


Resumen de beneficios y cobertura: Lo que cubre este plan y lo que usted paga por los servicios cubiertos
CSM CORPORATION

Período de cobertura: A partir del 01/01/2024
Cobertura para: Individuo y familia | Tipo de plan: PPO

 El Resumen de beneficios y cobertura (SBC) lo ayudará a escoger un [plan](#) de salud. El SBC muestra cómo usted y el [plan](#) compartirían los costos de los servicios de atención médica cubiertos. **NOTA: La información sobre el costo de este [plan](#) (denominado [prima](#)) se proporcionará por separado. Este es solo un resumen.** Para obtener más información sobre su cobertura u obtener una copia de los términos completos de la cobertura, visite www.bluecrossmnonline.com o llame al 1-866-873-5943. Para ver las definiciones de términos frecuentes, como [cantidad permitida](#), [facturación de saldo](#), [coseguro](#), [copago](#), [deducible](#), [proveedor](#) u otros términos subrayados, consulte el glosario. Puede consultar el glosario en <https://www.healthcare.gov/sbc-glossary> o llamar al 1-866-873-5943 para pedir una copia.

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué es importante:
¿Cuánto es el deducible total?	\$1,500 por individuo / \$3,000 por servicios médicos por familia dentro de la red \$3,000 por individuo / \$6,000 por servicios médicos por familia fuera de la red	Por lo general, debe pagar todos los costos de los proveedores hasta la cantidad del deducible antes de que este plan comience a pagar. Si hay otros miembros de la familia cubiertos por el plan , cada familiar deberá pagar su propio deducible individual hasta que la cantidad total de los gastos del deducible que pagan todos los familiares alcance el deducible familiar general.
¿Hay servicios cubiertos antes de alcanzar su deducible ?	Sí. Los servicios de atención del niño sano, atención prenatal y atención preventiva dentro de la red se cubren antes de alcanzar su deducible .	Este plan cubre algunos artículos y servicios, incluso si aún no ha alcanzado la cantidad del deducible . Sin embargo, es posible que se aplique un copago o coseguro . Por ejemplo, este plan cubre algunos servicios preventivos sin costos compartidos y antes de alcanzar su deducible . Vea una lista de servicios preventivos cubiertos en https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/ .
¿Hay otros deducibles para servicios específicos?	No.	No tiene que pagar deducibles para servicios específicos.
¿Cuánto es el límite de gastos de bolsillo para este plan?	\$8,550 por individuo / \$17,100 por servicios médicos y medicamentos por familia dentro de la red \$17,100 por individuo / \$34,200 por servicios médicos y medicamentos por familia fuera de la red	El límite de gastos de bolsillo es el máximo que podría pagar en un año por servicios cubiertos. Si hay otros miembros de la familia cubiertos por este plan , ellos deben pagar sus propios límites de gastos de bolsillo hasta alcanzar el límite de gastos de bolsillo familiar general.

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué es importante:
¿Qué es lo que no está incluido en el límite de gastos de bolsillo ?	Las primas , los cargos por facturación de saldo (a menos que la facturación de saldo esté prohibida) y los servicios de atención médica que este plan no cubre.	Aunque usted pague estos costos, no cuentan para el límite de gastos de bolsillo .
¿Pagará menos si acude a un proveedor dentro de la red ?	Sí. Su red es Aware. Vea https://www.bluecrossmnonline.com/find-a-doctor/#/home o llame al 1-866-873-5943 para obtener una lista de proveedores dentro de la red .	Este plan tiene una red de proveedores . Usted pagará menos si acude a un proveedor dentro de la red del plan . Usted pagará el máximo si acude a un proveedor fuera de la red , y es posible que reciba una factura de un proveedor por la diferencia en el costo del proveedor y lo que su plan paga (facturación de saldo). Tenga en mente que su proveedor dentro de la red podría utilizar un proveedor fuera de la red para algunos servicios (como análisis de laboratorio). Consulte con su proveedor antes de obtener servicios.
¿Necesita una derivación para atenderse con un especialista ?	No.	Puede acudir al especialista de su preferencia sin una derivación .



Todos los [copagos](#) y el [coseguro](#) que se muestran en este cuadro se aplican después de alcanzar su [deducible](#), si se aplica uno.

