



The Summary of Benefits and Coverage (SBC) document will help you choose a health [plan](#). The SBC shows you how you and the [plan](#) would share the cost for covered health care services. NOTE: Information about the cost of this [plan](#) (called the [premium](#)) will be provided separately.

This is only a summary. For more information about your coverage, or to get a copy of the complete terms of coverage, ProvidenceHealthPlan.com. For definitions of common terms, such as [allowed amount](#), [balance billing](#), [coinsurance](#), [copayment](#), [deductible](#), [provider](#), or other underlined terms see the Glossary. You can view the Glossary at www.healthcare.gov/sbc-glossary or call 1-800-878-4445 to request a copy.

| Important Questions | Answers | Why This Matters: |
|---|---|--|
| What is the overall deductible ? | \$0 at Indian Health Care Provider (IHCP) or with IHCP referral at non-IHCP; In-Network : \$2,000 person / \$4,000 family (2 or more). | Generally, you must pay all of the costs from providers up to the deductible amount before this plan begins to pay. If you have other family members on the plan , each family member must meet their own individual deductible until the total amount of deductible expenses paid by all family members meets the overall family deductible . |
| Are there services covered before you meet your deductible ? | Yes. Most preventive care in-network . Services received at an IHCP or with an IHCP referral are covered at no charge. | This plan covers some items and services even if you haven't yet met the deductible amount. But a copayment or coinsurance may apply. For example, this plan covers certain preventive services without cost-sharing and before you meet your deductible . See a list of covered preventive services at https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/ . |
| Are there other deductibles for specific services? | No. | You don't have to meet deductibles for specific services. |
| What is the out-of-pocket limit for this plan ? | In-Network : \$7,800 person / \$15,600 family (2 or more). | The out-of-pocket limit is the most you could pay in a year for covered services. If you have other family members in this plan , they have to meet their own out-of-pocket limits until the overall family out-of-pocket limit has been met. |
| What is not included in the out-of-pocket limit ? | Premiums , balance billing , penalties, massage therapy, services not covered, fees above UCR . | Even though you pay these expenses, they don't count toward the out-of-pocket limit . |
| Will you pay less if you use a network provider ? | Yes. See ProvidenceHealthPlan.com/findaprovider or call 1-800-878-4445 for a list of network providers . Services received from Indian Health Services (IHS) providers are covered in full. | This plan uses a provider network . You will pay less if you use a provider in the plan's network . You will pay the most if you use an out-of-network provider , and you might receive a bill from a provider for the difference between the provider's charge and what your plan pays (balance billing). Be aware your network provider might use an out-of-network provider for some services (such as lab work). Check with your provider before you get services. |
| Do you need a referral to see a specialist ? | Yes. | This plan will pay some or all of the costs to see a specialist for covered services but only if you have a referral before you see the specialist . |



All [copayment](#) and [coinsurance](#) costs shown in this chart are after your [deductible](#) has been met, if a [deductible](#) applies.

| Common Medical Event | Services You May Need | What You Will Pay | | | Limitations, Exceptions, & Other Important Information |
|--|--|---|--|--|--|
| | | Indian Health Care Provider (IHCP) (You will pay the least) | Non-IHCP In-Network Provider (You will pay more) | Non-IHCP Out-of-Network Provider (You will pay the most) | |
| If you visit a health care provider's office or clinic | Primary care visit to treat an injury or illness | No charge | \$25 copay /per visit; deductible does not apply | Not covered | Some services such as lab and x-ray will include additional member costs. Phone and video visits are covered in full in-network . |
| | Specialist visit | No charge | \$60 copay /per visit; deductible does not apply | Not covered | Some services such as lab and x-ray will include additional member costs. |
| | Preventive care/screening/immunization | No charge | No charge; deductible does not apply | Not covered | Not all preventive services are required to be covered in full by the ACA. For more information on preventive services that are covered in full see: https://healthplans.providence.org/pdfs/members/documents/preventive-care-costs.pdf . You may have to pay for services that aren't preventive. Ask your provider if the services needed are preventive. Then check what your plan will pay for. |
| If you have a test | Diagnostic test (x-ray, blood work) | No charge | Lab: \$35 copay /per visit; deductible does not apply X-ray: \$60 copay /per visit; deductible does not apply | Not covered | None |
| | Imaging (CT/PET scans, MRIs) | No charge | 30% coinsurance | Not covered | Prior authorization required. |

