




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, llame al 844-633-5325 o visítenos en <https://www.bswhealthplan.com/Group/Pages/Default.aspx#large>. 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 [HealthCare.gov/sbc-glossary](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary) o llamar al 844-633-5325 para pedir una copia.

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué es importante:
¿Cuánto es el deducible total ?	\$3,400 por miembro / \$6,800 por familia	Generalmente, debe pagar todos los costos de los proveedores hasta el monto deducible antes de que este plan comience a pagar. Si tiene otros miembros de la familia en el plan , cada miembro de la familia debe cubrir su propio deducible individual hasta que el monto total de los gastos deducibles pagados por todos los miembros de la familia alcance el deducible general de la familia.
¿Hay servicios cubiertos antes de alcanzar su deducible ?	Si. La atención preventiva y los medicamentos preventivos de Affordable Care Act (ACA) están cubiertos antes de que alcance su deducible .	Este plan cubre algunos artículos y servicios incluso si aún no ha alcanzado el monto del deducible . Pero se puede aplicar un copago o coseguro . Por ejemplo, este plan cubre ciertos servicios preventivos sin costos compartidos y antes de que alcance su deducible . Consulte una lista de servicios preventivos cubiertos en https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/ .
¿Hay otros deducibles para servicios específicos?	No	No es necesario que cumpla con deducibles para servicios específicos.
¿Cuánto es el límite de gastos de bolsillo para este plan ?	\$6,900 por miembro / \$13,800 por familia	El límite de desembolso personal es lo máximo que podría pagar en un año por los servicios cubiertos. Si tiene otros miembros de la familia en este plan , deben cumplir con sus propios límites de gastos de bolsillo hasta que se haya alcanzado el límite general de gastos de bolsillo de la familia.
¿Qué es lo que no está incluido en el límite de gastos de bolsillo ?	Las primas y el cuidado de la salud este plan no cubrir.	Aunque pague estos gastos, no cuentan para el límite de desembolso personal.
¿Pagará menos si acude a un proveedor dentro de la red ?	Si. Visite https://www.bswhealthplan.com/Pages/Provider.aspx o llame al 844-633-5325 para obtener una lista de proveedores de la red .	Este plan utiliza una red de proveedores . Pagará menos si utiliza un proveedor de la red del plan . Pagará más si utiliza un proveedor fuera de la red , y es posible que reciba una factura de un proveedor por la diferencia entre el cargo del proveedor y lo que paga su plan (facturación del saldo). Tenga en cuenta que su proveedor de la red puede utilizar un proveedor fuera de la red para algunos servicios (como análisis de laboratorio). Consulte con su proveedor antes de recibir servicios.

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué es importante:
¿Necesita una derivación para atenderse con un especialista ?	No	Puede consultar al especialista que elija sin una remisión .

 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	Adulto: Copago de 25% después el deducible Pediátrico: Copago de 25% después el deducible	No cubierto	Ninguna
	Consulta con un especialista	Copago de 25% después de deducible	No cubierto	
	Atención preventiva/ evaluación/vacunas	Sin cargo, no se aplica el deducible	No cubierto	
Si se realiza un examen	Exámenes de diagnóstico (radiografías, análisis de sangre)	Copago de 25% después el deducible	No cubierto	Ninguna
	Diagnóstico por imágenes (tomografía computarizada/ tomografía por emisión de positrones, imágenes por resonancia magnética)	Copago de 25% después el deducible	No cubierto	Se denegarán los servicios que requieran autorización previa y que no estén autorizados previamente . Consulte BSWHealthPlan.com o llame al 844-633-5325.

