



El documento del resumen de beneficios y cobertura (SBC) lo ayudará a elegir un [plan](#) de salud. El resumen de beneficios y cobertura 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 [ProvidenceHealthPlan.com](https://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 esto importa:
¿Cuál es el deducible general?	Dentro de la red : \$4,900 por persona / \$9,800 por familia (2 o más). Fuera de la red : \$9,800 por persona / \$19,600 por familia (2 o más).	En general, debe pagar todos los costos de los proveedores hasta el monto 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 de deducible pagados por todos los familiares cubra el deducible familiar general.
¿Se cubren los servicios antes de que pague su deducible ?	Sí. La mayoría de la atención preventiva 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 servicios de prevención en https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/ .
¿Hay otros deducibles para 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 : \$8,700 por persona / \$17,400 por familia (2 o más). Fuera de la red : \$17,400 por persona / \$34,800 por familia (2 o 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 , facturación del saldo , multas, copagos por servicios oftalmológicos para adultos, manipulación quiropráctica, acupuntura, 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 su proveedor antes de recibir los servicios.
¿Necesita una remisión para ver a un especialista ?	Sí.	Este plan pagará algunos o todos los costos para ver a un especialista para servicios cubiertos pero solo si obtiene una remisión antes de ver al especialista .



Todos los costos de [copago](#) y [coseguro](#) que aparecen en esta tabla son posteriores al pago de su [deducible](#), si corresponde un [deducible](#).

Suceso médico común	Servicios que puede necesitar	Lo que pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor de la red (Pagará lo mínimo)	Proveedor fuera de la red (Pagará lo máximo)	
Si visita el consultorio o la clínica de un proveedor	Visita de atención primaria para tratar una lesión o enfermedad	Primeras 3 visitas sin costo; el deducible no se aplica luego \$40 de copago por visita presencial; el deducible no se aplica o \$10 de copago por visita virtual; el deducible no se aplica	50 % de coseguro	Algunos servicios, como los de laboratorio y radiografía, incluirán costos adicionales para los miembros. Las visitas telefónicas y por video están totalmente cubiertas dentro de la red .
	Visita de especialista	\$60 de copago por visita; el deducible no se aplica	50 % de coseguro	Algunos servicios, como los de laboratorio y radiografía, incluirán costos adicionales para los miembros.
	Atención preventiva/evaluación/vacunación	Sin costo; el deducible no se aplica	50 % de coseguro	La Ley de Atención Asequible (ACA) no exige que todos los servicios de prevención estén totalmente cubiertos. Para obtener más información sobre los servicios de prevención que están totalmente cubiertos consulte: ProvidenceHealthPlan.com/PreventiveCare . Es posible que tenga que pagar por servicios que no son de prevención. Consulte a su proveedor si los servicios que necesita son de prevención. Luego verifique cuánto pagará su plan.
Si le realizan una prueba	Prueba de diagnóstico (radiografía, análisis de sangre)	35 % de coseguro ; el deducible no se aplica	50 % de coseguro	Ninguna.
	Imagenología (TC/TEP, RM)	35 % de coseguro	50 % de coseguro	Se requiere autorización previa .

