



El documento de resumen de beneficios y cobertura (SBC, por sus siglas en inglés) le 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 es solo un resumen. Para más información sobre su cobertura, o para obtener una copia de los términos completos de cobertura, llame al 1-800-521-2227 o visite www.bcbstx.com. Para definiciones generales de términos comunes, como cantidad permitida, facturación de 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 1-855-756-4448 para solicitar una copia.

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué es importante:
¿Cuál es el <u>deducible</u> general?	<u>Dentro de la red</u> : \$1,250 Individuo / \$3,500 Familia <u>Fuera de la red</u> : \$3,750 Individuo / \$10,500 Familia	Generalmente, usted debe pagar todos los costos de los <u>proveedores</u> hasta el monto del <u>deducible</u> antes de que este <u>plan</u> comience a pagar. Si tiene otros miembros de la familia en el <u>plan</u> , cada miembro de la familia debe cumplir con su propio <u>deducible</u> individual hasta que el monto total de los gastos deducibles pagados por todos los miembros de la familia cumpla con el <u>deducible</u> familiar general.
¿Hay servicios cubiertos antes de que cumpla con su <u>deducible</u> ?	Sí. Los servicios que cobran un <u>copago</u> , <u>medicamentos recetados</u> , servicios de sala de emergencias y cierta <u>atención preventiva</u> , <u>pruebas de diagnóstico</u> están cubiertos antes de que cumpla con su <u>deducible</u> .	Este <u>plan</u> cubre algunos artículos y servicios incluso si aún no ha cumplido con el monto del <u>deducible</u> . Pero puede aplicar un <u>copago</u> o <u>coseguro</u> . Por ejemplo, este <u>plan</u> cubre ciertos <u>servicios preventivos</u> sin <u>participación en los costos</u> y antes de que cumpla con su <u>deducible</u> . Vea una lista de <u>servicios preventivos</u> cubiertos en www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/ .
¿Hay otros <u>deducibles</u> para servicios específicos?	No.	No tiene que cumplir con <u>deducibles</u> para servicios específicos.
¿Cuál es el <u>límite de gastos de bolsillo</u> para este <u>plan</u> ?	<u>Dentro de la red</u> : \$4,000 Individual / \$11,000 Familiar <u>Fuera de la red</u> : \$8,000 Individual / \$22,000 Familiar	El <u>límite de gastos de bolsillo</u> es lo máximo que podría pagar en un año por servicios cubiertos. Si tiene otros miembros de la familia en este <u>plan</u> , ellos tienen que cumplir con sus propios <u>límites de gastos de bolsillo</u> hasta que se haya cumplido el límite general familiar de <u>gastos de bolsillo</u> .
¿Qué no está incluido en el <u>límite de gastos de bolsillo</u> ?	<u>Primas</u> , <u>penalizaciones de preautorización</u> , <u>cargos de facturación de saldo</u> , y atención médica que este <u>plan</u> no cubre.	Aunque usted pague estos gastos, no cuentan hacia el límite de <u>gastos de bolsillo</u> .
¿Pagará menos si usa un <u>proveedor de la red</u> ?	Sí. Consulte www.bcbstx.com o llame al 1-800-810-2583 para obtener una lista de <u>proveedores</u> de la <u>red</u> .	Este <u>plan</u> usa una <u>red de proveedores</u> . Usted pagará menos si usa un <u>proveedor</u> en la <u>red</u> del <u>plan</u> . Pagará más si usa un <u>proveedor</u> fuera de la <u>red</u> , y podría recibir una factura de un <u>proveedor</u> por la diferencia entre el cargo del <u>proveedor</u> y lo que su <u>plan</u> paga (<u>facturación de saldo</u>). Tenga en cuenta que su <u>proveedor de la red</u> podría usar un <u>proveedor</u> fuera de la <u>red</u> para algunos servicios (como análisis de laboratorio). Consulte con su <u>proveedor</u> antes de obtener servicios.
¿Necesita un <u>referido</u> para ver a un <u>especialista</u> ?	No.	Puede ver al <u>especialista</u> que elija sin un <u>referido</u> .

 Todos los **costos** de **copago y coseguro** mostrados en esta tabla son después de que se haya cumplido su **deducible**, si aplica un **deducible**.