| Common Medical Event | Services You May Need | What You Will Pay | | | Limitations, Exceptions, & Other Important Information |
|---|--|---|---|--|--|
| | | Indian Health Care Provider (IHCP) (You will pay the least) | Non-IHCP In-Network Provider (You will pay more) | Non-IHCP Out-of-Network Provider (You will pay the most) | |
| If you need drugs to treat your illness or condition More information about prescription drug coverage is available at ProvidenceHealthPlan.com | Tier 1 drugs | No charge retail | \$20 copay /per 30 day supply retail; deductible does not apply | Not covered | ACA Preventive drugs are covered in full in-network . Covers up to a 30-day supply (retail); 90-day mail-order supply covered at 2 times the retail copay or 5% less than the retail coinsurance . Prior authorization may apply. If a brand-name drug is requested when a generic is available, you will pay the difference in cost, plus your Tier 4 or Tier 6 cost-share. Specialty drugs (listed in Tier 5 and Tier 6 on your formulary) can only be purchased at a participating specialty pharmacy (limited to 30 days). |
| | Tier 2 drugs | No charge retail | \$20 copay /per 30 day supply retail; deductible does not apply | Not covered | |
| | Tier 3 drugs | No charge retail | \$70 copay /per 30 day supply retail; deductible does not apply | Not covered | |
| | Tier 4 drugs | No charge retail | \$250 copay /per 30 day supply retail | Not covered | |
| | Tier 5 drugs | No charge retail | \$250 copay /per 30 day supply retail | Not covered | |
| | Tier 6 drugs | No charge retail | \$250 copay /per 30 day supply retail | Not covered | |
| If you have outpatient surgery | Facility fee (e.g., ambulatory surgery center) | No charge | \$600 copay /per visit | Not covered | Prior authorization required. |
| | Physician/surgeon fees | No charge | \$200 copay /per visit | Not covered | |

| Common Medical Event | Services You May Need | What You Will Pay | | | Limitations, Exceptions, & Other Important Information |
|--|--|---|---|---|--|
| | | Indian Health Care Provider (IHCP) (You will pay the least) | Non-IHCP In-Network Provider (You will pay more) | Non-IHCP Out-of-Network Provider (You will pay the most) | |
| If you need immediate medical attention | Emergency room care | No charge | \$800 copay /per visit | \$800 copay /per visit | For emergency medical conditions only. If admitted to hospital, all services subject to inpatient benefits. |
| | Emergency medical transportation | No charge | \$375 copay /per visit; deductible does not apply | \$375 copay /per visit; deductible does not apply | None |
| | Urgent care | No charge | \$60 copay /per visit; deductible does not apply in-network | \$60 copay /per visit | Some services will include additional member costs. |
| If you have a hospital stay | Facility fee (e.g., hospital room) | No charge | \$800 copay /per visit | Not covered | Prior authorization required. There is one co-pay for All Inpatient Hospital Services including the facility fee and professional service charges per day, with a maximum of 5 copays per stay |
| | Physician/surgeon fees | No charge | Bundled with Inpatient Facility Fee | Not covered | |
| If you need mental health, behavioral health, or substance abuse services | Outpatient services | No charge | \$25 copay /per visit; deductible does not apply | Not covered | All services except provider office visits must be prior authorized . See your benefit summary for ABA services. There is one co-pay for All Inpatient Hospital Services including the facility fee and professional service charges per day, with a maximum of 5 copays per stay |
| | Inpatient services | No charge | Bundled with Inpatient Facility Fee | Not covered | |

| Common Medical Event | Services You May Need | What You Will Pay | | | Limitations, Exceptions, & Other Important Information |
|----------------------------|---|---|---|--|--|
| | | Indian Health Care Provider (IHCP) (You will pay the least) | Non-IHCP In-Network Provider (You will pay more) | Non-IHCP Out-of-Network Provider (You will pay the most) | |
| If you are pregnant | Office visits | No charge | No charge; deductible does not apply | Not covered | None |
| | Childbirth/delivery professional services | No charge | Bundled with Inpatient Childbirth Delivery Facility Fee | Not covered | There is one co-pay for All Inpatient Hospital Services including the facility fee and professional service charges per day, with a maximum of 5 copays per stay |
| | Childbirth/delivery facility services | No charge | \$800 copay /per visit | Not covered | There is one co-pay for All Inpatient Hospital Services including the facility fee and professional service charges per day, with a maximum of 5 copays per stay |

