedor dentro de la red)	Coseguro fuera de la red (después del deducible, cuando ve a un proveedor fuera de la red)
Visitas a proveedores a demanda		
• Providence ExpressCare Virtual	Totalmente cubierto	No cubierto
• Clínica médica en local comercial de Providence ExpressCare	Totalmente cubierto	No corresponde
Atención preventiva		
• Exámenes de salud periódicos y atención de bebé sano	Totalmente cubierto ✓	50%
• Inyecciones, vacunaciones de rutina	Totalmente cubierto ✓	50%
• Colonoscopía (edad 45+)	Totalmente cubierto ✓	50%
• Examen ginecológico (año calendario) y prueba de Papanicolaou	Totalmente cubierto ✓	50%
• Mamografías	Totalmente cubierto ✓	50%
• Asesoramiento nutricional	Totalmente cubierto ✓	50%
• Cesación de tabaquismo: orientación/clases y medicamentos disuasivos para dejar de fumar	Totalmente cubierto ✓	No cubierto
• Educación de autogestión de la diabetes	Totalmente cubierto ✓	Totalmente cubierto

Generalidades destacadas de los beneficios del plan calificado de HSA (continuación)	Coseguro dentro de la red	Coseguro fuera de la red
Servicios de médicos/proveedores		
• Las visitas al consultorio del proveedor de atención primaria o naturópata (presenciales y virtuales)(Las primeras tres visitas virtuales y presenciales dentro de la red: totalmente cubiertas después del deducible, luego coseguro del plan)	Totalmente cubierto	50%
• Visitas al consultorio de especialistas/otros proveedores (presenciales y virtuales)	Totalmente cubierto Totalmente cubierto	50% 50%
• Visitas al consultorio de un proveedor de atención alternativa (por ejemplo naturópata. presenciales y virtuales)	Totalmente cubierto	Totalmente cubierto
• Manipulaciones quiroprácticas (limitadas a 20 visitas por año calendario)	Totalmente cubierto	Totalmente cubierto
• Acupuntura (limitada a 12 visitas por año calendario)	Totalmente cubierto	50%
• Inyecciones y sueros para alergias	Totalmente cubierto	50%
• Infusiones y medicamentos inyectables	Totalmente cubierto	50%
• Cirugía, anestesia en un consultorio o centro	Totalmente cubierto	50%
• Visitas de internación en hospital		
Servicios de diagnóstico		
• Radiografías, servicios de laboratorio y servicios de pruebas (incluye ecografías)	Totalmente cubierto	50%
• Servicios de imagenología con alta tecnología (TEP, TC, RM)	Totalmente cubierto	50%
Medicamentos recetados (Un suministro para hasta 30 días/farmacias minoristas y farmacias minoristas preferidas; un suministro para 90 días/farmacias de pedido por correo y farmacias minoristas preferidas) Los medicamentos prevención básica están exentos del deducible y sujetos al formulario y al nivel de costo compartido aplicable Costo compartido de insulina limitado a $35 para un suministro para 30 días, $105 para 90 días, no aplica el deducible		
• Medicamentos de prevención de la ACA	Totalmente cubierto ✓	No cubierto
• 1 - Medicamento genérico preferido	Totalmente cubierto	No cubierto
• 2 - Medicamento genérico, no preferido	Totalmente cubierto	No cubierto
• 3 - Medicamento de marca preferido	Totalmente cubierto	No cubierto
• 4 - Medicamento de marca, no preferido	Totalmente cubierto	No cubierto
• 5 - Medicamentos de especialidad	Totalmente cubierto	No cubierto
• Medicamentos compuestos (los medicamentos compuestos están limitados a un suministro para 30 días y deben obtenerse en una farmacia minorista/minorista preferida)	Totalmente cubierto	No cubierto
Servicios de emergencia y urgencia		
• Servicios de emergencia (solo para afecciones médicas de emergencia. Si es ingresado en el hospital, todos los servicios están sujetos a los beneficios de paciente hospitalizado)	Totalmente cubierto	Totalmente cubierto
• Servicios de atención urgente (enfermedades sin riesgo de vida/lesiones menores)	Totalmente cubierto	50%
• Transporte médico de emergencia (por aire o por tierra) (El transporte médico de emergencia está cubierto por sus beneficios dentro de la red, independientemente de que el proveedor esté o no dentro de la red)	Totalmente cubierto	Totalmente cubierto
Servicios de hospital		
• Atención a pacientes internados y en observación	Totalmente cubierto	50%
• Atención de rehabilitación (Limitada a 30 días por año calendario. Los límites no se aplican a los Servicios de Salud Mental).	Totalmente cubierto	50%
• Atención de habilitación (Limitada a 30 días por año calendario. Los límites no se aplican a los Servicios de Salud Mental).	Totalmente cubierto	50%
• Centro de enfermería especializada (Limitado a 60 días por año calendario)	Totalmente cubierto	50%
• Servicios de articulación temporomandibular (TMJ) (Límite combinado de $1,000 por año calendario/$5,000 de por vida para servicios ambulatorios o como paciente hospitalizado)	Totalmente cubierto	No cubierto