Circunstancia médica común	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor dentro de la red (Usted pagará el mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará el máximo)	
Si acude al consultorio o clínica del proveedor	Consulta con su médico de atención primaria para tratar una afección o lesión	\$20 de copago por visita al consultorio; no se aplica el deducible ; 20% de coseguro para el resto de los servicios	40% de coseguro	Ninguna
	Consulta con un especialista	\$60 de copago por visita al consultorio; no se aplica el deducible ; 20% de coseguro para el resto de los servicios	40% de coseguro	Ninguna
	Atención preventiva / evaluación / vacunas	Sin cargo	Niño sano: 40% de coseguro Adulto: 40% de coseguro	Usted tendrá que pagar los servicios que no sean preventivos. Consulte con su proveedor si los servicios necesarios son preventivos. Luego verifique lo que su plan pagará.

Circunstancia médica común	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor dentro de la red (Usted pagará el mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará el máximo)	
Si se realiza un examen	Exámenes de diagnóstico (radiografías, análisis de sangre)	Sin cargo	40% de coseguro	Ninguna
	Diagnóstico por imágenes (tomografía computarizada / tomografía por emisión de positrones, imágenes por resonancia magnética)	20% de coseguro	40% de coseguro	
Si necesita un medicamento para tratar su enfermedad o condición médica. Hay más información disponible sobre la cobertura de medicamentos con receta médica en www.bluecrossmnonline.com .	Medicamentos genéricos preferidos	\$10.00 de copago por receta médica (venta minorista) \$20.00 de copago por receta médica (servicio por correo) \$20.00 de copago por receta médica (receta médica de 90 días por venta minorista)	\$10.00 de copago por receta médica (venta minorista)	Cubre un suministro de hasta 31 días (receta médica por venta minorista). Suministro de 90 días (receta médica por pedido por correo y receta médica de 90 días por venta minorista). Sin cobertura para servicios pedidos por correo o con receta médica de 90 días por venta minorista de proveedores fuera de la red .
	Medicamentos de marca preferidos	\$50.00 de copago o 20% de coseguro , el que sea mayor, hasta un máximo de \$100.00 por receta médica (venta minorista) \$100.00 de copago o 20% de coseguro , el que sea mayor, hasta un máximo de \$200.00 por receta médica (servicio por correo) \$100.00 de copago o 20% de coseguro , el que sea mayor, hasta un máximo de \$200.00 por receta médica (receta médica de 90 días por venta minorista)	\$50.00 de copago o 20% de coseguro , el que sea mayor, hasta un máximo de \$100.00 por receta médica (venta minorista)	

Circunstancia médica común	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor dentro de la red (Usted pagará el mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará el máximo)	
	Medicamentos de marca no preferidos	<p>Medicamentos genéricos no preferidos: \$10.00 de copago por receta médica (venta minorista) \$20.00 de copago por receta médica (servicio por correo) \$20.00 de copago por receta médica (receta médica de 90 días por venta minorista)</p> <p>Medicamentos de marca no preferidos: \$100.00 de copago o 20% de coseguro, el que sea mayor, hasta un máximo de \$200.00 por receta médica (venta minorista) \$200.00 de copago o 20% de coseguro, el que sea mayor, hasta un máximo de \$400.00 por receta médica (servicio por correo) \$200.00 de copago o 20% de coseguro, el que sea mayor, hasta un máximo de \$400.00 por receta médica (receta médica de 90 días por venta minorista)</p>	<p>Medicamentos genéricos no preferidos: \$10.00 de copago por receta médica (venta minorista)</p> <p>Medicamentos de marca no preferidos: \$100.00 de copago o 20% de coseguro, el que sea mayor, hasta un máximo de \$200.00 por receta médica (venta minorista)</p>	
	Medicamentos de especialidad	<p>20% de coseguro hasta un máximo de \$1,000.00 para medicamentos de especialidad preferidos. 20% para medicamentos de especialidad no preferidos.</p>	Sin cobertura	Cubre un suministro de hasta 31 días (receta médica de proveedor de la red participante de medicamentos de especialidad).