Evento médico común	Servicios que puede necesitar	Lo que pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor dentro de la red (pagará menos)	Proveedor fuera de la red (pagará más)	
Si visita el consultorio o clínica de un proveedor de atención médica	Visita de atención primaria para tratar una lesión o enfermedad	\$25 <u>copago</u> /visita; el <u>deducible</u> no aplica	40% <u>coseguro</u>	Contacte a HAS para información adicional sobre beneficios relacionados con Telemedicina.
	<u>Visita al especialista</u>	\$60 <u>copago</u> /visita; el <u>deducible</u> no aplica	40% <u>coseguro</u>	
	<u>Atención preventiva/exámenes de detección/ inmunización</u>	Sin cargo; el <u>deducible</u> no aplica	40% <u>coseguro</u>	Es posible que tenga que pagar por servicios que no sean <u>preventivos</u> . Pregunte a su <u>proveedor</u> si los servicios necesarios son <u>preventivos</u> . Luego verifique qué pagará su <u>plan</u> . Sin cargo para inmunizaciones infantiles fuera de la <u>red</u> hasta el 6to cumpleaños.
Si necesita una prueba	<u>Prueba diagnóstica</u> (rayos X, análisis de sangre)	Sin cargo; el <u>deducible</u> no aplica	Sin cargo; el <u>deducible</u> no aplica	Puede aplicar el <u>copago</u> de visita al consultorio.
	Imágenes (tomografías CT/PET, resonancias magnéticas)	20% <u>coseguro</u>	40% <u>coseguro</u>	Ninguno
Si necesita medicamentos para tratar su enfermedad o condición Más información sobre la <u>cobertura de medicamentos recetados</u> está disponible en www.bcbstx.com	Medicamentos genéricos	\$10 <u>copago</u> minorista y por correo/receta; el <u>deducible</u> no aplica	\$20 <u>copago/receta</u> ; el <u>deducible</u> no aplica	Venta al por menor cubre un suministro de 30 días. Con la receta apropiada, está disponible un suministro de hasta 90 días. El pedido por correo cubre un suministro de 90 días y es cumplido por la farmacia exclusiva de pedidos por correo de Amazon. El pedido por correo <u>fuera de la red</u> no está cubierto. Puede requerirse el pago de la diferencia entre el costo de un medicamento de marca y uno genérico si hay un medicamento genérico disponible. Para farmacia <u>fuera de la red</u> , el miembro debe presentar <u>reclamo</u> .
	Medicamentos de marca preferidos	\$30 minorista/\$60 pedido por correo <u>copago/receta</u> ; el <u>deducible</u> no aplica	\$60 <u>copago/receta</u> ; el <u>deducible</u> no aplica	
	Medicamentos de marca no preferidos	\$50 venta al por menor/\$100 pedido por correo <u>copago/receta</u> ; el <u>deducible</u> no aplica	50% <u>coseguro</u> ; el <u>deducible</u> no aplica	
	<u>Medicamentos especializados</u>	\$200 <u>copago/receta</u> ; el <u>deducible</u> no aplica	No cubierto	Los <u>medicamentos especializados</u> están disponibles en cualquier farmacia de venta al por menor. La venta al por menor especializada está limitada a un suministro de 30 días. El pedido por correo no está cubierto.

