



El Resumen de beneficios y cobertura (SBC, siglas en inglés) es un documento que ayuda a elegir un [plan médico](#). El SBC muestra cómo usted y el [plan](#) compartirían el costo de los servicios médicos cubiertos. **NOTA:** la información sobre el costo de este [plan](#) (llamado [prima](#)) se ofrecerá aparte.

Esto es sólo un resumen. Para más información sobre su cobertura, o para obtener una copia de los términos completos de cobertura, visite:

www.ProvidenceHealthPlan.com. Para la definición de los términos de uso común, como [monto permitido](#), [facturación del saldo](#), [coseguro](#), [copago](#), [deducible](#), [proveedor](#) u otros términos subrayados, véase el glosario. Puede ver dicho glosario en www.healthcare.gov/sbc-glossary o llamando al 1-800-878-4445 para solicitar una copia del mismo.

| Preguntas importantes | Respuestas | Por qué es importante |
|---|--|--|
| ¿Cuál es el deducible general? | En la red : \$3,500 por persona / \$7,000 por familia (2 ó más). Fuera de la red : \$7,000 por persona / \$14,000 por familia (2 ó más). | Por lo general, para que este plan comience a pagar debe Ud. primero cumplir los costos de proveedores sanitarios hasta cumplir con el deducible . Si tiene a otros familiares en este plan , cada uno de ellos tendrá que cumplir con su propio deducible individual hasta que el total de gastos de deducible pagado por toda la familia cumpla con el deducible familiar global. |
| ¿Se cubre algún servicio antes de pagar todo el deducible ? | Sí. Se dispensa para la mayoría de cuidados preventivos dentro de la red . | Este plan cubre algunos artículos y servicios aún sin cumplir el total del deducible pero tal vez se aplique un copago o coseguro ; por ejem., cubre ciertos servicios preventivos sin costos compartidos e incluso antes de cumplir el deducible . Lista de servicios preventivos cubiertos: www.cuidadodesalud.gov/es/coverage/preventive-care-benefits . |
| ¿Existen otros deducibles para servicios específicos? | No. | No tiene que cumplir con un deducible por servicios específicos. |
| ¿Cuál es el límite de gastos de bolsillo de este plan ? | En la red : \$8,550 por persona / \$17,100 por familia (2 ó más). Fuera de la red : \$17,100 por persona / \$34,200 por familia (2 ó más). | El límite de gastos de bolsillo es el máximo que podría pagar en un año por servicios cubiertos. Si tiene a otros familiares en este plan , deberán ellos cumplir con sus propios límites de gastos de bolsillo hasta lograr el límite general de gastos de bolsillo familiar. |
| ¿Qué es lo que no se incluye en el límite de gastos de bolsillo ? | Primas , facturación del saldo , multas, copagos para servicios de visión para adultos, quiropráctica manipulación, acupuntura, servicios no cubiertos, tarifas superiores a UCR . | Aunque usted paga estos costos, no cuentan para el límite de gastos de bolsillo . |
| ¿Pagará un poco menos si acude a un proveedor dentro de la red médica ? | Sí. Véase www.ProvidenceHealthPlan.com/Provider o llame al 1-800-878-4445 para obtener la lista de proveedores de la red . | Este plan cuenta con un proveedor dentro de la red . Ud. paga menos si acude a un proveedor dentro de la red del plan . Ud. paga más si acude a un proveedor fuera de la red , y quizá reciba factura del proveedor por la diferencia en el costo de éste y lo que su plan paga (facturación del saldo). Recuerde que el proveedor dentro de la red podría utilizar un proveedor fuera de la red para ciertos servicios (como análisis de laboratorio). Averigüe antes de recibir el servicio. |
| ¿Necesita un referido para ver a un especialista ? | Sí. | Este plan paga parte del, o todo, el costo para consultar al especialista por servicios cubiertos pero únicamente si tiene el respectivo referido antes de acudir a él o ella. |

