



Cobertura para: Individuo/Familia | Tipo de plan: HMO

KAISER FOUNDATION HEALTH PLAN OF THE MID-ATLANTIC STATES, INC., 2101 East Jefferson Street, Rockville. MD 20852



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, consulte <https://kp.org/plandocuments> o llame al 1-855-249-5018 (TTY: 711). 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.cms.gov/CCIIO/Resources/Forms-Reports-and-Other-Resources/Downloads/Spanish-Uniform-Glossary-05-2020-508.pdf> o llamar al 1-855-249-5018 (TTY: 711) para pedir una copia.

| Preguntas importantes | Respuestas | Por qué es importante: |
|---|--|--|
| ¿Cuánto es el <u>deducible</u> total? | \$4,000 por individuo/\$8,000 por familia. | En general, debe pagar todos los costos de los <u>proveedores</u> hasta la cantidad del <u>deducible</u> antes de que este <u>plan</u> comience a pagar. Si usted tiene otros miembros de la familia en el <u>plan</u> , cada uno debe alcanzar su propio <u>deducible</u> individual hasta que el monto total de los gastos del <u>deducible</u> que pagaron todos los miembros de la familia alcance el <u>deducible</u> general de la familia. |
| ¿Hay servicios cubiertos antes de alcanzar su <u>deducible</u> ? | Sí. La <u>atención preventiva</u> y los servicios que se indican en la tabla que comienza en la página 2. | Este <u>plan</u> cubre algunos productos y servicios aunque aún no haya alcanzado la cantidad del <u>deducible</u> . Sin embargo, se podría aplicar un <u>copago</u> o un <u>coseguro</u> . Por ejemplo, este <u>plan</u> cubre ciertos <u>servicios preventivos sin costos compartidos</u> antes de que alcance su <u>deducible</u> . Consulte una lista de <u>servicios preventivos cubiertos</u> en https://www.cuidadodesalud.gov/es/coverage/preventive-care-benefits/ . |
| ¿Hay otros <u>deducibles</u> para servicios específicos? | No. | No debe pagar <u>deducibles</u> por servicios específicos. |
| ¿Cuánto es el <u>límite de gastos de bolsillo</u> para este <u>plan</u> ? | \$7,500 por individuo/\$15,000 por familia | El <u>límite de gastos de bolsillo</u> es lo máximo que puede pagar en un año por servicios cubiertos. Si usted tiene otros miembros de la familia en el <u>plan</u> , cada uno debe alcanzar su propio <u>límite de gastos de bolsillo</u> hasta alcanzar el <u>límite de gastos de bolsillo</u> general de la familia. |
| ¿Qué es lo que no está incluido en el <u>límite de gastos de bolsillo</u> ? | Los <u>copagos</u> para ciertos servicios, las <u>primas</u> y la atención médica que no cubre este <u>plan</u> . | Aunque pague estos gastos, no cuentan para el <u>límite de gastos de bolsillo</u> . |
| ¿Pagará menos si acude a un <u>proveedor dentro de la red</u> ? | Sí. Para obtener una lista de <u>proveedores de la red</u> , visite www.kp.org o llame al 1-855-249-5018 (TTY: 711). | Este <u>plan</u> utiliza una <u>red de proveedores</u> . Pagará menos si usa un <u>proveedor</u> que esté incluido en la <u>red</u> del plan. Pagará más si acude a un <u>proveedor fuera de la red</u> , y es posible que reciba una factura de un <u>proveedor</u> por la diferencia entre el cargo del proveedor y lo que su <u>plan</u> pague (<u>facturación de saldo</u>). Tenga en cuenta que su <u>proveedor dentro de la red</u> puede usar un <u>proveedor fuera de la red</u> para algunos servicios (como análisis de laboratorio). Consulte con su <u>proveedor</u> antes de recibir los servicios. |

| Preguntas importantes | Respuestas | Por qué es importante: |
|---|---|--|
| ¿Necesita una <u>derivación</u> para atenderse con un <u>especialista</u> ? | Sí, pero puede autoderivarse a ciertos <u>especialistas</u> . | Este <u>plan</u> pagará algunos o todos los costos para ver a un <u>especialista</u> por servicios cubiertos, pero solo si tiene una <u>derivación</u> antes de ver al <u>especialista</u> . |

