



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

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué esto importa:
¿Cuál es el deducible general?	Dentro de la red : \$250/por persona \$750/por familia (3 o más) Fuera de la red : \$500/por persona \$1,500/por familia (3 o más).	En general, debe pagar todos los costos de los proveedores hasta el monto del deducible antes de que este plan comience a pagar. Si tiene otros familiares en el plan, cada uno debe pagar su propio deducible individual hasta que el monto total de los gastos del deducible pagados por todos los familiares cubra el deducible familiar general.
¿Se cubren los servicios antes de que pague su deducible ?	Sí. 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 los servicios preventivos cubiertos en https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/ .
¿Hay otros deducibles para servicios específicos?	Sí para medicamentos recetados. \$50/persona; \$150/familia (3 o más). No se aplica a medicamentos de valor.	Usted debe pagar todos los costos de estos servicios hasta el monto del deducible específico antes de que este plan comience a pagar por estos servicios.
¿Cuál es el límite del propio bolsillo para este plan ?	In-Network : \$2,500/per person \$7,500/per family (3 or more) Max Cost Share \$6,850/person; \$13,700/family (2 or more). Out-of-Network : \$6,000/per person \$18,000/per family (3 or more).	El límite del propio bolsillo es el máximo que podría pagar en un año por los servicios cubiertos. Si tiene otros familiares en este plan , ellos tienen que pagar sus límites del propio bolsillo hasta que el límite del propio bolsillo familiar general se haya pagado.
¿Qué es lo que no está incluido en el límite del propio bolsillo ?	Primas, multas, copagos o coseguro para beneficios suplementarios, servicios no cubiertos, tarifas superiores a UCR.	Aunque paga estos gastos, no cuentan para el límite del propio bolsillo .
¿Pagará menos si usa un proveedor de la red ?	Sí. Para obtener una lista de proveedores participantes, consulte www.ProvidenceHealthPlan.com/providerdirectory o llame al 1-800-878-4445.	Este plan usa una red de proveedores . Pagará menos si usa un proveedor de la red del plan . Pagará la mayor parte si usa un proveedor fuera de la red , y podría recibir una factura de un proveedor por la diferencia entre el costo del proveedor y lo que su plan paga (facturación del saldo). Tenga en cuenta que su proveedor de la red podría usar un proveedor fuera de la red para algunos servicios (como análisis de laboratorio). Consulte a sus proveedores antes de recibir los servicios.
¿Necesita una remisión para ver a un especialista ?	No.	Puede ver al especialista que elija sin una remisión.



Todos los costos de [copago](#) y [coseguro](#) que 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	\$10 copago /visita	30 % de coseguro	Sin deducible para las primeras cuatro visitas al consultorio dentro de la red por año calendario. Las visitas de afecciones crónicas para asma, diabetes y afecciones cardíacas están totalmente cubiertas dentro de la red .
	Visita de especialista	\$10 copago /visita	30 % de coseguro	Las visitas de afecciones crónicas para asma, diabetes y afecciones cardíacas están totalmente cubiertas dentro de la red .
	Atención preventiva/evaluación/vacunación	Sin costo; deducible no se aplica	30 % de coseguro	————ninguna————
Si le realizan una prueba	Prueba de diagnóstico (radiografía, análisis de sangre)	Sin costo; deducible no se aplica	30 % de coseguro	————ninguna————
	Imagenología (TC/TEP, RM)	\$100 de copago	\$100 de copago luego 30 % de coseguro	El copago no se aplica a los servicios relacionados con el cáncer ni al máximo de gastos de bolsillo. Se requiere autorización previa . Si no obtiene la Autorización previa para esos servicios, serán rechazados y usted será responsable de pagar por esos servicios.
Si necesita medicamentos para tratar su enfermedad o afección Hay más información sobre la cobertura de medicamentos recetados disponible en www.ProvidenceHealthPlan.com/pebb	Medicamento de valor	Sin costo; deducible no se aplica	No cubierto	Se aplica un máximo de gastos de bolsillo de \$1,000/persona, \$3,000/familia. Cubre un suministro para hasta 30 días (minorista); un suministro de 90 días (pedido por correo). Se requiere autorización previa . Si no obtiene la Autorización previa para esos servicios, serán rechazados y usted será responsable de pagar por esos servicios. Si o su providora solicita un medicamento de marca cuando hay genéricos disponibles, usted
	Medicamento genérico	\$10 de copago minorista \$25 de copago de pedido por correo	No cubierto	
	Medicamento de marca	\$30 de copago minorista \$75 de copago de pedido por correo	No cubierto	