Generalidades destacadas de los beneficios del plan calificado de HSA (continuación)	Coseguro dentro de la red	Coseguro fuera de la red
Servicios ambulatorios		
• Cirugía ambulatoria, infusión, diálisis, quimioterapia, radioterapia, manipulación osteopática, programa de tratamiento del dolor (multidisciplinario)	Totalmente cubierto	50%
• Cirugía ambulatoria en un Centro de Cirugía Ambulatoria (ASC)	Totalmente cubierto Totalmente cubierto	50%
• Colonoscopía (no preventiva) en un centro basado en un hospital	Totalmente cubierto	50%
• Colonoscopía (no preventiva) en un Centro de Cirugía Ambulatoria (ASC)	Totalmente cubierto	50%
• Servicios de articulación temporomandibular (TMJ) (Límite combinado de $1,000 por año calendario/$5,000 de por vida para servicios ambulatorios o como paciente hospitalizado)		No cubierto
• Servicios de rehabilitación ambulatorios: fisioterapia, terapia ocupacional y del habla (Limitados a 30 visitas por año calendario. Los límites no se aplican a los Servicios de Salud Mental).	Totalmente cubierto Totalmente cubierto	50%
• Servicios de habilitación ambulatorios: fisioterapia, terapia ocupacional y del habla (Limitados a 30 visitas por año calendario. Los límites no se aplican a los Servicios de Salud Mental).		50%
• Rehabilitación cardíaca	Totalmente cubierto	50%
• Biorretroalimentación para diagnósticos específicos (Limitada a 10 visitas de por vida, los límites no se aplican a los Servicios de Salud Mental)	Totalmente cubierto	50%
• Terapia de visión (convergencia insuficiente) (Limitada a 12 visitas en la vida)	Totalmente cubierto	50%
Servicios de maternidad		
• Visitas prenatales al consultorio	Totalmente cubierto ✓	50%
• Servicios de parto y posparto	Totalmente cubierto	50%
• Servicios de internación en hospital/centro	Totalmente cubierto	50%
• Atención de rutina a recién nacidos en salas neonatales	Totalmente cubierto	50%
Equipos, suministros y dispositivos médicos		
• Equipo médico, artefactos, prótesis/ortesis y suministros (Audífonos limitados a 1 por oído cada 3 años calendario)	Totalmente cubierto	50%
• Suministros para diabetes (Como lancetas, tiras de prueba, agujas y controles de sangre y glucosa continuos)	20 % ✓	50%
• Ortesis personalizadas removibles para zapatos		50%
• Aparato bucal para la apnea del sueño (Limitado fuera de la red a $2,000 por año calendario)	Totalmente cubierto Totalmente cubierto	50%
Trastorno relacionado con salud mental o consumo de sustancias Los servicios, excepto las visitas ambulatorias al consultorio del proveedor, podrían requerir una autorización previa.		
• Servicios de internación y domiciliarios	Totalmente cubierto	50%
• Tratamiento diurno, servicios ambulatorios intensivos y de hospitalización parcial	Totalmente cubierto	50%
• Análisis conductual aplicado	Totalmente cubierto	50%
• Visitas ambulatorias al consultorio del proveedor (presenciales y virtuales) (Las primeras tres visitas virtuales y presenciales dentro de la red: totalmente cubiertas después del deducible, después coseguro)	Totalmente cubierto	50%
Salud en el hogar y cuidados paliativos		
• Atención médica en el hogar	Totalmente cubierto	50%
• Cuidados paliativos	Totalmente cubierto	Totalmente cubierto

Guía para los términos y frases usados para explicar sus beneficios

Medicamentos de prevención de la ACA

Los medicamentos de prevención de la Ley de Protección del Paciente y Atención Asequible (*Patient Protection and Affordable Care Act*, ACA) son medicamentos, incluidos los anticonceptivos, que están indicados en nuestro formulario como tales y están cubiertos sin costo cuando se obtienen en farmacias participantes.