 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 Proveedor del plan (Usted pagará el mínimo) | Lo que usted pagará Proveedor fuera del plan (Usted pagará el máximo) | Limitaciones, excepciones y otra información importante |
|--|--|--|---|---|
| Si acude al consultorio o clínica del <u>proveedor</u> | Consulta con su médico de atención primaria para tratar una afección o lesión | Primera visita: sin costo, el <u>deducible</u> no se aplica. Visitas adicionales: \$55 por visita | No está cubierto | La primera visita puede ser una consulta con el médico de atención primaria, un examen de la vista para niños o una consulta de salud mental y conductual o por abuso de sustancias. El <u>copago</u> no se aplica a menores de 5 años. |
| | Consulta con un <u>especialista</u> | \$75 por visita | No está cubierto | Ninguna |
| | <u>Atención preventiva/ evaluación/vacunas</u> | Sin costo, el <u>deducible</u> no se aplica | No está cubierto | Usted tendrá que pagar por los servicios que no son <u>preventivos</u> . Pregunte a su <u>proveedor</u> si los servicios que necesita son <u>preventivos</u> . Luego, consulte lo que su <u>plan</u> pagará. |
| Si se realiza un examen | <u>Exámenes de diagnóstico</u> (radiografías, análisis de sangre) | Radiografías: 30% de <u>coseguro</u> ; pruebas de laboratorio: \$75 por visita | No está cubierto | Ninguna |
| | Diagnóstico por imágenes (tomografía computarizada/ tomografía por emisión de positrones, imágenes por resonancia magnética) | 30% de <u>coseguro</u> | No está cubierto | Ninguna |

| Circunstancia médica común | Servicios que podría necesitar | Lo que usted pagará Proveedor del plan (Usted pagará el mínimo) | Lo que usted pagará Proveedor fuera del plan (Usted pagará el máximo) | Limitaciones, excepciones y otra información importante |
|---|---|--|---|---|
| Si necesita un medicamento para tratar su enfermedad o condición médica. Hay más información disponible sobre la <u>cobertura de medicamentos con receta médica</u> en http://www.kp.org/formulary | Medicamentos genéricos (nivel 1) | Al por menor: \$20 por <u>receta médica</u> , el <u>deducible</u> no se aplica; orden por correo: \$30 por <u>receta médica</u> , el <u>deducible</u> no se aplica | No está cubierto | Hasta un suministro de 30 días al por menor o hasta un suministro de 90 días en orden por correo. Los medicamentos <u>preventivos</u> de la <u>lista de medicamentos</u> y los anticonceptivos de todos los niveles no tienen costo, el <u>deducible</u> no se aplica. Sujeto a las pautas de la <u>lista de medicamentos</u> . |
| | Medicamentos de marca preferidos (nivel 2) | Al por menor: \$50 por <u>receta médica</u> ; orden por correo: \$75 por <u>receta médica</u> | No está cubierto | Hasta un suministro de 30 días al por menor o hasta un suministro de 90 días en orden por correo. Sujeto a las pautas de la <u>lista de medicamentos</u> . |
| | Medicamentos no preferidos (nivel 3) | 50% de <u>coseguro</u> | No está cubierto | Hasta un suministro de 30 días al por menor o hasta un suministro de 90 días en orden por correo. Sujeto a las pautas de la <u>lista de medicamentos</u> . |
| | <u>Medicamentos de especialidad</u> (nivel 4) | 50% de <u>coseguro</u> hasta \$250 por <u>receta médica</u> | No está cubierto | Hasta un suministro de 30 días. Sujeto a las pautas de la <u>lista de medicamentos</u> . |
| Si le hacen una cirugía ambulatoria | Tarifa del centro (p. ej., centro de cirugía ambulatoria) | 30% de <u>coseguro</u> | No está cubierto | Ninguna |
| | Tarifas del médico/cirujano | 30% de <u>coseguro</u> | No está cubierto | Ninguna |
| Si necesita atención médica inmediata | <u>Atención en la Sala de Emergencias</u> | 30% de <u>coseguro</u> | 30% de <u>coseguro</u> | Ninguna |
| | <u>Transporte médico de emergencia</u> | Sin costo | Sin costo | Ninguna |
| | <u>Atención de urgencia</u> | \$75 por visita | \$75 por visita | Los <u>proveedores fuera del plan</u> no están cubiertos dentro del área de servicio |
| Si necesita hospitalización | Tarifa del centro (p. ej., habitación del hospital) | 30% de <u>coseguro</u> | No está cubierto | Ninguna |
| | Tarifas del médico/cirujano | 30% de <u>coseguro</u> | No está cubierto | Ninguna |