 Todos los costos de [copago](#) y [coseguro](#) que se indican en esta tabla son después de que se haya completado el [deducible](#), si es que 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. NOTA: visita = consulta | Visita de atención primaria para tratar una lesión o enfermedad | No se cobra las primeras 3 visitas; no aplica el deducible , luego \$50 copago / visita, no aplica el deducible . | 50% coseguro . | Algunos servicios como laboratorio y rayos-X incluirán costos por miembros adicionales. Las consultas por teléfono o por video dentro de la red se cubren por completo. |
| | Visita al especialista | \$70 copago /visita; no aplica el deducible . | 50% coseguro . | Algunos servicios como laboratorio y rayos-X incluirán costos por miembros adicionales. |
| | Atención preventiva/examen de detección /vacuna | No se cobra; no aplica el deducible . | 50% coseguro . | No se exige que cada servicio preventivo sea cubierto de lleno por la ACA. Para más información sobre tales servicios, véase: https://healthplans.providence.org/pdfs/members/documents/preventive-care-costs.pdf . Quizá tenga que pagar por servicios no preventivos. Pregunte al proveedor si los servicios que necesita son preventivos. Luego averigüe con su plan médico lo que éste pagará. |
| Si se le hace un examen | Prueba diagnóstica (radiografía, análisis de sangre) | 35% coseguro , no aplica el deducible . | 50% coseguro . | Ninguna |
| | Estudios de imágenes (tomografía computarizada, estudio PET, resonancia magnética) | 35% coseguro . | 50% coseguro . | Se exige previa autorización . |

| | | Lo que usted paga | | |
|--|--|--|--|--|
| Eventos médicos comunes | Servicios que podría necesitar | Proveedor en la red (usted pagará lo mínimo) | Proveedor fuera de la red (usted pagará lo máximo) | Limitaciones, excepciones y otra información importante |
| Si necesita un medicamento para el tratamiento de su enfermedad. Para más información sobre la cobertura para medicamentos recetados, visite www.ProvidenceHealthPlan.com | Fármaco del nivel 1 | No hay cargo al menudeo; no aplica el deducible . | No se cubre | Los medicamentos preventivos de ACA se cubren de lleno dentro de la red . Se cubre una provisión de hasta 30 días (menudeo); la provisión de 90 días (menudeo preferido y orden por correo postal) se cubre a 2 veces del copago menudeo ó 5% menos del coseguro menudeo. Puede aplicar la previa autorización . Si se pide una medicina de marca habiendo disponible la genérica, usted paga la diferencia del costo, más el costo-compartido de nivel 4 ó nivel 6. Los medicamentos de especialidad (listados en los niveles 5 y 6 del Formulario) sólo se pueden comprar en farmacias participantes de especialidad (límite de 30 días). |
| | Fármaco del nivel 2 | \$20 copago por provisión de 30 días, venta menudeo; no aplica el deducible . | No se cubre | |
| | Fármaco del nivel 3 | \$65 copago por provisión de 30 días, venta menudeo; no aplica el deducible . | No se cubre | |
| | Fármaco del nivel 4 | 50% coseguro al menudeo, no aplica el deducible . | No se cubre | |
| | Fármaco del nivel 5 | 50% coseguro hasta \$200 menudeo. | No se cubre | |
| | Fármaco del nivel 6 | 50% coseguro al menudeo. | No se cubre | |
| Si se somete a una operación de paciente ambulatoria | Cargo de instalaciones (p. ej., centro de cirugía para paciente ambulatorio) | Cirugía, centro ambulatorio: 25% coseguro . Centro base hospitalaria: 35% coseguro . | 50% coseguro | Se exige previa autorización . |
| | Honorarios del médico/cirujano | 35% coseguro . | 50% coseguro | |
| Si necesita atención médica inmediata. NOTA: visita = consulta | Atención en la sala de urgencias (emergency) | \$250 copago / visita luego 35% coseguro . | \$250 copago / visita luego 35% coseguro . | Sólo para casos médicos de emergencia . Si es admitido al hospital, todo servicio queda sujeto a beneficios de paciente interno. |
| | Transporte médico, emergencia | 35% coseguro . | 35% coseguro . | Ninguna |
| | Atención de urgencia | \$70 copago / visita; no aplica el deducible . | 50% coseguro . | Algunos servicios incluirán costos por miembros adicionales. |
| Si le hospitalizan | Cargo de instalaciones (p. ej., habitación de hospital) | 35% coseguro . | 50% coseguro . | Se exige previa autorización . |
| | Honorarios del médico/cirujano | 35% coseguro . | 50% coseguro . | |