Circunstancia médica común	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor dentro de la red (Usted pagará el mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará el máximo)	
Si le hacen una cirugía ambulatoria	Tarifa del centro (p. ej., centro de cirugía ambulatoria)	20% de coseguro para centro hospitalario para pacientes ambulatorios y centro de cirugía ambulatoria	40% de coseguro	Ninguna
	Tarifas del médico / cirujano	20% de coseguro para centro hospitalario para pacientes ambulatorios y centro de cirugía ambulatoria	40% de coseguro	Ninguna
Si necesita atención médica inmediata	Atención en la sala de emergencias	20% de coseguro	20% de coseguro	Los servicios fuera de la red se aplican al deducible dentro de la red y al límite de gastos de bolsillo .
	Transporte médico de emergencia	20% de coseguro	20% de coseguro	
	Atención de urgencia	\$20 de copago por visita al consultorio del médico o \$60 de copago por visita al consultorio del especialista, el que corresponda, no se aplica el deducible ; 20% de coseguro para todos los demás servicios	40% de coseguro	Ninguna
Si necesita hospitalización	Tarifa del centro (p. ej., habitación del hospital)	20% de coseguro	40% de coseguro	Ninguna
	Tarifas del médico / cirujano	20% de coseguro	40% de coseguro	Ninguna
Si necesita servicios de salud mental, salud conductual o de abuso de sustancias	Servicios para pacientes ambulatorios	\$20 de copago por visita al consultorio; no se aplica el deducible ; 20% de coseguro para el resto de los servicios	40% de coseguro	Los servicios de asesoramiento para matrimonio / parejas no están cubiertos.
	Servicios para pacientes hospitalizados, incluido tratamiento residencial de salud mental para adultos	20% de coseguro	40% de coseguro	

Circunstancia médica común	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor dentro de la red (Usted pagará el mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará el máximo)	
Si está embarazada	Visitas al consultorio	Atención prenatal: sin cargo Atención posparto: \$20 de copago por visita al consultorio del médico de atención primaria o \$60 de copago por visita al consultorio de un especialista; no se aplica el deducible ; 20% de coseguro para el resto de los servicios	Atención prenatal: 40% de coseguro Atención posparto: 40% de coseguro	El costo compartido no se aplica a los servicios preventivos . Según el tipo de servicio, pueden aplicarse otros costos compartidos . La atención por maternidad puede incluir exámenes y servicios descritos en otra parte del SBC (es decir, ecografía).
	Servicios profesionales para el nacimiento y el parto	20% de coseguro	40% de coseguro	
	Servicios hospitalarios para el nacimiento y el parto	20% de coseguro	40% de coseguro	
Si necesita servicios de recuperación o tiene otras necesidades especiales de salud	Atención médica en el hogar	20% de coseguro	40% de coseguro	Ninguna
	Servicios de rehabilitación	20% de coseguro para terapia ocupacional, fisioterapia y terapia del lenguaje	40% de coseguro para terapia ocupacional, fisioterapia y terapia del lenguaje	Ninguna
	Servicios de habilitación	20% de coseguro para terapia ocupacional, fisioterapia y terapia del lenguaje	40% de coseguro para terapia ocupacional, fisioterapia y terapia del lenguaje	
	Atención de enfermería especializada	20% de coseguro	40% de coseguro	120 días combinados por persona por período de beneficios.
	Equipo médico duradero	20% de coseguro	40% de coseguro	Ninguna
	Servicios en un programa de cuidados paliativos	20% de coseguro	40% de coseguro	Ninguna
Si su hijo necesita servicios dentales o de la vista	Examen de la vista para niños	Sin cargo	Desde los 0 hasta los 5 años: 40% de coseguro Desde los 6 hasta los 18 años: 40% de coseguro	Ninguna
	Anteojos para niños	Sin cobertura	Sin cobertura	Sin cobertura para estos servicios.
	Control dental para niños	Sin cobertura	Sin cobertura	Sin cobertura para estos servicios.

Servicios excluidos y otros servicios cubiertos:

Servicios que su [Plan](#), por lo general, NO cubre (consulte la póliza o documento del [plan](#) para obtener más información y una lista de otros [servicios excluidos](#)).

- Acupuntura
- Cirugía bariátrica
- Cirugía estética (excepto como se especifica en los beneficios del plan)
- Atención dental (excepto como se especifica en los beneficios del plan)
- Tratamiento para la infertilidad
- Atención a largo plazo
- Atención que no sea de emergencia durante viajes fuera de los Estados Unidos
- Servicios de enfermería privada
- Atención de los pies de rutina
- Programas de pérdida de peso

Otros servicios cubiertos (es posible que se apliquen limitaciones a estos servicios. Esta no es una lista completa. Consulte el documento del [plan](#)).