Suceso médico común	Servicios que puede necesitar	Lo que pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor de la red (Pagará lo mínimo)	Proveedor fuera de la red (Pagará lo máximo)	
Si necesita medicamentos para tratar su enfermedad o afección Hay más información sobre la cobertura de medicamentos recetados disponible en www.ProvidenceHealthPlan.com	Medicamentos de Nivel 1	Sin costo para minorista; el deducible no se aplica	No cubierto	Los medicamentos de prevención de la ACA están totalmente cubiertos dentro de la red . Cubre un suministro para hasta 30 días (minorista); un suministro de 90 días de pedido por correo por el doble del copago o por el 5 % menos del coseguro minorista. Puede requerir una autorización previa . Si se solicita un medicamento de marca cuando hay genéricos disponibles, pagará la diferencia del costo, además del costo compartido del Nivel 4 y Nivel 6. Los medicamentos de especialidad (incluidos en los Niveles 5 y 6 de su formulario) solo se pueden comprar en una farmacia de especialidad participante (limitado a 30 días).
	Medicamentos de Nivel 2	\$20 de copago por suministro minorista para 30 días; el deducible no se aplica	No cubierto	
	Medicamentos de Nivel 3	\$65 de copago por suministro minorista para 30 días; el deducible no se aplica	No cubierto	
	Medicamentos de Nivel 4	50 % de coseguro para minorista; el deducible no se aplica	No cubierto	
	Medicamentos de Nivel 5	50 % de coseguro hasta \$200 para minorista	No cubierto	
	Medicamentos de Nivel 6	50 % de coseguro para minorista	No cubierto	
Si se le realiza una cirugía ambulatoria	Tarifa del centro (por ejemplo, centro de cirugía ambulatoria)	Centro de cirugía ambulatoria: 25 % de coseguro Centro hospitalario: 35 % de coseguro	50 % de coseguro	Se requiere autorización previa .
	Tarifas del médico/cirujano	35 % de coseguro	50 % de coseguro	
Si necesita atención médica inmediata	Atención en sala de emergencias	\$250 de copago por visita luego 35 % de coseguro	\$250 de copago por visita luego 35 % de coseguro	Solo para afecciones médicas de emergencia . Si es ingresado en el hospital, todos los servicios están sujetos a los beneficios de paciente hospitalizado.
	Transporte médico de emergencia	35 % de coseguro	35 % de coseguro	Ninguna.
	Atención de urgencia	\$60 de copago por visita; el deducible no se aplica	50 % de coseguro	Algunos servicios incluirán costos adicionales para los miembros.
Si debe permanecer en el hospital	Tarifa del centro (por ejemplo, habitación de hospital)	35 % de coseguro	50 % de coseguro	Se requiere autorización previa .
	Tarifas del médico/cirujano	35 % de coseguro	50 % de coseguro	

Suceso médico común	Servicios que puede necesitar	Lo que pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor de la red (Pagará lo mínimo)	Proveedor fuera de la red (Pagará lo máximo)	
Si necesita servicios de salud mental, salud conductual o por consumo de sustancias	Servicios ambulatorios	Visita al consultorio: Primeras 3 visitas sin costo; el deducible no se aplica luego \$40 de copago por visita presencial; el deducible no se aplica o \$10 de copago por visita virtual; el deducible no se aplica Todos los demás servicios: 35 % de coseguro	50 % de coseguro	A excepción de las visitas al consultorio del proveedor , todos los servicios deben autorizarse previamente . Consulte el resumen de beneficios para conocer los servicios de análisis conductual aplicado.
	Servicios de hospitalización	35 % de coseguro	50 % de coseguro	
Si está embarazada	Visitas al consultorio	Sin costo; el deducible no se aplica	50 % de coseguro	Ninguna.
	Servicios profesionales para el parto/alumbramiento	35 % de coseguro	50 % de coseguro	El coseguro se aplica a los costos de entrega del proveedor.
	Servicios del centro para el parto/alumbramiento	35 % de coseguro	50 % de coseguro	Ninguna.

Suceso médico común	Servicios que puede necesitar	Lo que pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor de la red (Pagará lo mínimo)	Proveedor fuera de la red (Pagará lo máximo)	
Si necesita ayuda para recuperarse o tiene otras necesidades médicas especiales	Atención médica en el hogar	35 % de coseguro	50 % de coseguro	Se requiere autorización previa .
	Servicios de rehabilitación	Pacientes hospitalizados: 35 % de coseguro Pacientes ambulatorios - Fisioterapia: 35 % de coseguro ; el deducible no se aplica Pacientes ambulatorios - Terapia ocupacional y del habla: 35 % de coseguro ; el deducible no se aplica	50 % de coseguro	Servicios de hospitalización: Limitados a 30 días por año calendario. Limitados a 60 días por año calendario para lesiones de cabeza/columna. Se requiere autorización previa . Servicios ambulatorios: Limitados a 30 visitas por año calendario. Visitas adicionales por afección específica: Limitados a 30 visitas por año calendario. Los límites no se aplican a los servicios de salud mental.
	Servicios de habilitación	Pacientes hospitalizados: 35 % de coseguro Pacientes ambulatorios: 35 % de coseguro ; el deducible no se aplica	50 % de coseguro	Servicios de hospitalización: Limitados a 30 días por año calendario. Limitados a 60 días por año calendario para lesiones de cabeza/columna. Se requiere autorización previa . Servicios ambulatorios: Limitados a 30 visitas por año calendario. Los límites no se aplican a los servicios de salud mental.
	Atención de enfermería especializada	35 % de coseguro	50 % de coseguro	Se requiere autorización previa . Limitados a 60 días por año calendario.
	Equipo médico duradero	Suministros para diabéticos: 35 % de coseguro ; el deducible no se aplica Todo el equipo restante: 35 % de coseguro	50 % de coseguro	Ninguna.
	Servicios de cuidados paliativos	Hospicio: Sin costo; el deducible no se aplica Cuidados de relevo: 35 % de coseguro	Hospicio: Sin costo; el deducible no se aplica Cuidados de relevo: 50 % de coseguro	Se requiere autorización previa . Cuidados de relevo: Limitados a 5 días, hasta 30 días de por vida.