| Common Medical Event | Services You May Need | What You Will Pay | | | Limitations, Exceptions, & Other Important Information |
|---|---|---|---|--|--|
| | | Indian Health Care Provider (IHCP) (You will pay the least) | Non-IHCP In-Network Provider (You will pay more) | Non-IHCP Out-of-Network Provider (You will pay the most) | |
| If you need help recovering or have other special health needs | Home health care | No charge | 30% coinsurance | Not covered | Prior authorization required. Limited to 130 days for in-network providers per calendar year. |
| | Rehabilitation services | No charge | Inpatient: Bundled with Inpatient Facility Fee Outpatient - Physical Therapy: \$35 copay /per visit; deductible does not apply Outpatient - Occupational & Speech Therapy: \$35 copay /per visit; deductible does not apply | Not covered | Inpatient services: Limited to 30 days for in-network providers per calendar year. Prior authorization required. Outpatient services: Limited to 25 visits for in-network providers per calendar year. Limits do not apply to Mental Health Services. There is one co-pay for All Inpatient Hospital Services including the facility fee and professional service charges per day, with a maximum of 5 copays per stay |
| | Habilitation services | No charge | Inpatient: Bundled with Inpatient Facility Fee Outpatient: \$35 copay /per visit; deductible does not apply | Not covered | Inpatient services: Limited to 30 days for in-network providers per calendar year. Prior authorization required. Outpatient services: Limited to 25 visits for in-network providers per calendar year. Limits do not apply to Mental Health Services. There is one co-pay for All Inpatient Hospital Services including the facility fee and professional service charges per day, with a maximum of 5 copays per stay |

| Common Medical Event | Services You May Need | What You Will Pay | | | Limitations, Exceptions, & Other Important Information |
|--|---|---|--|--|---|
| | | Indian Health Care Provider (IHCP) (You will pay the least) | Non-IHCP In-Network Provider (You will pay more) | Non-IHCP Out-of-Network Provider (You will pay the most) | |
| | Skilled nursing care | No charge | \$800 copay /per day | Not covered | Prior authorization required. Limited to 60 days for in-network providers per calendar year. For instances where there is a co-pay for Skilled Nursing Facility and All Inpatient Hospital Services, it is a per-day co-pay (with a limit of 5 copays for an inpatient stay). For instance, a two-day stay would result in two co-pays. |
| | Durable medical equipment | No charge | Diabetic Supplies: 30% coinsurance ; deductible does not apply All other equipment: 30% coinsurance | Not covered | Diabetic Supplies: deductible does not apply |
| | Hospice services | No charge | 30% coinsurance | Not covered | Prior authorization required. Respite care: Limited to 14 days per lifetime for in-network providers . |
| If your child needs dental or eye care | Children's eye exam | No charge | No charge; deductible does not apply | Not covered | Limited to 1 exam per calendar year. |
| | Children's glasses | No charge | No charge; deductible does not apply | Not covered | Limited to 1 pair per calendar year. |
| | Children's dental check-up | Not covered | Not covered | Not covered | None |

Excluded Services & Other Covered Services:

Services Your [Plan](#) Generally Does NOT Cover (Check your policy or [plan](#) document for more information and a list of any other [excluded services](#).)

- Bariatric surgery
- Hearing aids (except Cochlear Implants)
- Routine eye care (Adult)
- Cosmetic surgery (with certain exceptions)
- Infertility treatment
- Routine foot care (covered for diabetics)

- Dental care (Adult)
- Dental care (Child)
- Long-term care
- Private-duty nursing
- Voluntary termination of pregnancy
- Weight loss programs

Other Covered Services (Limitations may apply to these services. This isn't a complete list. Please see your [plan](#) document.)

- Acupuncture (limits apply)
- Chiropractic care (limits apply)
- Non-emergency care when traveling outside the U.S. See ProvidenceHealthPlan.com

Your Rights to Continue Coverage: There are agencies that can help if you want to continue your coverage after it ends. The contact information for those agencies is: Washington Office of Insurance Commissioner at 360-725-7000 or 800-562-6900 or go to <http://www.insurance.wa.gov/>, the U.S. Department of Labor, Employee Benefits Security Administration at 1-866-444-3272 or <https://www.dol.gov/agencies/ebsa/about-ebsa/ask-a-question/ask-ebsa>, or the U.S. Department of Health and Human Services at 1-877-267-2323 x61565 or <http://www.cciio.cms.gov>. Other coverage options may be available to you too, including buying individual insurance coverage through the [Health Insurance Marketplace](#). For more information about the [Marketplace](#), visit www.HealthCare.gov or call 1-800-318-2596.