- Atención quiropráctica
- Audífonos para personas de 18 años de edad o menores
- Atención de la vista de rutina (adultos)

Su derecho a continuar con la cobertura: Hay organismos que pueden ayudarlo si quiere mantener la cobertura después de que esta finalice. La información de contacto de esos organismos es: Departamento de Comercio de Minnesota al 1 800-657-3602; Administración de Seguridad de Beneficios del Empleado del Departamento de Trabajo al 1-866-444-EBSA (3272) o en dol.gov/ebsa/healthreform; el Centro de Información al Consumidor y Supervisión de Seguros del el Departamento de Salud y Servicios Humanos al 1-877-267-2323 ext. 61565 o en cciio.cms.gov. Para obtener más información sobre sus derechos para continuar con la cobertura, comuníquese con Blue Cross al 1-866-873-5943. Es posible que haya otras opciones de cobertura disponibles para usted, como contratar una cobertura de seguro individual a través del [Mercado](#) de [Seguros Médicos](#). Para obtener más información sobre el [Mercado](#), visite www.mnsure.org o llame al 1-855-366-7873.

Su derecho a presentar una queja o una apelación: Hay organismos que pueden ayudarlo si tiene una queja contra su [plan](#) por la denegación de una [reclamación](#). Esta queja se denomina [queja formal](#) o [apelación](#). Para obtener más información sobre sus derechos, consulte la explicación de beneficios que recibirá por dicha [reclamación](#) médica. Los documentos de su [plan](#) también dan toda la información para presentar una [reclamación](#), una [apelación](#) o una [queja formal](#) por cualquier motivo a su [plan](#). Para obtener más información sobre sus derechos, sobre este aviso o si necesita ayuda, comuníquese con: Blue Cross al 1-866-873-5943; el Departamento de Comercio de Minnesota al 1-800-657-3602; la Administración de Seguridad de Beneficios del Empleado del Departamento de Trabajo al 1-866-444-EBSA (3272) o en www.dol.gov/ebsa/healthreform. Si está cubierto por un [plan](#) ofrecido por el plan de Salud del Estado, una ciudad, un condado, un distrito escolar, una Cooperativa de Servicios o un plan de la iglesia, puede comunicarse con el Equipo de Asistencia sobre Seguros Médicos del Departamento de Salud y Servicios Humanos al 1-888-393-2789.

¿Este plan proporciona cobertura esencial mínima? Sí.

La [cobertura esencial mínima](#) generalmente incluye [planes](#), [seguros médicos](#) disponibles a través del [Mercado](#) u otras pólizas de mercado individuales, Medicare, Medicaid, CHIP, TRICARE y otras coberturas específicas. Si usted es elegible para determinados tipos de [cobertura esencial mínima](#), tal vez no sea elegible para el [crédito fiscal para primas del plan](#).

¿Cumple este plan el valor mínimo estándar? Sí.

Si su [plan](#) no cumple con el [valor mínimo estándar](#), es posible que cumpla con los requisitos para recibir un [crédito fiscal para primas del plan](#) que lo ayudará a pagar un [plan](#) en el [Mercado](#).

Servicio de acceso a idiomas:

Spanish (Español): Para obtener asistencia en español, llame al 1-855-903-2583.

Tagalog (Tagalog): Kung kailangan ninyo ang tulong sa Tagalog tumawag sa 1-866-537-7720.

Chinese (中文): 如果需要中文的帮助, 请拨打这个号码1-855-315-4017.

Navajo (Dine): Dinek'ehgo shika at'ohwol ninisingo, kwijigo holne' 1-855-902-2583.

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

Declaración de revelación de la PRA: De acuerdo con la Ley de Simplificación de Trámites Administrativos (Paperwork Reduction Act) de 1995, a ninguna persona se le requiere responder a una recopilación de información, a menos que esta muestre un número válido de control OMB. El número de control de OMB válido para la recopilación de esta información es **0938-1146**. Se calcula que llenar la recopilación de información lleva un promedio de **0.08** horas por respuesta, incluyendo el tiempo para revisar instrucciones, buscar recursos de datos existentes y reunir la información necesaria, además de revisar la información. Si tiene algún comentario relacionado con la precisión de los tiempos estimados o sugerencias para mejorar este formulario, escriba a: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.