| | | Lo que usted paga | | |
|---|--------------------------------|---|--|---|
| Eventos médicos comunes | Servicios que podría necesitar | Proveedor en la red (usted pagará lo mínimo) | Proveedor fuera de la red (usted pagará lo máximo) | Limitaciones, excepciones y otra información importante |
| Si necesita servicio de salud mental, conducta o toxicomanías. | Servicios ambulatorios | No se cobra primeras 3 visitas; no aplica el deducible , luego \$50 copago / visita; demás servicios 35% coseguro . | 50% coseguro . | Todo servicio, salvo consultas con el proveedor exigen previa autorización . Véase el Resumen de beneficios respecto a servicios ABA. |
| | Servicios de internado | 35% coseguro . | 50% coseguro . | |

| | | Lo que usted paga | | |
|---|--|--|---|--|
| Eventos médicos comunes | Servicios que podría necesitar | Proveedor en la red (usted pagará lo mínimo) | Proveedor fuera de la red (usted pagará lo máximo) | Limitaciones, excepciones y otra información importante |
| Si está embarazada | Visitas al consultorio | No se cobra; no aplica el deducible . | 50% coseguro | Ninguna. |
| | Servicios de parto profesionales | 35% coseguro . | 50% coseguro | El coseguro aplica a los cargos del partero. |
| | Servicios en instalaciones de partos profesionales | 35% coseguro . | 50% coseguro | Ninguna. |
| Si necesita ayuda para recuperarse o tiene otras necesidades de salud especiales | Cuidado de la salud en hogar | 35% coseguro . | 50% coseguro | Se exige previa autorización . |
| | Servicios de rehabilitación , pacientes internos o ambulatorios: | Interno: 35% coseguro . Ambulatorio: terapia física: 35% coseguro , no aplica deducible ; terapia ocupacional o del habla: 35% coseguro ; no aplica deducible . | 50% coseguro . | Paciente interno: límite 30 días año calendario, límite de 60 días año calendario para lesiones de cabeza o columna. Se exige previa autorización . Ambulatorio: límite de 30 visitas año calendario; visitas adicionales por afección específica, límite 30 visitas año calendario. Límites no aplican a servicios de salud mental. |
| | Servicios de habilitación | Interno: 35% coseguro . Ambulatorio: 35% coseguro , no aplica deducible . | 50% coseguro . | Paciente interno: límite 30 días año calendario, límite de 60 días año calendario para lesiones de cabeza o columna. Se exige previa autorización ; ambulatorio: límite de 30 visitas año calendario. Límites no aplican a servicios de salud mental. |
| | Cuidado de enfermería especializada | 35% coseguro . | 50% coseguro . | Se exige previa autorización . Límite de 60 días por año calendario |
| | Equipo médico duradero | Suministros de diabetes 35% coseguro . No aplica deducible . Demás equipo: 35% coseguro | 50% coseguro . | Ninguna. |
| | Servicios de hospicio (paliativos) | Hospicio: no se cobra; no aplica el deducible ; cuidado de relevo: 35% coseguro . | Hospicio: no se cobra; no aplica el deducible ; cuidado de relevo: 50% coseguro . | Se exige previa autorización . Cuidado de relevo: límite de 5 días, o hasta 30 días de por vida. |

| | | Lo que usted paga | | |
|--|--------------------------------|--|--|--|
| Eventos médicos comunes | Servicios que podría necesitar | Proveedor en la red (usted pagará lo mínimo) | Proveedor fuera de la red (usted pagará lo máximo) | Limitaciones, excepciones y otra información importante |
| Si su hijo(a) necesita servicios odonto-lógicos o de la vista | Examen de la vista pediátrico | Sin costo; no aplica deducible . | Cubre hasta \$45, no aplica deducible . | Límite de 1 examen por año calendario. |
| | Anteojos para sus hijos | Sin costo; no aplica deducible . | Cubre hasta \$170, no aplica deducible . | Limitado a 1 par por año calendario; el máximo de cobertura depende del tipo de lente. |
| | Chequeo dental pediátrico | Sin costo; no aplica deducible . | 30% coseguro , no aplica deducible . | Límite de 1 servicio cada 6 meses. |