Los medicamentos de prevención de venta libre provenientes de farmacias participantes requieren una receta escrita de su proveedor calificado para estar totalmente cubiertos por este beneficio.

Límite anual para el costo compartido

El monto máximo que un miembro paga de su propio bolsillo por año calendario para recibir los servicios cubiertos con beneficios médicos esenciales dentro de la red, cuando hay dos o más familiares inscritos en este plan.

Coseguro

Porcentaje del costo que quizá deba pagar por un servicio cubierto.

Medicamento compuesto

Los medicamentos compuestos son recetas que su farmacéutico prepara especialmente para usted y deben contener al menos un medicamento aprobado por la FDA para ser elegibles para la cobertura. Los reclamos están sujetos a revisión clínica por necesidad médica y su pago no está garantizado.

Copago

Monto fijo en dólares que usted paga a un proveedor de atención médica por un servicio cubierto en el momento en que se proporciona la atención.

Medicamentos prevención básica

La lista de medicamentos de prevención esenciales se compone de medicamentos seleccionados por el Plan de Salud de Providence (Providence Health Plan) con la orientación de nuestra División de Farmacia Clínica. Son medicamentos de primera línea que pueden prevenir la aparición de una enfermedad o afección cuando los toma una persona que ha desarrollado factores de riesgo para la enfermedad o afección que todavía no se ha manifestado o no se ha vuelto clínicamente evidente, o que pueden prevenir la recidiva de una enfermedad o afección de la que una persona se ha recuperado. Los medicamentos de prevención esenciales están sujetos al estado en el formulario y el nivel, así como a los programas de administración farmacéutica, tales como autorización previa, terapia de pasos o límites de cantidad. El Plan de Salud de Providence (Providence Health Plan) Plan ha desarrollado la lista de medicamentos de prevención esenciales basados en los Avisos 2019-45 y 2004-23 del IRS, sección 223(c)(2)(C) del Código de Impuestos Interno.

Deducible

Monto en dólares que paga un individuo o familia por servicios cubiertos antes de que su plan pague cualquier beneficio dentro de un año calendario. Los siguientes gastos no se aplican al deducible de un individuo o una familia:

- Servicios no cubiertos por su plan.
- Tarifas que superen los cargos usuales, habituales y razonables (UCR), según lo establezca su plan.
- Multas en las que se incurre si no cumple con los requisitos de autorización previa de su plan.
- Los copagos y el coseguro por los servicios que no se aplican al deducible.

Formulario

Un formulario es una lista de medicamentos recetados aprobados por la FDA elaborada por médicos y farmacéuticos, diseñada para ofrecer opciones de tratamiento farmacológico para las afecciones médicas cubiertas. El formulario del Plan de Salud de Providence (Providence Health Plan) incluye medicamentos de marca, genéricos y de especialidad.

Cuenta de ahorros médicos (HSA)

Cuentas bancarias del empleado donde se deposita dinero —por parte de los empleados, los empleadores e incluso familiares— para usarse para los gastos de atención médica actuales y futuros de los empleados. Las aportaciones pueden deducirse antes de impuestos de los sueldos y el dinero se acumula de un año a otro y permanece con el empleado incluso si cambia de empleo y se jubila.

Dentro de la red

Se refiere a los servicios recibidos de una amplia red de médicos altamente calificados, proveedores de atención médica y centros con contrato con el Plan de Salud de Providence (*Providence Health Plan*) para su plan específico. Por lo general, sus costos de bolsillo serán menores cuando recibe servicios cubiertos de parte de proveedores de la red. Puede aplicarse la facturación del saldo. Para encontrar un proveedor dentro de la red, visite ProvidenceHealthPlan.org/findaprovider.

Limitaciones y exclusiones

Todos los servicios cubiertos están sujetos a las limitaciones y exclusiones especificadas por su plan. Consulte su Manual para miembros o su contrato para ver una lista completa.