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)	
	Medicamento de especialidad	\$100 de copago minorista	No cubierto	pagará la diferencia del costo, además de su copago . Los medicamentos de especialidad solo pueden comprarse en una farmacia de especialidad participante.
Si se le realiza una cirugía ambulatoria	Tarifa del centro (por ejemplo, centro de cirugía ambulatoria)	\$10 copago /visita	\$100 de copago luego 40 % de coseguro	Los copagos fuera de la red no se aplican a su máximo de gastos de bolsillo. Se requiere autorización previa . Si no obtiene la Autorización previa para esos servicios, serán rechazados y usted será responsable de pagar por esos servicios. Para ciertos servicios de especialidad se aplican montos más altos de copago y coseguro .*
	Tarifas del médico/cirujano	\$10 copago /visita	30 % de coseguro	
Si necesita atención médica inmediata	Atención en sala de emergencias	\$150 de copago	\$150 de copago	Solo para afecciones médicas de emergencia. El deducible dentro de la red se aplica tanto dentro como fuera de la red. Los copagos no se aplican a su máximo de gastos de bolsillo . Si es ingresado en el hospital, todos los servicios están sujetos a los beneficios de paciente hospitalizado.
	Transporte médico de emergencia	\$75 de copago /viaje	\$75 de copago /viaje	El deducible dentro de la red se aplica tanto dentro como fuera de la red.
	Atención de urgencia	\$25 copago /visita	\$25 copago /visita	El deducible dentro de la red se aplica tanto dentro como fuera de la red.
Si debe permanecer en el hospital	Tarifa del centro (por ejemplo, habitación de hospital)	\$50/día \$250/admisión	\$500 de copago luego 40 % de coseguro	Se requiere autorización previa . Si no obtiene la Autorización previa para esos servicios, serán rechazados y usted será responsable de pagar por esos servicios. Para ciertos servicios de especialidad se aplican montos más altos de copago y coseguro .*
	Tarifas del médico/cirujano	Sin costo; deducible no se aplica	30 % 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	Salud mental: \$10 copago /visita; deducible no se aplica Abuso de sustancias: Sin costo; deducible no se aplica	30 % de coseguro	Para todos los servicios, excepto las visitas a proveedores ambulatorios y los análisis conductuales pertinentes, se debe notificar a Providence Health Plan lo antes posible tras el inicio del tratamiento para que la cobertura continúe. Los copagos fuera de la red no se aplican a su máximo de gastos de bolsillo.
	Servicios de hospitalización	Salud mental: \$50/día; \$250/admisión Abuso de sustancias: Sin costo; deducible no se aplica	\$500 de copago luego 30 % de coseguro	
Si está embarazada	Visitas al consultorio	Sin costo; deducible no se aplica	30 % de coseguro	————ninguna————
	Servicios profesionales para el parto/alumbramiento	Sin costo; deducible no se aplica	30 % de coseguro	————ninguna————
	Servicios del centro para el parto/alumbramiento	\$50/día \$250/admisión	\$500 de copago luego 40 % de coseguro	Los copagos fuera de la red no se aplican a su máximo de gastos de bolsillo .
Si necesita ayuda para recuperarse o tiene otras necesidades médicas especiales	Atención médica en el hogar	\$10 de copago /visita	30 % de coseguro	Limitados a 180 visitas por año calendario.
	Servicios de rehabilitación	Servicios de hospitalización: \$50/día; \$250/admisión Servicios ambulatorios: \$10 copago /visita	Servicios de hospitalización: \$500 de copago luego 40 % de coseguro Servicios ambulatorios: 30 % de coseguro	Servicios de hospitalización: cobertura limitada a 30 días por año calendario; 60 días para lesiones de cabeza y columna. Servicios ambulatorios: cobertura limitada a 60 visitas por año calendario. Los límites no se aplican a los servicios de salud mental. Los copagos fuera de la red no se aplican a su máximo de gastos de bolsillo .
	Servicios de habilitación	Servicios de hospitalización: \$50/día; \$250/admisión Servicios ambulatorios: \$10 copago /visita	Servicios de hospitalización: \$500 de copago luego 40 % de coseguro Servicios ambulatorios: 30 % de coseguro	Servicios de hospitalización: cobertura limitada a 30 días por año calendario; 60 días para lesiones de cabeza y columna. Servicios ambulatorios: cobertura limitada a 60 visitas por año calendario. Los límites no se aplican a los servicios de salud mental. Los copagos fuera de la red no se aplican a su máximo de gastos de bolsillo .
	Atención de enfermería	\$50/día	\$500 de copago luego 30 %	Se requiere autorización previa . Si no obtiene