Acerca de estos ejemplos de cobertura:



Esta no es una herramienta de cálculo de costos. Los tratamientos que se muestran son solo ejemplos de cómo puede este [plan](#) cubrir la atención médica. Sus costos reales pueden variar según el tratamiento real que reciba, los precios que sus [proveedores](#) cobren y muchos otros factores. Fíjese en las cantidades de [costo compartido](#) ([deducibles](#), [copagos](#) y [coseguro](#)) y en los [servicios excluidos](#) por el [plan](#). Use esta información para comparar la parte de los costos que podría pagar con los distintos [planes](#) médicos. Tenga presente que estos ejemplos de cobertura se basan solo en una cobertura individual.

Peg va a tener un bebé

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

■ El deducible general del plan	\$1,500
■ Copago al especialista	\$60
■ Coseguro del hospital (establecimiento)	20%
■ Otro coseguro	20%

Este EJEMPLO de evento incluye servicios como:

Visitas al [especialista](#) (*atención prenatal*)
 Servicios profesionales para el nacimiento y el parto
 Servicios hospitalarios para el nacimiento y el parto
[Exámenes de diagnóstico](#)
(ecografías y análisis de sangre)
 Consulta con un [especialista](#) (*anestesia*)

Costo total del ejemplo	\$12,700
--------------------------------	-----------------

En este ejemplo, Peg pagaría:

Costos compartidos

Deducibles	\$1,500
Copagos	\$20
Coseguro	\$1,700

Lo que no está cubierto

Límites o exclusiones	\$60
El total que Peg pagaría es	\$3,280

Control de la diabetes tipo 2 de Joe

(un año de atención de rutina dentro de la red de una condición bien controlada)

■ El deducible general del plan	\$1,500
■ Copago al especialista	\$60
■ Coseguro del hospital (establecimiento)	20%
■ Otro coseguro	20%

Este EJEMPLO de evento incluye servicios como:

Visitas en el consultorio del [médico de atención primaria](#) (*incluye la educación sobre enfermedades*)
[Exámenes de diagnóstico](#) (*análisis de sangre*)
[Medicamentos con receta médica](#)
[Equipo médico duradero](#) (*glucómetro*)

Costo total del ejemplo	\$5,600
--------------------------------	----------------

En este ejemplo, Joe pagaría:

Costos compartidos

Deducibles	\$800
Copagos	\$500
Coseguro	\$0

Lo que no está cubierto

Límites o exclusiones	\$20
El total que Joe pagaría es	\$1,320

Fractura simple de Mia

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

■ El deducible general del plan	\$1,500
■ Copago al especialista	\$60
■ Coseguro del hospital (establecimiento)	20%
■ Otro coseguro	20%

Este EJEMPLO de evento incluye servicios como:

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

Costo total del ejemplo	\$2,800
--------------------------------	----------------

En este ejemplo, Mia pagaría:

Costos compartidos

Deducibles	\$1,500
Copagos	\$80
Coseguro	\$100

Lo que no está cubierto

Límites o exclusiones	\$0
El total que Mia pagaría es	\$1,680

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

Notificación de prácticas de no discriminación

En vigencia a partir del 18 de julio de 2016

Blue Cross and Blue Shield of Minnesota y Blue Plus (Blue Cross) cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no ejerce ninguna discriminación en función de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad ni sexo. Blue Cross no excluye a las personas ni las trata de manera diferente en función de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad ni sexo.

Blue Cross ofrece recursos para acceder a la información en formatos e idiomas alternativos:

- Hay ayuda y servicios auxiliares disponibles y sin cargo, como intérpretes calificados e información escrita en otros formatos, para que las personas con discapacidades se comuniquen con nosotros.
- Hay servicios de idiomas disponibles y sin cargo, como intérpretes calificados e información escrita en otros idiomas, para personas cuyo idioma principal no es el inglés.

Si necesita estos servicios, llámenos al 1-800-382-2000 o al número de teléfono que aparece al dorso de su tarjeta de identificación. Los usuarios de TTY deben llamar al 711.

Si cree que Blue Cross no ha cumplido en proporcionar estos servicios o le ha discriminado de otra forma en función de su raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, puede presentar una queja formal ante el Coordinador de Derechos Civiles de No Discriminación

- por correo electrónico a: Civil.Rights.Coord@bluecrossmn.com
- por correo postal a: Nondiscrimination Civil Rights Coordinator
Blue Cross and Blue Shield of Minnesota and Blue Plus - M495
PO Box 64560
Eagan, MN 55164-0560
- o por teléfono al: 1-800-509-5312

Para obtener formularios de queja formal, comuníquese con nosotros a los contactos que se mencionan anteriormente, llamando al 1-800-382-2000 o al número de teléfono que aparece al dorso de su tarjeta de identificación. Los usuarios de TTY deben llamar al 711. Si necesita ayuda para presentar una queja formal, puede solicitarla llamándonos a los números de teléfono que se mencionan anteriormente.