Evento médico común	Servicios que puede necesitar	Lo que pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor dentro de la red (pagará menos)	Proveedor fuera de la red (pagará más)	
Si tiene cirugía ambulatoria	Tarifa de instalación (ej., centro de cirugía ambulatoria)	20% <u>coseguro</u>	40% <u>coseguro</u>	Procedimientos bariátricos, de columna vertebral y de reemplazo total de articulaciones solo están cubiertos si se completan a través de Lantern Health.
	Tarifas de médico/cirujano	20% <u>coseguro</u>	40% <u>coseguro</u>	
Si necesita atención médica inmediata	<u>Atención en sala de emergencias</u>	Cargos de Instalación: \$350 <u>copago</u> /visita; <u>el deducible no aplica</u> Cargos de sala de emergencias: 20% <u>coseguro</u>	Cargos de Instalación: \$350 <u>copago</u> /visita; <u>el deducible no aplica</u> Cargos de sala de emergencias: 20% <u>coseguro</u>	<u>El copago de sala de emergencias</u> se exime si es admitido.
	<u>Transporte médico de emergencia</u>	20% <u>coseguro</u>	20% <u>coseguro</u>	Transporte terrestre y aéreo cubierto.
	<u>Atención urgente</u>	\$100 <u>copago</u> /visita; <u>el deducible no aplica</u>	40% <u>coseguro</u>	Ninguna
Si tiene una estadía hospitalaria	Tarifa de instalación (ej., habitación de hospital)	20% <u>coseguro</u>	40% <u>coseguro</u>	<u>Se requiere preautorización</u> ; penalidad de \$250 si no se preautoriza <u>Fuera de la red</u> .
	Tarifas de médico/cirujano	20% <u>coseguro</u>	40% <u>coseguro</u>	Ninguno
Si necesita servicios de salud mental, salud conductual o abuso de sustancias	Servicios ambulatorios	\$25 <u>copago</u> /visita al consultorio; <u>el deducible no aplica</u> 20% <u>coseguro</u> para otros servicios ambulatorios	40% <u>coseguro</u>	Ciertos servicios deben ser preautorizados; consulte su folleto de beneficios* para detalles.
	Servicios hospitalarios	20% <u>coseguro</u>	40% <u>coseguro</u>	<u>Se requiere preautorización</u> ; penalidad de \$250 si no se preautoriza <u>Fuera de la red</u> .
Si está embarazada	Visitas al consultorio	\$25 PCP/\$60 SPC <u>copago</u> /visita; <u>el deducible no aplica</u>	40% <u>coseguro</u>	<u>El copago aplica</u> a la primera visita prenatal (por embarazo). <u>El costo compartido no aplica</u> para <u>servicios preventivos</u> . Dependiendo del tipo de servicios, puede aplicar un <u>copago</u> , <u>coseguro</u> o <u>deducible</u> . La atención de maternidad puede incluir pruebas y servicios descritos en otra parte del SBC (es decir, ultrasonido).
	Servicios profesionales de parto	20% <u>coseguro</u>	40% <u>coseguro</u>	
	Servicios de instalaciones de parto	20% <u>coseguro</u>	40% <u>coseguro</u>	<u>Se requiere preautorización</u> ; penalidad de \$250 si no se preautoriza <u>fuera de la red</u> .

Evento médico común	Servicios que puede necesitar	Lo que pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor dentro de la red (pagará menos)	Proveedor fuera de la red (pagará más)	
Si necesita ayuda para recuperarse o tiene otras necesidades especiales de salud	<u>Atención médica domiciliaria</u>	20% <u>coseguro</u>	40% <u>coseguro</u>	Limitado a 60 visitas por año calendario. <u>Se requiere preautorización.</u>
	<u>Servicios de rehabilitación</u>	\$25 PCP/\$60 SPC <u>copago/visita</u> ; el deducible no aplica 20% <u>coseguro</u> para otros servicios ambulatorios	40% <u>coseguro</u>	Limitado a 60 visitas combinadas para todas las terapias por año calendario. Incluye terapia ocupacional, del habla y física.
	<u>Servicios de habilitación</u>	\$25 PCP/\$60 SPC <u>copago/visita</u> ; el deducible no aplica 20% <u>coseguro</u> para otros servicios ambulatorios	40% <u>coseguro</u>	
	<u>Atención de enfermería especializada</u>	20% <u>coseguro</u>	40% <u>coseguro</u>	Limitado a 90 visitas por año calendario. <u>Se requiere preautorización.</u>
	<u>Equipo médico duradero</u>	20% <u>coseguro</u>	40% <u>coseguro</u>	Ninguno
	<u>Servicios de cuidados paliativos</u>	20% <u>coseguro</u>	40% <u>coseguro</u>	<u>Se requiere preautorización.</u>
Si su hijo necesita atención dental u oftalmológica	Examen oftalmológico infantil	\$25 PCP/\$60 SPC <u>copago/visita</u> ; e l deducible no aplica	40% <u>coseguro</u>	Limitado a 1 examen por cada año calendario.
	Anteojos infantiles	No cubierto	No cubierto	Ninguno
	Revisión dental infantil	No cubierto	No cubierto	Ninguno