Visitas al consultorio virtuales

Visitas programadas con el médico de cabecera o especialista del miembro usando una aplicación de teleconferencias como Zoom.

Fuera de la red

Se refiere a los servicios que recibe de proveedores que no están en la red de su plan. Los costos de su propio bolsillo en general son mayores cuando recibe servicios cubiertos fuera de la red de su plan. Un proveedor fuera de la red no tiene tarifas acordadas con Providence Health Plan, por lo que se puede aplicar la facturación del saldo. Para encontrar un proveedor dentro de la red, visite ProvidenceHealthPlan.com/findaprovider.

Máximo de gastos de bolsillo

El monto límite en dólares que una persona o familia paga por servicios cubiertos especificados en un año calendario. Este plan tiene máximos de gastos de bolsillo dentro y fuera de la red. Estos máximos de gastos de bolsillo se acumulan por separado y no se combinan. Algunos servicios y gastos no se aplican al máximo de gastos de bolsillo individual o familiar. Consulte los detalles en su Manual para miembros.

Autorización previa para medicamentos recetados

Proceso empleado para solicitar una excepción al formulario de medicamentos del Plan de Salud de Providence. Este proceso puede iniciarse por parte del profesional que receta el medicamento. Algunos medicamentos requieren una autorización previa con respecto a la necesidad médica, el lugar de la terapia, la duración de la terapia, la terapia de pasos o la cantidad de dosis.

Nivel de medicamento recetado

El número del nivel de medicamento recetado se correlaciona con la ubicación de un medicamento en el formulario. El Nivel 1 y el Nivel 2 se componen principalmente de medicamentos genéricos, mientras que los Niveles 3 y 4 contienen medicamentos genéricos y de marca. Los medicamentos de especialidad se incluyen en los Niveles 5 y 6. Algunos pueden estar en niveles más bajos. Su designación en el formulario es la de medicamentos de especialidad.

Médico o profesional calificado que puede proporcionar la mayor parte de su atención y, cuando sea necesario, coordinará la atención con otros proveedores de un modo práctico y económico.

Autorización previa

Algunos servicios deben ser aprobados previamente. Dentro de la red, su proveedor solicitará la autorización previa. Fuera de la red, usted será responsable de obtener la autorización previa.

Clínica médica en local comercial de Providence ExpressCare

Clínica médica sin cita previa, que no es un consultorio, centro de atención urgente, farmacia ni clínica independiente y que se encuentra dentro de un centro comercial. Una clínica médica en local comercial ofrece visitas en el mismo día por enfermedades y lesiones básicas.

Providence ExpressCare Virtual

Servicios para afecciones comunes (tales como dolor de garganta, tos, fiebre, etc.) usando la plataforma de Providence en línea a través de una tableta, teléfono inteligente o computadora para citas para el mismo día.

Usuales, habituales y razonables (UCR, por sus siglas en inglés).

Describe los cargos que su plan permite pagar por servicios que usted recibe de un proveedor fuera de la red. Cuando el costo de los servicios fuera de la red supera los montos UCR, usted es responsable de pagar al proveedor cualquier diferencia. Estos montos no se aplican a los máximos de gastos de bolsillo.

Comuníquese con nosotros

Con oficinas centrales en Portland, nuestros profesionales de servicio al cliente atienden con orgullo a sus miembros desde 1986.

Área metropolitana de Portland: 503-574-7500
Todas las demás áreas: 800-878-4445
TTY: 503-574-8702 o 888-244-6642

¿Tiene preguntas sobre sus beneficios y desea contactarnos por correo electrónico? Visite nuestro sitio web en: www.ProvidenceHealthPlan.com/contactus

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 motivos 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 lenguaje 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 no le brindaron estos servicios o que lo discriminaron de cualquier otra forma en virtud de la 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
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*.

Language Access Information

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).

របយ័តន៖ េបើសិនជាអន កនិយាយ ភាសាែខម រ, េសវាជនួ យែផនកភាសា េដាយមិនគិតឈន លួ គឺអាចមានសំរាប់បំេរអន ក។ ចូ រ ទូរស័ពទ 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).

دیریب گ. ش ما یب را گ انیرا بص ورت یزب ان التیتس ه،دیک ن یم گفتگ و یف ارس زب ان ب ه اگ ر :توج ه ف یم باش د .ب ا (TTY: 711) 1-800-878-4445 تم اس

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

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