También puede presentar una queja sobre derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU.

- puede hacerlo por vía electrónica a través del Portal de quejas de la Oficina de Derechos Civiles, disponible en: <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>
- por teléfono al: 1-800-368-1019 o 1-800-537-7697 (TDD)
- o por correo postal a: U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue SW
Room 509F, HHH Building
Washington, DC 20201

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

Servicio de acceso a idiomas:

This information is available in other languages. Free language assistance services are available by calling the toll free number below. For TTY, call 711.

Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia con el idioma. Llame al 1-855-903-2583. Para TTY, llame al 711.

Yog tias koj hais lus Hmoob, muaj kev pab txhais lus pub dawb rau koj. Hu rau 1-800-793-6931. Rau TTY, hu rau 711.

Haddii aad ku hadasho Soomaali, adigu waxaad heli kartaa caawimo luqad lacag la'aan ah. Wac 1-866-251-6736. Markay tahay dad maqalku ku adag yahay (TTY), wac 711.

နမ့်ကတိကညိကိတ်ဒီး, တၢ်ကဟ့ၣ်နကိတ်တၢ်မၤစၢၤကလိတဖၣ်န့ၣ်လိၤ. ကိ: 1-866-251-6744 လၢ TTYအဂီၢ်, ကိ: 711 တက့ၢ်.

إذا كنت تتحدث العربية، تتوفر لك خدمات المساعدة اللغوية المجانية. اتصل بالرقم 1-866-569-9123. للهاتف النصي اتصل بالرقم 711.

Nếu quý vị nói Tiếng Việt, có sẵn các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí cho quý vị. Gọi số 1-855-315-4015. Người dùng TTY xin gọi 711.

Afaan Oromoo dubbattu yoo ta'e, tajaajila gargaarsa afaan hiikuu kaffaltii malee. Argachuuf 1-855-315-4016 bilbilaa. TTY dhaaf, 711 bilbilaa.

如果您說中文，我們可以為您提供免費的語言協助服務。請撥打 1-855-315-4017。聽語障專 (TTY)，請撥打 711。

Если Вы говорите по-русски, Вы можете воспользоваться бесплатными услугами переводчика. Звоните 1-855-315-4028. Для использования телефонного аппарата с текстовым выходом звоните 711.

Si vous parlez français, des services d'assistance linguistique sont disponibles gratuitement. Appelez le +1-855-315-4029. Pour les personnes malentendantes, appelez le 711.

አማርኛ የሚናገሩ ከሆኑ፣ ነጻ የቋንቋ አገልግሎት እርዳ አለሎት። በ 1-855-315-4030 ይደውሉ ለ TTY በ 711።

한국어를 사용하시는 경우, 무료 언어 지원 서비스가 제공됩니다. 1-855-904-2583 으로 전화하십시오. TTY 사용자는 711 로 전화하십시오.

ຖ້າເຈົ້າເວົ້າພາສາລາວໄດ້, ມີການບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອພາສາໃ້ເຈົ້າຟຣີ. ໃຫ້ໂທຫາ 1-866-356-2423 ສ່າລັບ. TTY, ໃຫ້ໂທຫາ 711.

Kung nagsasalita kayo ng Tagalog, mayroon kayong magagamit na libreng tulong na mga serbisyo sa wika. Tumawag sa 1-866-537-7720. Para sa TTY, tumawag sa 711.

Wenn Sie Deutsch sprechen, steht Ihnen fremdsprachliche Unterstützung zur Verfügung. Wählen Sie 1-866-289-7402. Für TTY wählen Sie 711.

ប្រសិនបើអ្នកនិយាយភាសាខ្មែរមិន អ្នកអាចទាញបានសេវាជំនួយភាសាឥតគិតថ្លៃ។ ទូរស័ព្ទមកលេខ 1-855-906-2583។ សម្រាប់ TTY សូមទូរស័ព្ទមកលេខ 711។

Diné k'ehjí yáníłt'i'go saad bee yát'i' éí t'áájíík'e bee níká'a'doowołgo éí ná'ahoot'i'. Kojí éí béésh bee hodííłnih 1-855-902-2583. TTY biniiyégo éí 711 jí' béésh bee hodííłnih.