Servicios excluidos y otros servicios cubiertos:

Servicios que su plan generalmente NO cubre (Consulte su póliza o documento del plan para más información y una lista de cualquier otro servicio excluido.)		
• Cirugía cosmética • Atención dental (Adultos) • Tratamiento de infertilidad (diagnóstico de infertilidad cubierto)	• Atención a largo plazo • Enfermería privada	• Cuidado rutinario de los pies • Programas de pérdida de peso
Otros servicios cubiertos (Pueden aplicar limitaciones a estos servicios. Esta no es una lista completa. Por favor consulte el documento de su plan.)		
• Acupuntura • Cirugía bariátrica • Atención quiropráctica (25 visitas por año)	• Audífonos (1 por oído por período de 24 meses) • Atención no de emergencia cuando viaje fuera de los EE.UU.	• Cuidado ocular de rutina (Adulto)

Sus derechos para continuar la cobertura: Hay agencias que pueden ayudar si desea continuar su cobertura después de que termine. La información de contacto para esas agencias es: Para cobertura de salud grupal contacte al plan, Blue Cross and Blue Shield of Texas al 1-800-521-2227 o visite www.bcbstx.com. Para cobertura de salud grupal sujeta a ERISA (Employee Retirement Income Security Act/Ley de Seguridad de los Ingresos de Jubilación de los Empleados), contacte a la Administración de Seguridad de Beneficios para Empleados del Departamento de Trabajo de los EE.UU. al 1-866-444-EBSA (3272) o www.dol.gov/ebsa/healthreform. Para planes de salud grupales gubernamentales no federales, contacte al Departamento de Salud y Servicios Humanos, Centro de Información al Consumidor y Supervisión de Seguros, al 1-877-267-2323 x61565 o www.cciio.cms.gov. Los planes de iglesias no están cubiertos por las reglas federales de cobertura de continuación COBRA. Si la cobertura está asegurada, las personas deben contactar a su regulador estatal de seguros con respecto a sus posibles derechos a cobertura de continuación bajo la ley estatal. Otras opciones de cobertura también pueden estar disponibles para usted, incluyendo comprar cobertura de seguro individual a través del Mercado de Seguros de Salud. Para más información sobre el Mercado, visite www.HealthCare.gov o llame al 1-800-318-2596.

Sus derechos de Quejas y apelaciones: Existen agencias que pueden ayudar si tiene una queja contra su plan por la denegación de un reclamo. Esta queja se llama una queja o apelación. Para más información sobre sus derechos, consulte 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 más información sobre sus derechos, este aviso o asistencia, contacte: Para cobertura de salud grupal sujeta a ERISA: Blue Cross and Blue Shield of Texas al 1-800-521-2227 o visite www.bcbstx.com, la Administración de Seguridad de Beneficios para Empleados del Departamento de Trabajo de EE.UU. al 1-866-444-EBSA (3272) o www.dol.gov/ebsa/healthreform, y el Departamento de Seguros de Texas, Protección al Consumidor al 1-800-252-3439 o www.tdi.texas.gov. Para planes de salud grupales gubernamentales no federales y planes de iglesias que son planes de salud grupales, Blue Cross and Blue Shield of Texas al 1-800-521-2227 o www.bcbstx.com o contacte al Departamento de Seguros de Texas, Protección al Consumidor al 1-800-252-3439 o www.tdi.texas.gov. Además, un programa de asistencia al consumidor puede ayudarle a presentar su apelación. Contacte al Programa de Asistencia de Salud al Consumidor del Departamento de Seguros de Texas al 1-800-252-3439 o visite www.cms.gov/CCIIO/Resources/Consumer-Assistance-Grants/tx.html.

¿Proporciona este plan cobertura esencial mínima? Sí

La cobertura esencial mínima generalmente incluye planes, seguro de salud disponible a través del Mercado u otras pólizas del mercado individual, Medicare, Medicaid, CHIP, TRICARE, y cierta otra cobertura. Si usted es elegible para ciertos tipos de cobertura esencial mínima, puede que no sea elegible para el crédito fiscal de prima.