| Circunstancia médica común | Servicios que podría necesitar | Lo que usted pagará Proveedor del plan (Usted pagará el mínimo) | Lo que usted pagará Proveedor fuera del plan (Usted pagará el máximo) | Limitaciones, excepciones y otra información importante |
|---|--|---|---|---|
| Si necesita servicios de salud mental, salud conductual o de abuso de sustancias | Servicios para pacientes ambulatorios | Primera visita: sin costo, el <u>deducible</u> no se aplica. Visitas adicionales: \$55 por visita individual; \$27 por visita grupal. | No está cubierto | La primera visita puede ser una consulta con el médico de atención primaria, un examen de la vista para niños o una consulta de salud mental y conductual o por abuso de sustancias. 30% de <u>coseguro</u> para todos los demás servicios para pacientes ambulatorios. |
| | Servicios para pacientes hospitalizados | 30% de <u>coseguro</u> | No está cubierto | Ninguna |
| Si está embarazada | Visitas al consultorio | Sin costo, el <u>deducible</u> no se aplica | No está cubierto | Se pueden aplicar <u>copagos</u> , <u>coseguros</u> o <u>deducibles</u> según el tipo de servicio. Los cuidados de maternidad podrían incluir los exámenes y servicios que se describen en otras partes del SBC (por ejemplo, ecografía). |
| | Servicios profesionales para el nacimiento y el parto | 30% de <u>coseguro</u> | Ninguna | Ninguna |
| | Servicios hospitalarios para el nacimiento y el parto | 30% de <u>coseguro</u> | No está cubierto | Ninguna |
| Si necesita servicios de recuperación o tiene otras necesidades especiales de salud | <u>Atención médica en el hogar</u> | Sin costo | No está cubierto | Ninguna |
| | <u>Servicios de rehabilitación</u> | Paciente hospitalizado: 30% de <u>coseguro</u> ; paciente ambulatorio: \$75 por visita | No está cubierto | Paciente hospitalizado: ninguna; paciente ambulatorio: 30 visitas de terapia ocupacional, fisioterapia y terapia del habla por condición por año para cada una. |
| | <u>Servicios de habilitación</u> | \$75 por visita | No está cubierto | 30 visitas de terapia ocupacional, fisioterapia y terapia del habla por condición por año para cada una. Intervención temprana: sin límites de visitas para ciertos niños menores de 3 años. |
| | <u>Atención de enfermería especializada</u> | 30% de <u>coseguro</u> | No está cubierto | Límite de 100 días por hospitalización. |
| | <u>Equipo médico duradero</u> | 30% de <u>coseguro</u> | No está cubierto | Ninguna |
| | <u>Servicios en un programa de cuidados paliativos</u> | Sin costo | No está cubierto | Ninguna |

| Circunstancia médica común | Servicios que podría necesitar | Lo que usted pagará Proveedor del plan (Usted pagará el mínimo) | Lo que usted pagará Proveedor fuera del plan (Usted pagará el máximo) | Limitaciones, excepciones y otra información importante |
|--|--------------------------------|---|---|--|
| Si su hijo necesita servicios dentales o de la vista | Examen de la vista para niños | Sin costo, el <u>deducible</u> no se aplica | No está cubierto | Un examen por año. |
| | Anteojos para niños | Sin costo, el <u>deducible</u> no se aplica | No está cubierto | 1 par de anteojos por año O la primera compra de lentes de contacto por año O 2 pares de lentes de contacto <u>médicamente necesarios</u> por ojo por año (de un grupo seleccionado de armazones y lentes de contacto) |
| | Control dental para niños | \$5 por visita, el <u>deducible</u> no se aplica | No está cubierto | Se limita a los niños hasta que finaliza el mes en que cumplen 19 años. |