Suceso médico común	Servicios que puede necesitar	Lo que pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor de la red (Pagará lo mínimo)	Proveedor fuera de la red (Pagará lo máximo)	
Si su hijo necesita atención odontológica u oftalmológica	Exámenes oftalmológicos para niños	Sin costo; el deducible no se aplica	Cubierto hasta: \$45; el deducible no se aplica	Limitados a 1 examen por año calendario.
	Anteojos para niños	Sin costo; el deducible no se aplica	Cubierto hasta: \$170; el deducible no se aplica	Limitados a 1 par por año calendario. El máximo de cobertura depende del tipo de lentes.
	Control odontológico para niños	Sin costo; el deducible no se aplica	30 % de coseguro ; el deducible no se aplica	Limitado a 1 servicio cada 6 meses.

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)
- Tratamiento de fertilidad
- Atención a largo plazo
- Atención privada de enfermería
- Podología de rutina (cubierto para diabéticos)
- Interrupción voluntaria del embarazo
- Programas de pérdida de peso

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 [ProvidenceHealthPlan.com](http://www.ProvidenceHealthPlan.com)
- Atención oftalmológica de rutina (para adultos)

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: División de Regulación Financiera de Oregon al 1-888-877-4894, correo electrónico DFR.InsuranceHelp@oregon.gov o visite <https://dfr.oregon.gov/help/Pages/index.aspx>, Departamento de Trabajo de los EE. UU., Administración de Seguridad de Beneficios de los Empleados al 1-866-444-3272 o en <http://www.dol.gov/ebsa/healthreform>, Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. al 1-877-267-2323 ext. 61565 o en <http://www.cciio.cms.gov>. 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, la Administración de Seguridad de Beneficios de los Empleados del Departamento de Trabajo al 1-866-444-EBSA (3272) o en <http://www.dol.gov/ebsa/healthreform>, o puede comunicarse con la División de Regulación Financiera de Oregon de las siguientes maneras:

- Llame al 503-947-7984 o a la línea de mensajes gratuita al 888-877-4894
- Escriba a Oregon Division of Financial Regulation, Consumer Protection Unit, P.O. Box 14480 Salem, OR 97309-0405
- A través del sitio web en <https://dfr.oregon.gov/help/Pages/index.aspx>

Para obtener más información sobre las limitaciones y excepciones, consulte el documento del [plan](#) o la póliza en www.ProvidenceHealthPlan.com

•Correo electrónico: DFR.InsuranceHelp@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](#).

Servicios de acceso a idiomas:

Navajo (Diné): Dinek'ehgo shika at'ohwol ninisingo, kwijigo holne' 1-800-878-4445 (TTY: 711).

Chino (中文): 如果需要中文的帮助, 请拨打这个号码1-800-878-4445 (TTY: 711).

Tagalog (Tagalog): Kung kailangan ninyo ang tulong sa Tagalog tumawag sa 1-800-878-4445 (TTY: 711).

Español: Para obtener asistencia en español, llame al 1-800-878-4445 (TTY: 711).

Para ver ejemplos de cómo este [plan](#) podría cubrir los costos en una situación médica hipotética, vea la siguiente sección.