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

Si su plan no cumple con los estándares de valor mínimo, puede ser elegible para un crédito fiscal de prima para ayudarle a pagar por un plan a través del Mercado.

Servicios de acceso a idiomas:

Español (Español): Para obtener asistencia en Español, llame al 1-800-521-2227.

Tagalo (Tagalog): Kung kailangan ninyo ang tulong sa Tagalog tumawag sa 1-800-521-2227.

Chino (中文): 如果需要中文的帮助, 请拨打这个号码 1-800-521-2227.

Navajo (Dine): Dinek'ehgo shika at'ohwol ninisingo, kwijigo holne' 1-800-521-2227.

Para ver ejemplos de cómo este plan podría cubrir costos para una situación médica de muestra, vea la siguiente sección.

Acerca de estos ejemplos de cobertura:



Esto no es un estimador de costos. Los tratamientos mostrados son solo ejemplos de cómo este plan podría cubrir la atención médica. Sus costos reales serán diferentes dependiendo de la atención real que reciba, los precios que cobren sus proveedores y muchos otros factores. Concéntrese en las cantidades de participación en los costos (deducibles, copagos y coseguro) y los servicios excluidos bajo el plan. Use esta información para comparar la porción de costos que podría pagar bajo diferentes planes de salud. Tenga en cuenta que estos ejemplos de cobertura se basan en cobertura individual únicamente.

Peg está embarazada

(9 meses de atención prenatal dentro de la red y parto hospitalario)

• El deducible general del plan	\$1,250
• Copago de especialista	\$60
• Coseguro hospitalario (instalación)	20%
• Otro coseguro	20%

Este evento de EJEMPLO incluye servicios como:

Visitas al consultorio del especialista (*atención prenatal*)
 Servicios profesionales de parto
 Servicios de instalación de parto
Pruebas diagnósticas (*ultrasonidos y análisis de sangre*)
 Visita de especialista (*anestesia*)

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

En este ejemplo, Peg pagaría:

<u>Participación en costos</u>	
<u>Deducibles</u>	\$1,250
<u>Copagos</u>	\$40
<u>Coseguro</u>	\$2,000
<u>Lo que no está cubierto</u>	
Límites o exclusiones	\$60
El total que Peg pagaría es	\$3,350

Manejo de la diabetes tipo 2 de Joe (un año de atención rutinaria dentro de la red de una condición bien controlada)

• El deducible general del plan	\$1,250
• Copago de especialista	\$60
• Coseguro hospitalario (instalación)	20%
• Otro coseguro	20%

Este evento de EJEMPLO incluye servicios como:

Visitas al consultorio del médico de atención primaria (*incluyendo educación sobre la enfermedad*)
Pruebas diagnósticas (*análisis de sangre*)
Medicamentos con receta
Equipo médico duradero (*medidor de glucosa*)

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

En este ejemplo, Joe pagaría:

<u>Participación en costos</u>	
<u>Deducibles</u>	\$800
<u>Copagos</u>	\$800
<u>Coseguro</u>	\$0
<u>Lo que no está cubierto</u>	
Límites o exclusiones	\$20
El total que Joe pagaría es	\$1,620

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

• El deducible general del plan	\$1,250
• Copago de especialista	\$60
• Coseguro hospitalario (instalación)	20%
• Otro coseguro	20%

Este evento de EJEMPLO incluye servicios como:

Atención de sala de emergencias (*incluyendo suministros médicos*)
Prueba diagnóstica (*radiografía*)
Equipo médico duradero (*muletas*)
Servicios de rehabilitación (*terapia física*)

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

En este ejemplo, Mia pagaría:

<u>Participación en costos</u>	
<u>Deducibles</u>	\$1,250
<u>Copagos</u>	\$600
<u>Coseguro</u>	\$100
<u>Lo que no está cubierto</u>	
Límites o exclusiones	\$0
El total que Mia pagaría es	\$1,950

Aviso de No Discriminación



BlueCross BlueShield of Texas

La Cobertura de Atención Médica Es Importante Para Todos

No discriminamos por motivos de raza, color, origen nacional (incluyendo conocimiento limitado del inglés y primer idioma), edad, discapacidad o sexo (según se entiende en la regulación aplicable). Proporcionamos a las personas con discapacidades modificaciones razonables y ayudas de comunicación gratuitas para permitir una comunicación efectiva con nosotros. También proporcionamos servicios gratuitos de asistencia lingüística a personas cuyo primer idioma no es el inglés.