Servicios excluidos y otros servicios cubiertos:

| Servicios que su <u>Plan</u> , por lo general, NO cubre (consulte la póliza o documento del <u>plan</u> para obtener más información y una lista de otros <u>servicios excluidos</u>). | | |
|---|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> ● Acupuntura ● Cirugía estética ● Atención dental (adultos) | <ul style="list-style-type: none"> ● Cuidados a largo plazo ● Atención que no sea de emergencia cuando viaje fuera de los EE. UU. | <ul style="list-style-type: none"> ● Cuidado de los pies de rutina ● Programas para perder peso |

| Otros servicios cubiertos (es posible que se apliquen limitaciones a estos servicios. Esto no es una lista completa. Consulte el documento del <u>plan</u>). | | |
|---|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> ● Cirugía bariátrica ● Atención quiropráctica con límites (límite de 30 visitas por año; el límite de visitas se aplica por separado para los servicios de habilitación y rehabilitación). ● Audífonos con límites (límite de un audífono por oído para personas con impedimentos auditivos cada 24 meses hasta \$1,500 por audífono para niños menores de 19 años) | <ul style="list-style-type: none"> ● Tratamiento para la infertilidad con límites (servicios de diagnóstico) ● Enfermería privada con límites | <ul style="list-style-type: none"> ● Cuidado de los ojos de rutina (adultos) ● Terminación voluntaria del embarazo |

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 se muestra en la siguiente tabla. 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.CuidadoDeSalud.gov o llame al 1-800-318-2596.

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 los organismos que aparecen en la siguiente tabla.

Información de contacto para obtener información sobre sus derechos a continuar con su cobertura y sus derechos a presentar quejas o apelaciones:

| | |
|--|--|
| Servicio a los Miembros de Kaiser Permanente | 1-855-249-5018 (TTY: 711) o www.kp.org/memberservices |
| Departamento de Seguros de Virginia | 1-877-310-6560 o www.scc.virginia.gov/boi |

¿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? No se aplica.

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 1-855-249-5018 (TTY: 711)

TAGALOG (Tagalog): Kung kailangan ninyo ang tulong sa Tagalog tumawag sa 1-855-249-5018 (TTY: 711)

TRADITIONAL CHINESE (中文): 如果需要中文的帮助, 请拨打这个号码 1-855-249-5018 (TTY: 711)

PENNSYLVANIA DUTCH (Deutsch): Fer Hilf griege in Deitsch, ruf 1-855-249-5018 (TTY: 711) uff

NAVAJO (Dine): Dinek'ehgo shika at'ohwol ninisingo, kwijigo holne' 1-855-249-5018 (TTY: 711)

SAMOAN (Gagana Samoa): Mo se fesoasoani i le Gagana Samoa, vala'au mai i le numera telefoni 1-855-249-5018 (TTY: 711)

CAROLINIAN (Kapasal Falawasch): ngere aukke ghut allillis reel kapasal Falawasch au fafaingi tilifon ye 1-855-249-5018 (TTY: 711)

CHAMORRO (Chamoru): Para un ma ayuda gi finu Chamoru, a'gang 1-855-249-5018 (TTY: 711)