Your Grievance and Appeals Rights: There are agencies that can help if you have a complaint against your [plan](#) for a denial of a [claim](#). This complaint is called a [grievance](#) or [appeal](#). For more information about your rights, look at the explanation of benefits you will receive for that medical [claim](#). Your [plan](#) documents also provide complete information on how to submit a [claim](#), [appeal](#), or a [grievance](#) for any reason to your [plan](#). For more information about your rights, this notice, or assistance, contact: Providence Health Plan at 1-800-878-4445, the Department of Labor's Employee Benefits Security Administration at 1-866-444-EBSA (3272) or <https://www.dol.gov/agencies/ebsa/about-ebsa/ask-a-question/ask-ebsa>, or you can contact the Washington Office of Insurance Commissioner by:

- Calling 360-725-7000 or 800-562-6900
- Writing to the Washington Office of Insurance Commissioner at P.O. Box 40256 Olympia, WA 98504-0256
- Through the website at www.insurance.wa.gov/

Does this plan provide Minimum Essential Coverage? Yes

[Minimum Essential Coverage](#) generally includes [plans](#), [health insurance](#) available through the [Marketplace](#) or other individual market policies, Medicare, Medicaid, CHIP, TRICARE, and certain other coverage. If you are eligible for certain types of [Minimum Essential Coverage](#), you may not be eligible for the [premium tax credit](#).

Does this plan meet Minimum Value Standards? Yes

If your [plan](#) doesn't meet the [Minimum Value Standards](#), you may be eligible for a [premium tax credit](#) to help you pay for a [plan](#) through the [Marketplace](#).

Language Access Services:

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

Chinese (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).

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

To see examples of how this [plan](#) might cover costs for a sample medical situation, see the next section.

PRA Disclosure Statement: According to the Paperwork Reduction Act of 1995 (Pub. L. 104-13) (PRA), no persons are required to respond to a collection of information unless such collection displays a valid Office of Management and Budget (OMB) control number. The department notes that a Federal agency cannot conduct or sponsor a collection of information unless it is approved by OMB under the PRA, and displays a currently valid OMB control number, and the public is not required to respond to a collection of information unless it displays a currently valid OMB control number. See 44 U.S.C. 3507. Also, notwithstanding any other provisions of law, no person shall be subject to penalty for failing to comply with a collection of information if the collection of information does not display a currently valid OMB control number. See 44 U.S.C. 3512.

The public reporting burden for this collection of information is estimated to average approximately one minute per respondent. Interested parties are encouraged to send comments regarding the burden estimate or any other aspect of this collection of information, including suggestions for reducing this burden, to the U.S. Department of Labor, Office of Policy and Research, Attention: PRA Clearance Officer, 200 Constitution Avenue, N.W., Room N-5718, Washington, DC 20210 or email ebesa.opr@dol.gov and reference the OMB Control Number 12100123.

About these Coverage Examples:



This is not a cost estimator. Treatments shown are just examples of how this [plan](#) might cover medical care. Your actual costs will be different depending on the actual care you receive, the prices your [providers](#) charge, and many other factors. Focus on the [cost-sharing](#) amounts ([deductibles](#), [copayments](#), and [coinsurance](#)) and [excluded services](#) under the [plan](#). Use this information to compare the portion of costs you might pay under different health [plans](#). Please note these coverage examples are based on self-only coverage.

Peg is Having a Baby

(9 months of in-network pre-natal care and a hospital delivery)

| | |
|---|---------|
| ■ The plan's overall deductible | \$2,000 |
| ■ Specialist copayment | \$60 |
| ■ Hospital (facility) copayment | \$800 |
| ■ Other coinsurance | 30% |

This EXAMPLE event includes services like:

[Specialist](#) office visits (*pre-natal care*)
 Childbirth/Delivery Professional Services
 Childbirth/Delivery Facility Services
[Diagnostic tests](#) (*ultrasounds and blood work*)
[Specialist](#) visit (*anesthesia*)

| | |
|---------------------------|-----------------|
| Total Example Cost | \$12,700 |
|---------------------------|-----------------|