Declaración de divulgación de la Ley para la Reducción de Trámites (PRA): De acuerdo con la Ley para la Reducción de Trámites de 1995 o PRA (Ley Pública 104-13), ninguna persona será obligada a responder a una recopilación de información a menos que se exhiba un número de control válido de la Oficina de Administración y Presupuesto (OMB). El departamento señala que una agencia federal no puede realizar o patrocinar una recopilación de información a menos que la OMB lo apruebe según la PRA y exhiba un número de control actualmente válido de la OMB, y el público no será obligado a responder a una recopilación de información a menos que exhiba un número de control actual válido de la OMB. Consulte el Título 44 del Código de Estados Unidos (U.S.C.) § 3507. Además, sin perjuicio de cualquier otra disposición legal, ninguna persona estará sujeta a una sanción por no cumplir con una recopilación de información si la recopilación de información no exhibe un número de control actual válido de la OMB. Consulte el Título 44 del Código de Estados Unidos (U.S.C.) § 3512.

Se estima que la carga de información pública para esta recopilación de información es de aproximadamente un minuto por persona encuestada. Se alienta a las partes interesadas a enviar comentarios sobre la carga estimada o sobre cualquier otro aspecto de esta recopilación de información, incluidas sugerencias para reducir esta carga, al Departamento de Trabajo de los EE. UU., Oficina de Pólizas e Investigación, a la atención de: PRA Clearance Officer, 200 Constitution Avenue, N.W., Room N-5718, Washington, DC 20210 o al correo electrónico ebbsa.opr@dol.gov e indique el número de control de la OMB 12100123.

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 otros 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 un hospital dentro de la red)

- El [deducible](#) general del [plan](#) \$4,900
- [Copago](#) de [especialista](#) \$60
- [Coseguro](#) del hospital (centro) 35 %
- Otro [coseguro](#) 35 %

Este EJEMPLO incluye servicios como:

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

Costo total del ejemplo \$12,700

En este ejemplo, Peg pagaría:

Costo compartido	
Deducibles	\$4,900
Copagos	\$10
Coseguro	\$2,700
<i>Lo que no está cubierto</i>	
Límites o exclusiones	\$20
El total que Peg pagaría es de	\$7,630

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

- El [deducible](#) general del [plan](#) \$4,900
- [Copago](#) de [especialista](#) \$60
- [Coseguro](#) del hospital (centro) 35 %
- Otro [coseguro](#) 35 %

Este EJEMPLO incluye servicios como:

Visitas al consultorio de [médico de cabecera](#) (*incluye educación sobre la enfermedad*)
[Pruebas de diagnóstico](#) (análisis de sangre)
[Medicamentos recetados](#)
[Equipo médico duradero](#) (medidor de glucosa)

Costo total del ejemplo \$5,600

En este ejemplo, Joe pagaría:

Costo compartido	
Deducibles*	\$10
Copagos	\$1,300
Coseguro	\$300
<i>Lo que no está cubierto</i>	
Límites o exclusiones	\$0
El total que Joe pagaría es de	\$1,610

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

- El [deducible](#) general del [plan](#) \$4,900
- [Copago](#) de [especialista](#) \$60
- [Coseguro](#) del hospital (centro) 35 %
- Otro [coseguro](#) 35 %

Este EJEMPLO incluye servicios como:

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

Costo total del ejemplo \$2,800

En este ejemplo, Mia pagaría:

Costo compartido	
Deducibles*	\$2,000
Copagos	\$100
Coseguro	\$200
<i>Lo que no está cubierto</i>	
Límites o exclusiones	\$0
El total que Mia pagaría es de	\$2,300

*Nota: Este plan tiene otros [deducibles](#) para los servicios específicos incluidos en este ejemplo de cobertura. Consulte “¿Hay otros [deducibles](#) para servicios específicos?” arriba.

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 brindó 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 and 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 Services:

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 بالسجان. 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: បើសិនអ្នកនិយាយខ្មែរ, សេវាជំនួយភាសាឥតគិតថ្លៃសម្រាប់អ្នកចូលរួមសំបុត្រអក្សរចូរទូរស័ព្ទ 1-800-878-4445 (TTY: 711)។

XIYYEEFFANNAA: Afaan dubbattu Oroomiffa, tajaajjila 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).

فیم دشا اب اب (1-800-878-4445 (TTY: 711) سامت دیری گب. امش یارب ن آگیار تروصب ی نابز تالی هست، دینک یم وگت فگ ی سراف نابز هب رگا: هجوت

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)