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



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) | | Control de la diabetes tipo 2 de Joe (un año de atención de rutina dentro de la red de una condición bien controlada) | | Fractura simple de Mia (visita a la Sala de Emergencias dentro de la red y atención de seguimiento) | |
|---|-----------------|--|----------------|---|----------------|
| ■ El <u>deducible</u> general del plan | \$4,000 | ■ El <u>deducible</u> general del plan | \$4,000 | ■ El <u>deducible</u> general del plan | \$4,000 |
| ■ <u>Copago</u> para el <u>especialista</u> | \$75 | ■ <u>Copago</u> para el <u>especialista</u> | \$75 | ■ <u>Copago</u> para el <u>especialista</u> | \$75 |
| ■ <u>Coseguro</u> del hospital (establecimiento) | 30% | ■ <u>Coseguro</u> del hospital (establecimiento) | 30% | ■ <u>Coseguro</u> del hospital (establecimiento) | 30% |
| ■ Otro <u>copago</u> (análisis de sangre) | \$75 | ■ Otro <u>copago</u> (análisis de sangre) | \$75 | ■ Otro <u>coseguro</u> (radiografía) | 30% |
| Este EJEMPLO de evento incluye servicios como: Visitas al consultorio del <u>especialista</u> (<i>atención prenatal</i>) Servicios profesionales para el nacimiento y el parto Servicios hospitalarios para el nacimiento y el parto <u>Exámenes de diagnóstico</u> (<i>ecografías y análisis de sangre</i>) Consulta con un <u>especialista</u> (<i>anestesia</i>) | | Este EJEMPLO de evento incluye servicios como: Visitas en el consultorio del <u>médico de atención primaria</u> (<i>incluye la educación sobre enfermedades</i>) <u>Exámenes de diagnóstico</u> (<i>análisis de sangre</i>) <u>Medicamentos con receta médica</u> <u>Equipo médico duradero</u> (<i>glucómetro</i>) | | Este EJEMPLO de evento incluye servicios como: <u>Atención en la Sala de Emergencias</u> (<i>incluye suministros médicos</i>) <u>Exámenes de diagnóstico</u> (<i>radiografías</i>) <u>Equipo médico duradero</u> (<i>muletas</i>) <u>Servicios de rehabilitación</u> (<i>fisioterapia</i>) | |
| Costo total del ejemplo | \$12,700 | Costo total del ejemplo | \$5,600 | Costo total del ejemplo | \$2,800 |
| En este ejemplo, Peg pagaría: | | En este ejemplo, Joe pagaría: | | En este ejemplo, Mia pagaría: | |
| <i>Costos compartidos</i> | | <i>Costos compartidos</i> | | <i>Costos compartidos</i> | |
| <u>Deducibles</u> | \$4,000 | <u>Deducibles</u> | \$1,400 | <u>Deducibles</u> | \$2,800 |
| <u>Copagos</u> | \$10 | <u>Copagos</u> | \$700 | <u>Copagos</u> | \$10 |
| <u>Coseguro</u> | \$1,300 | <u>Coseguro</u> | \$200 | <u>Coseguro</u> | \$0 |
| <i>Lo que no está cubierto</i> | | <i>Lo que no está cubierto</i> | | <i>Lo que no está cubierto</i> | |
| Límites o exclusiones | \$60 | Límites o exclusiones | \$0 | Límites o exclusiones | \$0 |
| El total que Peg pagaría es | \$5,370 | El total que Joe pagaría es | \$2,300 | El total que Mia pagaría es** | \$2,810 |

** Nota: El monto que paga el paciente se restringe al límite de gastos de bolsillo del plan. Es posible que los montos totales no coincidan debido a que se redondean.

El plan sería responsable de los demás costos de los servicios cubiertos de este EJEMPLO.

Esta página se dejó en blanco intencionalmente.

NONDISCRIMINATION NOTICE

Kaiser Foundation Health Plan of the Mid-Atlantic States, Inc. (Kaiser Health Plan) complies with applicable federal civil rights laws and does not discriminate on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex. Kaiser Health Plan does not exclude people or treat them differently because of race, color, national origin, age, disability, or sex. We also:

- Provide no cost aids and services to people with disabilities to communicate effectively with us, such as:
 - Qualified sign language interpreters
 - Written information in other formats, such as large print, audio, and accessible electronic formats
- Provide no cost language services to people whose primary language is not English, such as:
 - Qualified interpreters
 - Information written in other languages

If you need these services, call **1-800-777-7902** (TTY: 711)

If you believe that Kaiser Health Plan 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 by mail or phone at: Kaiser Permanente, Appeals and Correspondence Department, Attn: Kaiser Civil Rights Coordinator, 2101 East Jefferson St., Rockville, MD 20852, telephone number: 1-800-777-7902.

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

HELP IN YOUR LANGUAGE

ATTENTION: If you speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call **1-800-777-7902** (TTY: 711).

አማርኛ (Amharic) ማሰታወሻ: የሚናገሩት ቋንቋ አማርኛ ከሆነ የትርጉም እርዳታ ድርጅቶች፣ በነጻ ሊያገዝዎት ተዘጋጅተዋል። ወደ ሚከተለው ቁጥር ይደውሉ **1-800-777-7902** (TTY: 711)።

العربية (Arabic) ملحوظة: إنك تستطيع طلب تعريب خدماتنا من أجل لغتك غيريتموافرللقبالمجاناً اتصل برقم **1-800-777-7902** (TTY: 711)።

فارسی (Farsi) توجه: اگر زبان فارسی می‌گویید، می‌توانید رایگان از خدمات ترجمه استفاده کنید. برای اطلاعات بیشتر، با ما تماس بگیرید. **1-800-777-7902** (TTY: 711)።

Français (French) ATTENTION: Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le **1-800-777-7902** (TTY : 711).