In this example, Peg would pay:

| Cost-Sharing | |
|------------------------------|---------|
| Deductibles | \$2,000 |
| Copayments | \$2,800 |
| Coinsurance | \$0 |

What isn't covered

| | |
|----------------------|------|
| Limits or exclusions | \$60 |
|----------------------|------|

| | |
|-----------------------------------|----------------|
| The total Peg would pay is | \$4,860 |
|-----------------------------------|----------------|

Managing Joe's Type 2 Diabetes

(a year of routine in-network care of a well-controlled condition)

| | |
|---|---------|
| ■ The plan's overall deductible | \$2,000 |
| ■ Specialist copayment | \$60 |
| ■ Hospital (facility) copayment | \$800 |
| ■ Other coinsurance | 30% |

This EXAMPLE event includes services like:

[Primary care physician](#) office visits (*including disease education*)
[Diagnostic tests](#) (*blood work*)
[Prescription drugs](#)
[Durable medical equipment](#) (*glucose meter*)

| | |
|---------------------------|----------------|
| Total Example Cost | \$5,600 |
|---------------------------|----------------|

In this example, Joe would pay:

| Cost-Sharing | |
|-------------------------------|---------|
| Deductibles * | \$800 |
| Copayments | \$1,500 |
| Coinsurance | \$0 |

What isn't covered

| | |
|----------------------|------|
| Limits or exclusions | \$20 |
|----------------------|------|

| | |
|-----------------------------------|----------------|
| The total Joe would pay is | \$2,320 |
|-----------------------------------|----------------|

Mia's Simple Fracture

(in-network emergency room visit and follow up care)

| | |
|---|---------|
| ■ The plan's overall deductible | \$2,000 |
| ■ Specialist copayment | \$60 |
| ■ Hospital (facility) copayment | \$800 |
| ■ Other coinsurance | 30% |

This EXAMPLE event includes services like:

[Emergency room care](#) (*including medical supplies*)
[Diagnostic test](#) (*x-ray*)
[Durable medical equipment](#) (*crutches*)
[Rehabilitation services](#) (*physical therapy*)

| | |
|---------------------------|----------------|
| Total Example Cost | \$2,800 |
|---------------------------|----------------|

In this example, Mia would pay:

| Cost-Sharing | |
|-------------------------------|---------|
| Deductibles * | \$1,000 |
| Copayments | \$1,000 |
| Coinsurance | \$0 |

What isn't covered

| | |
|----------------------|-----|
| Limits or exclusions | \$0 |
|----------------------|-----|

| | |
|-----------------------------------|----------------|
| The total Mia would pay is | \$2,000 |
|-----------------------------------|----------------|

*Note: These numbers assume the patient received care from an IHCP provider or with IHCP referral at a non-IHCP. If you receive care from a non-IHCP provider without a referral from an IHCP your costs may be higher.

Non-Discrimination Statement:

Providence Health Plan and Providence Health Assurance comply with applicable Federal civil rights laws and do not discriminate on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex. Providence Health Plan and Providence Health Assurance do not exclude people or treat them differently because of race, color, national origin, age, disability, or sex.

Providence Health Plan and Providence Health Assurance:

- Provide free aids and services to people with disabilities to communicate effectively with us, such as:
 - Qualified sign language interpreters
 - Written information in other formats (large print, audio, accessible electronic formats, other formats)
- Provide free language services to people whose primary language is not English, such as:
 - Qualified interpreters
 - Information written in other languages

If you are a Medicare member who needs these services, call 503-574-8000 or 1-800-603-2340. All other members can call 503-574-7500 or 1-800-878-4445. Hearing impaired members may call our TTY line at 711.

If you believe that Providence Health Plan or Providence Health Assurance has failed to provide these services or discriminated in another way on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex, you can file a grievance with our Non-discrimination Coordinator by mail:

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

If you need help filing a grievance, and you are a Medicare member call 503-574-8000 or 1-800-603-2340. All other members can call 503-574-7500 or 1-800-878-4445. (TTY line at 711) for assistance. You can also file a civil rights complaint with the U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights electronically through the Office for Civil Rights Complaint Portal, available at <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, or by mail or phone at:

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)

Complaint forms are available at <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.