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)	
	especializada	\$250/admisión	de coseguro	la Autorización previa para esos servicios, serán rechazados y usted será responsable de pagar por esos servicios. Limitados a 180 días por año calendario. Los copagos fuera de la red no se aplican a su máximo de gastos de bolsillo .
	Equipo médico duradero	15 % de coseguro	30 % de coseguro	Los suministros para diabéticos están totalmente cubiertos.
	Servicios de cuidados paliativos	Sin costo; deducible no se aplica	Sin costo; deducible no se aplica	Se requiere autorización previa . Si no obtiene la Autorización previa para esos servicios, serán rechazados y usted será responsable de pagar por esos servicios.
Si su hijo necesita atención odontológica u oftalmológica	Exámenes oftalmológicos para niños	No cubierto	No cubierto	Cobertura proporcionada por otro proveedor. Consulte el plan VSP.
	Anteojos para niños	No cubierto	No cubierto	
	Control odontológico para niños	No cubierto	No cubierto	Sin cobertura para control odontológico.

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 cosmética (con determinadas excepciones)
- Atención odontológica (para adultos)
- Control odontológico (para niños)
- Examen oftalmológico y anteojos (para niños)
- Atención a largo plazo
- Atención privada de enfermería
- Atención oftalmológica de rutina (para adultos)
- Podología de rutina (cubierto para diabéticos)

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

- Acupuntura (12 visitas)
- Cirugía bariátrica
- Atención quiropráctica (20 visitas)
- Audífonos (uno por año cada 3 años calendario)
- Tratamiento de fertilidad
- Atención que no sea de emergencia al viajar fuera de los EE. UU. Consulte www.ProvidenceHealthPlan.com/pebb
- Programas de pérdida de peso

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:

- PEBB COBRA Administrator a BenefitHelp Solutions (877) 433-6079 o (503) 765-3581
- Para la cobertura de salud grupal sujeto a ERISA contactar al Departamento de Trabajo de los EE. UU., Administración de Seguridad de Beneficios de los Empleados al 1-866-444-3272 o en www.dol.gov/ebsa/healthreform,
- Para planes de salud grupal del gobierno no federal contactar el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. al 1-877-267-2323 ext. 61565 o en <http://www.cciio.cms.gov>.
- Los planes de las iglesias no están cubiertos por las normas federales de continuidad de la cobertura de COBRA. Si la cobertura está asegurada, las personas deben comunicarse con la División de Regulación Financiera de Oregon al (888) 877-4894 o en <https://dfr.oregon.gov/> para conocer sus posibles derechos a la continuidad de la cobertura conforme a la ley estatal.

También puede tener otras opciones de cobertura disponibles, lo que incluye comprar una cobertura de seguro individual a través del [mercado](#) de seguros médicos. Para obtener más información sobre el [mercado](#), visite www.HealthCare.gov o llame al 1-800-318-2596.

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

- Providence Health Plan al 1-800-878-4445 o <http://www.ProvidenceHealthPlan.com/PEBB>,
- PEBB Benefit Manager 503-373-1102
- División de Regulación Financiera de Oregon al (888) 877-4894 /1-888-877-4894 (gratuito) o en <https://dfr.oregon.gov/>

¿Este plan ofrece la cobertura esencial mínima? Sí

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

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

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

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

Sobre estos ejemplos de cobertura:



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

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

- El [deducible](#) general del [plan](#). \$250
- [Copago](#) de [especialista](#) \$10
- [Coseguro](#) del hospital (centro) \$50
- Otro [copago](#) \$50

Este EJEMPLO incluye servicios como:
 Visitas a 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	\$250
Copagos	\$200
Coseguro	\$0
Lo que no está cubierto	
Límites o exclusiones	\$60
El total que Peg pagaría es de	\$510

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](#). \$250
- [Copago](#) de [especialista](#) \$10
- [Coseguro](#) del hospital (centro) \$50
- Otro [copago](#) \$50

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	\$250
Copagos	\$300
Coseguro	\$0
Lo que no está cubierto	
Límites o exclusiones	\$20
El total que Joe pagaría es de	\$570

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

- El [deducible](#) general del [plan](#). \$250
- [Copago](#) de [especialista](#) \$10
- [Coseguro](#) del hospital (centro) \$50
- Otro [copago](#) \$50

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	\$250
Copagos	\$500
Coseguro	\$40
Lo que no está cubierto	
Límites o exclusiones	\$0
El total que Mia pagaría es de	\$790

Declaración de no discriminación:

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

Providence Health Plan y Providence Health Assurance:

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

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

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

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

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

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

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

Servicio de acceso a idiomas

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

ប្រយ័ត្ន: បើសិនជាអ្នកនិយាយភាសាខ្មែរ, សេវាជំនួយផ្នែកភាសាដោយមិនគិតថ្លៃ គឺអាចមានសំរាប់បំរើអ្នក។ ចូរ ទូរស័ព្ទ 1-800-878-4445 (TTY: 711)។

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

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

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

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)