Bàsòò Wùdù (Bassa) Dè dɛ nià kɛ dyédé gbo: ɔ̃ jũ ké m̀ Bàsòò-wùdù-po-nyò jũ ní, níí, à wuɖu kà kò d̀ò po-poò b́éìn m̀ gbo kpáa. Ǹá **1-800-777-7902** (TTY: 711)

বাংলা (Bengali) লক্ষ্য করুন: যদি আপনি বাংলা, কথা বলতে পারেন, তাহলে নিঃখরচায় ভাষা সহায়তা পরিষেবা উপলব্ধ আছে। ফোন করুন **1-800-777-7902** (TTY: 711)।

中文 (Chinese) 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 **1-800-777-7902** (TTY : 711) 。

Naabeehó (Navajo) Díí baa akó nínízin: Díí saad bee yáníłti'go Diné Bizaad, saad bee áká'ánída'áwo'déé', t'áá jiiik'eh, éí ná hóló, kóji' hódíłnih **1-800-777-7902** (TTY: 711).

Deutsch (German) ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung. Rufnummer: **1-800-777-7902** (TTY: 711).

ગુજરાતી (Gujarati) સુચના: જો તમે ગુજરાતી બોલતા હો, તો નિ:શુલ્ક ભાષા સહાય સેવાઓ તમારા માટે ઉપલબ્ધ છે. ફોન કરો **1-800-777-7902** (TTY: 711).

Kreyòl Ayisyen (Haitian Creole) ATANSYON: Si w pale Kreyòl Ayisyen, gen sèvis èd pou lang ki disponib gratis pou ou. Rele **1-800-777-7902** (TTY: 711).

हिन्दी (Hindi) ध्यान दें: यदि आप हिंदी बोलते हैं तो आपके लिए मुफ्त में भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध हैं। **1-800-777-7902** (TTY: 711) पर कॉल करें।

Igbo (Igbo) NRỤBAMA: Ọ bụrụ na ị na asụ Igbo, ọrụ enyemaka asụsụ, n'efu, dijirị gj. Kpọọ **1-800-777-7902** (TTY: 711).

Italiano (Italian) ATTENZIONE: In caso la lingua parlata sia l'italiano, sono disponibili servizi di assistenza linguistica gratuiti. Chiamare il numero **1-800-777-7902** (TTY: 711).

日本語 (Japanese) 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。 **1-800-777-7902** (TTY:711) まで、お電話にてご連絡ください。

한국어 (Korean) 주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. **1-800-777-7902** (TTY: 711)번으로 전화해 주십시오.

Português (Portuguese) ATENÇÃO: Se fala português, encontram-se disponíveis serviços linguísticos, grátis. Ligue para **1-800-777-7902** (TTY: 711).

Русский (Russian) ВНИМАНИЕ: если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните **1-800-777-7902** (TTY: 711).

Español (Spanish) ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al **1-800-777-7902** (TTY: 711).

Tagalog (Tagalog) PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa **1-800-777-7902** (TTY: 711).

ไทย (Thai) เรียน: ถ้าคุณพูดภาษาไทย คุณสามารถใช้บริการช่วยเหลือทางภาษาได้ฟรี โทร **1-800-777-7902** (TTY: 711).

اردو (Urdu) خبردار: اگر آپ اردو بولتے ہیں تو آپ کو زبان کی مدد کی خدمات مفت میں پیش کی جاسکتی ہیں۔
یہ سہولتیں **1-800-777-7902** (TTY: 711) پر دستیاب ہیں۔

Tiếng Việt (Vietnamese) CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số **1-800-777-7902** (TTY: 711).

Yorùbá (Yoruba) AKIYESI: Ti o ba nso ede Yoruba ofe ni iranlowo lori ede wa fun yin o. E pe ero ibanisoro yi **1-800-777-7902** (TTY: 711).