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](#) (llamada [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 llamar a 1-800-878-4445 para solicitar una copia del mismo.

| Preguntas importantes | Respuestas | Por qué es importante |
|---|---|--|
| ¿Cuál es el deducible general? | \$0 por persona con proveedor IHCP (Indian Health Care) o referido de éste en centro no IHCP; en la red : \$2,000 por persona / \$4,000 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 . Se cubre sin costo la atención recibida en centros IHCP o con referido de éste. | 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 : \$7,800 por persona; \$15,600 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 por servicios de la vista para adultos, quiropráctica, servicios no cubiertos o cuotas arriba del UCR . | Aunque usted pague 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: www.ProvidenceHealthPlan.com/Provider o llame al 1-800-878-4445 para ver la lista de proveedores de la red . La atención de proveedores y servicios de IHS (Indian Health Services) se cubre de lleno. | 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 algo del, o todo el costo de ciertos servicios cubiertos con el especialista pero únicamente teniendo un referido antes de la consulta. |

⚠ 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 IHCP (Indian Health Care Provider) (paga Ud. menos) | Proveedor no IHCP en la red (paga usted más) | Proveedor no IHCP fuera de la red (paga usted lo máximo) | |
| Si acude a consultorio o clínica del proveedor de salud. NOTA: visita = consulta | Visita de atención primaria para tratar una lesión o enfermedad | No se cobra | \$25 copago / visita; no aplica deducible . | No se cubre | Algunos servicios tales 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 | No se cobra | \$60 copay / visita; no aplica el deducible | No se cubre | Algunos servicios como laboratorio y rayos-X incluirán costos por miembros adicionales. |
| | Atención preventiva/examen de detección /vacuna | No se cobra | No se cobra; no aplica deducible | No se cubre | No se exige que cada servicio preventivo sea cubierto de lleno por la ACA. Más información: 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) | No se cobra | Laboratorio: \$35 copago x visita; no aplica el deducible ; rayos-X: \$60 copago x visita; no aplica el deducible | No se cubre | Ninguna |
| | Estudios de imágenes (tomografía computarizada, estudio PET, resonancia magnética) | No se cobra | 30% coseguro | No se cubre | Prior authorization required. |

| Eventos médicos comunes | Servicios que podría necesitar | Lo que usted paga | | | Limitaciones, excepciones y otra información importante |
|---|--|---|--|--|--|
| | | Proveedor IHCP (Indian Health Care Provider) (paga Ud. menos) | Proveedor no IHCP en la red (paga usted más) | Proveedor no IHCP fuera de la red (paga usted lo máximo) | |
| <p>Si necesita un medicamento para el tratamiento de su enfermedad.</p> <p>Más información sobre la cobertura para medicamentos recetados: www.ProvidenceHealthPlan.com</p> | Fármaco del nivel 1 | Sin costo al menudeo | \$20 copago / por provisión 30 días, venta menudeo; no aplica el deducible . | No se cubre | <p>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).</p> |
| | Fármaco del nivel 2 | Sin costo al menudeo | \$20 copago / por provisión 30 días, venta menudeo; no aplica el deducible . | No se cubre | |
| | Fármaco del nivel 3 | Sin costo al menudeo | \$70 copago / por provisión 30 días, venta menudeo; no aplica el deducible . | No se cubre | |
| | Fármaco del nivel 4 | Sin costo al menudeo | \$250 copago / por provisión 30 días, venta menudeo. | No se cubre | |
| | Fármaco del nivel 5 | Sin costo al menudeo | \$250 copago / por provisión 30 días, venta menudeo. | No se cubre | |
| | Fármaco del nivel 6 | Sin costo al menudeo | \$250 copago / por provisión 30 días, venta menudeo. | No se cubre | |
| <p>Si se somete a una operación de paciente ambulatorio</p> | Cargo de instalaciones (p. ej., centro de cirugía ambulatoria) | No se cobra | \$600 copago / visita | No se cubre | <p>Se exige previa autorización.</p> |
| | Honorarios del médico/cirujano | No se cobra | \$200 copago / visita | No se cubre | |