Servicios excluidos y otros servicios cubiertos:

Servicios que su [plan](#) generalmente NO cubre (consulte el documento o póliza de su [plan](#) para más información y lista de otros [servicios excluidos](#)).

- Cirugía bariátrica
- Cirugía cosmética (salvo ciertas excepciones)
- Atención dental (adultos)
- Tratamientos de infertilidad
- Cuidados a largo plazo
- Enfermería privada
- Atención de rutina de los pies (se cubre para diabetes)
- Terminación voluntaria de embarazo
- Programas para bajar de peso.

Otros servicios cubiertos (podrían aplicarse limitaciones a estos servicios; esta no es una lista completa, favor de consultar el documento de su [plan](#)).

- Acupuntura (aplican límites)
- Atención quiropráctica (aplican límites)
- Dispositivos auditivos (aplican límites)
- Cuidados rutinarios de la vista (adultos)
- Atención médica que no es de emergencia al viajar fuera de los EE.UU. Véase: www.ProvidenceHealthPlan.com

Sus derechos a continuar con su cobertura: hay agencias que pueden ayudarle si desea continuar con su cobertura cuando ésta termine. La información de contacto de tales agencias es: Oregon Division of Financial Regulation 1-888-877-4894; por correo-e: DFR.InsuranceHelp@oregon.gov o bien, en <https://dfr.oregon.gov/help/Pages/index.aspx>; o al Dpto. de trabajo, administración de la seguridad de beneficios del empleado 1-866-444-3272 ó en www.dol.gov/ebsa/healthreform, o al Dpto. de Salud y Servicios Humanos de los EE.UU. 1-877-267-2323, x61565 ó en www.cciio.cms.gov. Quizá existan también otras alternativas de cobertura para usted, incluso mediante la compra de seguro individual a través de [Health Insurance Marketplace](#). Para más informes sobre [Marketplace](#), visite www.HealthCare.gov o llame al 1-800-318-2596.

Sus derechos para presentar quejas o apelaciones: hay agencias que pueden ayudarle si tiene quejas contra su [plan](#) por negarle un [reclamo](#). Esta queja se llama [reclamo](#) o [apelación](#). Para más información acerca de sus derechos, consulte la explicación de beneficios que recibirá para este [reclamo](#) médico. Sus documentos del [plan](#) también incluirán información completa sobre cómo presentar un [reclamo](#), [apelación](#) o una [queja](#) a su [plan](#) por cualquier motivo. Para más información sobre sus derechos, esta notificación o para recibir asistencia, comuníquese con: Providence Health Plan al: 1-800-878-4445, a la Administración de seguridad de beneficios del empleado, del departamento de trabajo (Department of Labor's Employee Benefits Security Administration) al número: 1-866-444-EBSA (3272) o en www.dol.gov/ebsa/healthreform, o bien, puede contactar la División reguladora de finanzas de Oregon):

- Llamando al 503-947-7984 ó a la línea sin cargo para mensajes: 888-877-4894
- Escribiendo a: Oregon Division of Financial Regulation, Consumer Protection Unit at P.O. Box 14480 Salem, OR 97309-0405
- Por Internet: <https://dfr.oregon.gov/help/Pages/index.aspx>, o por correo-e: DFR.InsuranceHelp@oregon.gov

¿Ofrece este plan cobertura esencial mínima? Sí

La [cobertura esencial mínima](#) por lo general incluye [planes de salud, seguro médico](#) disponible a través de [Marketplace](#) u otras pólizas individuales en el mercado, así como Medicare, Medicaid, CHIP, TRICARE, y otras más. Si cumple con los requisitos para ciertos tipos de [cobertura esencial mínima](#) quizá no logre el [crédito de impuesto de prima \(premium tax credit\)](#).