Para recibir modificaciones razonables, ayudas de comunicación o asistencia lingüística sin costo, por favor llámenos al 855-710-6984.

Si cree que no hemos proporcionado un servicio, o piensa que hemos discriminado de otra manera, puede presentar una queja con:

Oficina del Coordinador de Derechos Civiles

A la atención de: Oficina del Coordinador de Derechos Civiles

300 E. Randolph St., Piso 35

Chicago, IL 60601

Teléfono: 855-664-7270 (correo de voz)

TTY/TDD: 855-661-6965

Fax: 855-661-6960

Correo electrónico: civilrightscoordinator@bcbsil.com

Puede presentar una queja por correo, fax o correo electrónico. Si necesita ayuda para presentar una queja, por favor llame al número de teléfono gratuito que aparece en el reverso de su tarjeta de identificación (TTY: 711).

Puede presentar una queja de derechos civiles con el Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE.UU., Oficina de Derechos Civiles, en:

Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE.UU.

200 Independence Avenue SW

Sala 509F, Edificio HHH

Washington, DC 20201

Teléfono: 800-368-1019

TTY/TDD: 800-537-7697

Portal de Quejas:

ocrportal.hhs.gov/ocr/smartscreen/main.jsf

hhs.gov/civil-rights/filing-a-complaint/index.html

Formularios de Quejas:

Este aviso está disponible en nuestro sitio web en bcbstx.com/legal-and-privacy/non-discrimination-notice

ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. También están disponibles de forma gratuita ayuda y servicios auxiliares apropiados para proporcionar información en formatos accesibles. Llame al 855-710-6984 (TTY: 711) o hable con su proveedor

Español Spanish	ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. También están disponibles de forma gratuita ayuda y servicios auxiliares apropiados para proporcionar información en formatos accesibles. Llame al 855-710-6984 (TTY: 711) o hable con su proveedor.
العربية Arabic	تنبيه: إذا كنت تتحدث اللغة العربية، فستتوفر لك خدمات المساعدة اللغوية المجانية. كما تتوفر وسائل مساعدة وخدمات مناسبة لتوفير المعلومات بتنسيقات يمكن الوصول إليها مجانًا. اتصل على الرقم 855-710-6984 (TTY: 711) أو تحدث إلى مقدم الخدمة.

bcbstx.com

TX1557_ENG_20250410

Blue Cross and Blue Shield of Texas, una división de Health Care Service Corporation, compañía mutua de reserva legal, un concesionario independiente de Blue Cross and Blue Shield Association