| Eventos médicos comunes | Servicios que podría necesitar | Lo que usted paga | | | Limitaciones, excepciones y otra información importante |
|--|--|---|---|--|---|
| | | Proveedor IHCP (Indian Health Care Provider) (paga Ud. menos) | Proveedor no IHCP en la red (paga usted más) | Proveedor no IHCP fuera de la red (paga usted lo máximo) | |
| Si necesita atención médica inmediata | Atención en la sala de urgencias (emergency) | No se cobra | \$800 copago / visita | \$800 copago / visita | Sólo para casos médicos de emergencia . Si es admitido al hospital, todo servicio queda sujeto a beneficios de paciente interno. |
| | Transporte médico de emergencia | No se cobra | \$375 copago / visita; no se aplica el deducible . | \$375 copago / visita; no se aplica el deducible . | Ninguna |
| | Atención de urgencia | No se cobra | \$60 copago / visita; no aplica deducible en la red . | \$60 copago / visita | Ciertos servicios incluirán costos por añadir otros miembros. |
| Si le hospitalizan | Cargo de instalaciones (p. ej., habitación de hospital) | No se cobra | \$800 copago / visita | No se cubre | Aplica copago para todo servicio de internado, incluso tarifas profesionales y de hospital por día, con un máximo de 5 copagos por estancia. |
| | Honorarios del médico/cirujano | No se cobra | Paquete: tarifa de paciente interno de hospital. | No se cubre | |
| Si necesita servicio de salud mental, del comportamiento o toxicomanías. | Servicios ambulatorios | No se cobra | \$25 copago / consulta; no se aplica el deducible . | No se cubre | Todo servicio, salvo consultas con el proveedor exigen previa autorización . Aplica copago para todo servicio de internado, incluso tarifas profesionales y de hospital por día, con un máximo de 5 copagos por estancia. |
| | Servicios internos | No se cobra | Paquete: tarifa de paciente interno de hospital. | No se cubre | |

| Eventos médicos comunes | Servicios que podría necesitar | Lo que usted paga | | | Limitaciones, excepciones y otra información importante |
|--|--|---|---|--|---|
| | | Proveedor IHCP (Indian Health Care Provider) (paga Ud. menos) | Proveedor no IHCP en la red (paga usted más) | Proveedor no IHCP fuera de la red (paga usted lo máximo) | |
| Si está embarazada | Visitas al consultorio | No se cobra | No se cobra; no aplica deducible | No se cubre | Ninguna |
| | Servicios de parto profesionales | No se cobra | Paquete: tarifa de parto, paciente internada. | No se cubre | Aplica copago para todo servicio de internado, incluso tarifas profesionales y de hospital por día, con un máximo de 5 copagos por estancia. |
| | Servicios en instalaciones de partos profesionales | No se cobra | \$800 copago / visita | No se cubre | Aplica copago para todo servicio de internado, incluso tarifas profesionales y de hospital por día, con un máximo de 5 copagos por estancia. |
| Si necesita ayuda para recuperarse o tiene otras necesidades de salud especiales | Cuidado de la salud en hogar | No se cobra | 30% coseguro | No se cubre | Se exige previa autorización . Limitado a 130 días año calendario con proveedores de la red . |
| | Servicios de rehabilitación | No se cobra | Paciente interno, paquete con tarifa de internado. Ambulatorio, terapia física \$35 copago ; no aplica deducible ; terapia del habla y terapia ocupacional: \$35 copago ; no aplica deducible . | No se cubre | Paciente interno: límite 30 días año calendario. Se exige previa autorización ; ambulatorio: límite de 25 visitas por año calendario con proveedores de la red . Aplica un copago para todo servicio de paciente interno, incluso costos profesionales y de internado por día; máx. 5 copagos por estancia. Los límites no aplican a servicios de salud mental. |

| Eventos médicos comunes | Servicios que podría necesitar | Lo que usted paga | | | Limitaciones, excepciones y otra información importante |
|-------------------------|---|---|--|--|--|
| | | Proveedor IHCP (Indian Health Care Provider) (paga Ud. menos) | Proveedor no IHCP en la red (paga usted más) | Proveedor no IHCP fuera de la red (paga usted lo máximo) | |
| | Servicios de rehabilitación | No se cobra | Paciente interno, paquete con tarifa de internado. Terapia física, paciente ambulatorio: \$35 copago ; no aplica deducible . | No se cubre | Paciente interno: límite 30 días año calendario. Se exige previa autorización ; ambulatorio: límite de 25 visitas por año calendario con proveedores de la red . Aplica un copago para todo servicio de paciente interno, incluso costos profesionales y de internado por día; máx. 5 copagos por estancia. Los límites no aplican a servicios de salud mental. |
| | Cuidado de enfermería especializada | No se cobra | \$800 copago / por día | No se cubre | Se exige previa autorización . Límite de 60 días por año calendario con proveedores de la red . Si hay copago de enfermería especializada para paciente interno, sería un copago por día (limitado a 5 copagos por estancia); por ej., una estancia de dos días resulta en dos copagos. |
| | Equipo médico duradero | No se cobra | Suministros de diabetes 30% coseguro . No aplica deducible . Demás equipo: 30% coseguro . | No se cubre | Suministros diabéticos: no aplica el deducible |
| | <u>Servicios de hospicio (paliativos)</u> | No se cobra | 30% coseguro | No se cubre | Se exige previa autorización . Cuidado de relevo: límite de 14 días de x vida, proveedores de la red . |