¿Cumple este plan con los estándares de valor mínimo? Sí

Si su [plan](#) no cumple con los [estándares de valor mínimo](#), podría calificar para el [premium tax credit](#) para ayudarle a pagar un [plan](#) a través de [Marketplace](#).

Servicios de acceso a otros idiomas:

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

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

Para ver ejemplos de cómo podría este plan cubrir los costos de una situación médica hipotética, consulte la próxima sección.

Declaración de la Ley de reducción documentaria (siglas en inglés PRA): De acuerdo a la Ley de reducción documentaria (o de papeleo) de 1995 (Pub. L. 104-13) (PRA), no se exigirá a persona alguna responder a una recolección de datos a menos que la recolección muestre un número válido de control de la Oficina de Administración y Presupuesto (OMB). El departamento señala que ninguna agencia federal podrá llevar a cabo o auspiciar una colección de datos a menos que ésta sea aprobada por la OMB bajo el endoso de la PRA, que muestre el número válido de control, y que no se exija al público responder a una tal recolección de datos –a menos que muestre el número válido de control OMB al corriente. Véase 44 U.S.C. 3507. Así también y pese a otras provisiones legales, ninguna persona queda sujeta a sanción por no cumplir con la recolección de datos si ésta no muestra el número válido de control OMB al corriente. Véase 44 U.S.C. 3512.

El tiempo de carga estimado para reportar la recolección de datos promedia aprox. un minuto por respuesta. Se recomienda a las partes interesadas enviar comentarios respecto a esta duración o de cualquier otro aspecto de la recolección –incluso sugerencias para disminuir la respectiva carga– a:

U.S. Department of Labor
Office of Policy and Research / Attn. PRA Clearance Officer
200 Constitution Avenue, NW / Room N-5718
Washington, DC 20210

O por correo-e: ebbsa@dol.gov (anote referencia del No. de control OMB: 12100123).

Acerca de los ejemplos de cobertura mostrados abajo:



Este no es un estimador de costos. Los tratamientos mostrados aquí son ejemplos de cómo este [plan](#) podría cubrir atención médica. Sus costos serán diferentes en función de la atención médica que reciba, los precios que cobren sus [proveedores](#) y muchos otros factores. Vea con cuidado las cantidades de [costo compartido](#) ([deducibles](#), [copagos](#) y [coseguros](#)), así como [servicios excluidos](#) bajo este [plan](#). Utilice esta información para comparar la porción de los costos que usted tendría que pagar con otros [planes](#) médicos. Tenga en mente que estos ejemplos de cobertura se basan sólo en la cobertura individual de sí mismo (en inglés 'self-only coverage'). **NOTA:** visita = consulta.

Peg está embarazada

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

- El [deducible](#) general del [plan](#) \$3,500
- [Copago](#) del [especialista](#) \$70
- Hospital (centro médico) [coseguro](#) 35%
- Otro [coseguro](#) 35%

Este EJEMPLO incluye servicios como:

visitas al [especialista](#) (*atención prenatal*)
 Servicios de parto profesionales
 Servicios de instalaciones de partos profesionales
[Pruebas diagnósticas](#) (*ultrasonido, análisis sangre*)
 Visita al [especialista](#) (*anestesia*)

Costo total hipotético \$12,700

En este ejemplo, Peg pagaría:

| Costo-compartido | |
|----------------------------------|---------|
| Deducibles | \$3,500 |
| Copagos | \$10 |
| Coseguro | \$2,300 |

Qué es lo que no se cubre:

Límites o exclusiones \$20

El total que pagaría Peg es de: \$5,830

Control de la diabetes tipo 2 de Joe

(un año de atención de rutina dentro de la red y de enfermedad bien atendida / controlada)

- El [deducible](#) general del [plan](#) \$3,500
- [Copago](#) del [especialista](#) \$70
- Hospital (centro médico) [coseguro](#) 35%
- Otro [coseguro](#) 35%