中文 Chinese	注意：如果您说中文，我们将免费为您提供语言协助服务。我们还免费提供适当的辅助工具和服务，以无障碍格式提供信息。致电 855-710-6984（文本电话：711）或咨询您的服务提供商。
Français French	ATTENTION : Si vous parlez Français, des services d'assistance linguistique gratuits sont à votre disposition. Des aides et services auxiliaires appropriés pour fournir des informations dans des formats accessibles sont également disponibles gratuitement. Appelez le 855-710-6984 (TTY : 711) ou parlez à votre fournisseur.
Deutsch German	ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlose Sprachassistentendienste zur Verfügung. Entsprechende Hilfsmittel und Dienste zur Bereitstellung von Informationen in barrierefreien Formaten stehen ebenfalls kostenlos zur Verfügung. Rufen Sie 855-710-6984 (TTY: 711) an oder sprechen Sie mit Ihrem Provider.
ગુજરાતી Gujarati	ધ્યાન આપો: જો તમે ગુજરાતી બોલતા હો તો મફત ભાષાકીય સહાયતા સેવાઓ તમારા માટે ઉપલબ્ધ છે. યોગ્ય ઓફિસિયલ સહાય અને એક્સેસિબલ ફોર્મેટમાં માહિતી પૂરી પાડવા માટેની સેવાઓ પણ વિના મૂલ્યે ઉપલબ્ધ છે. 855-710-6984 (TTY: 711) પર કોલ કરો અથવા તમારા પ્રદાતા સાથે વાત કરો.
हिंदी Hindi	ध्यान दें: यदि आप हिंदी बोलते हैं, तो आपके लिए निःशुल्क भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध होती हैं। सुलभ प्रारूपों में जानकारी प्रदान करने के लिए उपयुक्त सहायक साधन और सेवाएँ भी निःशुल्क उपलब्ध हैं। 855-710-6984 (TTY: 711) पर कॉल करें या अपने प्रदाता से बात करें।
Italiano Italian	ATTENZIONE: se parli Italiano, sono disponibili servizi di assistenza linguistica gratuiti. Sono inoltre disponibili gratuitamente ausili e servizi ausiliari adeguati per fornire informazioni in formati accessibili. Chiama l'855-710-6984 (tty: 711) o parla con il tuo fornitore.
한국어 Korean	주의: 한국어를 사용하시는 경우 무료 언어 지원 서비스를 이용하실 수 있습니다. 이용 가능한 형식으로 정보를 제공하는 적절한 보조 기구 및 서비스도 무료로 제공됩니다. 855-710-6984(TTY: 711)번으로 전화하거나 서비스 제공업체에 문의하십시오.
Diné Navajo	SHOOH: Diné bee yániltígogo, saad bee aná'awo' bee áka'anída'awo'ít'áá jiik'éh ná hólq. Bee ahił hane'go bee nida'anishí t'áá ákodaat'éhígíí dóó bee áka'anída'wo'í áko bee baa hane'í bee hadadilyaa bich'í' ahoot'í'ígíí éí t'áá jiik'éh hólq. Kohjì' 855-710-6984 (TTY: 711) hodíilnih doodago nika'análwo'í bich'í' hanidziih.
Farsi	توجه: اگر فارسی صحبت می کنید، خدمات پشتیبانی زبانی رایگان در دسترس شما قرار دارد. همچنین کمک ها و خدمات پشتیبانی مناسب برای ارائه اطلاعات در قالب های قابل دسترس، به طور رایگان موجود می باشند. با شماره 855-710-6984 (تله تایپ: 711) تماس بگیرید یا با ارائه دهنده خود صحبت کنید.
Polski Polish	UWAGA: Osoby mówiące po polsku mogą skorzystać z bezpłatnej pomocy językowej. Dodatkowe pomoce i usługi zapewniające informacje w dostępnych formatach są również dostępne bezpłatnie. Zadzwoń pod numer 855-710-6984 (TTY: 711) lub porozmawiaj ze swoim dostawcą.
РУССКИЙ Russian	ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русский, вам доступны бесплатные услуги языковой поддержки. Соответствующие вспомогательные средства и услуги по предоставлению информации в доступных форматах также предоставляются бесплатно. Позвоните по телефону 855-710-6984 (TTY: 711) или обратитесь к своему поставщику услуг.
Tagalog Tagalog	PAALALA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, magagamit mo ang mga libreng serbisyonang tulong sa wika. Magagamit din nang libre ang mga naaangkop na auxiliary na tulong at serbisyo upang magbigay ng impormasyon sa mga naa-access na format. Tumawag sa 855-710-6984 (TTY: 711) o makipag-usap sa iyong provider.
اردو Urdu	توجه دیں: اگر آپ اردو بولتے ہیں، تو آپ کے لیے زبان کی مفت مدد کی خدمات دستیاب ہیں۔ قابل رسائی فارمیٹس میں معلومات فراہم کرنے کے لیے مناسب معاون امداد اور خدمات بھی مفت دستیاب ہیں۔ 855-710-6984 (TTY: 711) پر کال کریں یا اپنے فراہم کنندہ سے بات کریں۔
Việt Vietnamese	LƯU Ý: Nếu bạn nói tiếng Việt, chúng tôi cung cấp miễn phí các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ. Các hỗ trợ dịch vụ phù hợp để cung cấp thông tin theo các định dạng dễ tiếp cận cũng được cung cấp miễn phí. Vui lòng gọi theo số 855-710-6984 (Người khuyết tật: 711) hoặc trao đổi với người cung cấp dịch vụ của bạn.