| Eventos médicos comunes | Servicios que podría necesitar | Lo que usted paga | | | Limitaciones, excepciones y otra información importante |
|--|--------------------------------|---|--|--|---|
| | | Proveedor IHCP (Indian Health Care Provider) (paga Ud. menos) | Proveedor no IHCP en la red (paga usted más) | Proveedor no IHCP fuera de la red (paga usted lo máximo) | |
| Si su hijo(a) necesita servicios odontológicos o de la vista | Examen de la vista pediátrico | No se cobra | No se cobra; no aplica deducible | No se cubre | Límite de 1 examen por año calendario. |
| | Anteojos para sus hijos | No se cobra | No se cobra; no aplica deducible | No se cubre | Limitado a 1 par por año calendario. |
| | Chequeo dental pediátrico | No se cubre | No se cubre | No se cubre | Ninguna |

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)
- Atención dental (hijos)
- Auxiliares auditivos (excepto Cochlear)
- Tratamientos de infertilidad
- Cuidados a largo plazo
- Enfermería privada
- Atención de rutina de la vista (adultos)
- Atención de rutina de los pies (se cubre para diabetes)
- Terminación voluntaria de embarazo
- Programas para pérdida 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)
- 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 bien, 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):

- Tel: 360-725-7000 ó 800-562-6900
- Escrito: Washington Office of Insurance Commissioner / P.O. Box 40256 / Olympia, WA 98504
- Internet: www.Insurance.wa.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)

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. Igual, 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 vigente. 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 & Research / PRA Clearance Officer / 200 Constitution Avenue, NW Room N-5718 / Washington, DC 20210
- Por correo-e: ebsa@dol.gov (anote en su correspondencia la referencia del No. de control OMB: 12100123).

El [plan](#) sería responsable de los demás costos por servicios cubiertos en este EJEMPLO.

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](#) \$2,000
- [Copago](#) del [especialista](#) \$60
- Hospital (centro médico) [coseguro](#) \$800
- 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](#) (*ultrasonido, análisis sangre*)
 Visita al [especialista](#) (*anestesia*)

Costo total hipotético \$12,700

En este ejemplo, Peg pagaría:

| Costo-compartido | |
|--|----------------|
| Deducibles | \$2,000 |
| Copagos | \$2,800 |
| Coseguro | \$0 |
| <i>Qué es lo que no se cubre:</i> | |
| Límites o exclusiones | \$60 |
| El total que pagaría Peg es de: | \$4,860 |

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](#) \$2,000
- [Copago](#) del [especialista](#) \$60
- Hospital (centro médico) [coseguro](#) \$800
- Otro [coseguro](#) 30%

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* | \$800 |
| Copagos | \$1,500 |
| Coseguro | \$0 |
| <i>Qué es lo que no se cubre:</i> | |
| Límites o exclusiones | \$20 |
| El total que pagaría Joe es de: | \$2,320 |

Fractura simple de Mia

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

- El [deducible](#) general del [plan](#) \$2,000
- [Copago](#) del [especialista](#) \$60
- Hospital (centro médico) [coseguro](#) \$800
- 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* | \$1,000 |
| Copagos | \$1,000 |
| Coseguro | \$0 |
| <i>Qué es lo que no se cubre:</i> | |
| Límites o exclusiones | \$0 |
| El total que pagaría Mia es de: | \$2,000 |

*. NOTA: estas cantidades suponen que el paciente recibió su atención médica de parte de un proveedor IHCP o con referido de éste en un centro no IHCP. Si recibió cuidados de un proveedor no IHCP y sin referido de un IHCP, sus costos podrían ser más.

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 Civi les, 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.

Servicios de acceso a otros 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).

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, សេវាជំនួយផ្នែកភាសាមិនគិតលុយ គឺចូលសំបុត្រអក្សរ 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).

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)