Este EJEMPLO incluye servicios como:

visitas de [atención médica primaria](#) (*incluye sesiones informativas sobre la enfermedad*)
[Pruebas diagnósticas](#) (*análisis de sangre*)
[Medicamentos de receta](#)
[Equipo médico duradero](#) (*medidor de glucosa*)

Costo total hipotético \$5,600

En este ejemplo, Joe pagaría:

| Costo-compartido | |
|----------------------------------|---------|
| Deducibles* | \$10 |
| Copagos | \$1,200 |
| Coseguro | \$300 |

Qué es lo que no se cubre:

Límites o exclusiones \$0

El total que pagaría Joe es de: \$1,510

Fractura simple de Mia

(consultas a la sala de emergencias dentro de la red y visitas de seguimiento)

- El [deducible](#) general del [plan](#) \$3,500
- [Copago](#) del [especialista](#) \$70
- Hospital (centro médico) [coseguro](#) 35%
- Otro [coseguro](#) 35%

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* | \$2,000 |
| Copagos | \$100 |
| Coseguro | \$200 |

Qué es lo que no se cubre:

Límites o exclusiones \$0

El total que pagaría Mia es de: \$2,300

*. **NOTA:** este [plan](#) cuenta con otros [deducibles](#) de servicios específicos incluidos en este ejemplo de cobertura. Véase pág. 1 “¿Existen otros [deducibles](#) para servicios específicos?”

Declaración de no discriminación:

Providence Health Plan y Providence Health Assurance cumplen con las respectivas leyes civiles federales y no discriminan por motivo de raza, color, origen nacional, edad, discapacidad, o sexo. Providence Health Plan y Providence Health Assurance no excluyen a personas ni las trata de manera diferente debido a raza, color, origen nacional, edad, discapacidad, o sexo. Por tanto, Providence Health Plan y Providence Health Assurance:

- Brindan material y servicio auxiliar gratuito a personas con discapacidad a fin que se puedan comunicar de manera efectiva con nosotros, por ejemplo:
 - Intérpretes calificados de lenguaje de señas.
 - Información en otros formatos (letra grande, audio, contenidos electrónicos accesibles y otros formatos).
- Ofrecen servicios gratuitos a personas cuyo idioma principal no es el inglés, como por ejemplo:
 - Intérpretes competentes.
 - Información por escrito en otros idiomas.

Si tiene Medicare y necesita estos servicios, llame al: 503-574-8000 ó 1-800-603-2340. Todos los demás miembros, llamar al 503-574-7500 ó al 1-800-878-4445. Para miembros con discapacidad auditiva, llamar a nuestra línea TTY 711.

Si le parece que Providence Health Plan o Providence Health Assurance ha fallado al ofrecer dichos servicios o discriminado con base en su raza, color, origen nacional, edad, discapacidad, o sexo, podrá presentar su queja por correo postal a nuestro coordinador de no discriminación (*Non-discrimination Coordinator*):

Providence Health Plan and Providence Health Assurance
Attn: Non-discrimination Coordinator / PO Box 4158
Portland, OR 97208-4158

Si es miembro de Medicare y necesita ayuda para presentar alguna queja, llame al: 503-574-8000 ó bien, al: 1-800-603-2340. Los demás miembros pueden pedir asistencia llamando al: 503-574-7500 ó al: 1-800-878-4445 (línea TTY en 711). Puede asimismo levantar un acta electrónicamente de derechos civiles con el Dpto. de Salud y Servicios Humanos de los EE.UU / Oficina de Derechos Civiles, a través del portal de la Oficina de Quejas de Derechos Civiles, disponible en: <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o por correo postal, o por teléfono como sigue:

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

Formularios para quejas, disponibles en: 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).

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

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: បើសិនអ្នកនិយាយខ្មែរ, សេវាជំនួយផ្នែកភាសាសេរីគឺមានសំបាប់ឲ្យអ្នក។ ចូរទូរស័ព្ទ 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).

فیم دشا اب اب 1-800-878-4445 (TTY: 711) سامت دیری گب. امش یارب ناگیار تروصب ی نابز تالی هست، دینک یم وگتفگ 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)