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 necesita un medicamento para tratar su enfermedad o condición médica. Hay más información disponible sobre la cobertura de medicamentos con receta médica en BSWHealthPlan.com/Group/Pages/Pharmacy .	Medicamentos preventivos de Affordable Care Act (ACA)	Sin cargo, no se aplica el deducible	No cubierto	L Los copagos son por suministro de 30 días. Se permiten medicamentos de mantenimiento hasta un suministro de 90 días por 2.5 copagos si se obtienen a través de una farmacia participante. Pedido por correo: disponible para un suministro de 1 a 90 días. Medicamentos que no son de mantenimiento obtenidos mediante pedido por correo se limitan a un suministro máximo de 30 días. Los medicamentos especializados son limitados a un suministro de 30 días. Los medicamentos preventivos crónicos del Plan de salud con deducible alto (High Deductible Health Plan, HDHP) no están sujetos al deducible . Las recetas de insulina del formulario tienen un copago máximo de \$25 por receta por suministro de 30 días. Si se solicita un medicamento de marca cuando un genérico equivalente está disponible, el miembro es responsable del copago no preferido más la diferencia en el costo del medicamento de marca y el medicamento genérico equivalente.
	Nivel 1: Medicamentos genéricos preferidos	Copago de \$5 por receta, después el deducible	No cubierto	
	Nivel 2: Medicamentos genéricos no preferidos	Copago de \$15 por receta, después el deducible	No cubierto	
	Nivel 3: Medicamentos de marca preferida	Copago de \$60 por receta, después el deducible	No cubierto	
	Nivel 4: Medicamentos de marca no preferida	Copago de \$130 por receta, después el deducible	No cubierto	
	Medicamentos especializados	Nivel 1: Copago de \$125 por receta, después el deducible Nivel 2: Copago de \$200 por receta, después el deducible Nivel 3: Copago de \$400 por receta, después el deducible	No cubierto	
Si le hacen una cirugía ambulatoria	Tarifa del centro (p. ej., centro de cirugía ambulatoria)	Copago de 25% después de deducible	No cubierto	Se denegarán los servicios que requieran autorización previa y que no estén autorizados previamente . Consulte BSWHealthPlan.com o llame al 844-633-5325.
	Tarifas del médico/cirujano	Copago de 25% después de deducible	No cubierto	

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 necesita atención médica inmediata	Atención en la Sala de Emergencias	Copago de \$750 por visita, más 25% de <u>copago</u> después el <u>deducible</u>	Copago de \$750 por visita, más 25% de <u>copago</u> después el <u>deducible</u>	El <u>copago</u> de la sala de emergencias no se aplica si el episodio resulta en una <u>hospitalización</u> por la misma afección dentro de las 24 horas.
	Transporte médico de emergencia	Copago de \$750 por servicio, más un 25% de <u>copago</u> después el <u>deducible</u>	Copago de \$750 por servicio, más un 25% de <u>copago</u> después el <u>deducible</u>	Ninguna
	Atención de urgencia	Copago de 25% después el <u>deducible</u>	Copago de 25% después de <u>educible</u>	
Si necesita hospitalización	Tarifa del centro (p. ej., habitación del hospital)	Copago de 25% después el <u>deducible</u>	No cubierto	Se denegarán los servicios que requieran <u>autorización previa</u> y que no estén <u>autorizados previamente</u> . Consulte BSWHealthPlan.com o llame al 844-633-5325.
	Tarifas del médico/cirujano	Copago de 25% después el <u>deducible</u>	No cubierto	
Si necesita servicios de salud mental, salud conductual o de abuso de sustancias	Servicios para pacientes ambulatorios	Adulto: <u>Copago</u> de 25% después el <u>deducible</u> Pediátrico: <u>Copago</u> de 25% después el <u>deducible</u>	No cubierto	Se denegarán los servicios que requieran <u>autorización previa</u> y que no estén <u>autorizados previamente</u> . Consulte BSWHealthPlan.com o llame al 844-633-5325.
	Servicios para pacientes hospitalizados	<u>Copago</u> de 25% después el <u>deducible</u>	No cubierto	
Si está embarazada	Visitas al consultorio	<u>Copago</u> de 25% después el <u>deducible</u>	No cubierto	El <u>costo compartido</u> no se aplica a la <u>atención preventiva</u> . Dependiendo del tipo de servicios, se puede aplicar un <u>copago</u> , <u>coseguro</u> o <u>deducible</u> . La atención de maternidad puede incluir pruebas y servicios descritos en otras partes del SBC (es decir, ultrasonido).
	Servicios profesionales para el nacimiento y el parto	<u>Copago</u> de 25% después el <u>deducible</u>	No cubierto	La atención hospitalaria para la madre y el recién nacido en un centro de atención médica está cubierta por un mínimo de 48 horas después de un parto vaginal sin
	Servicios hospitalarios para el nacimiento y el parto	<u>Copago</u> de 25% después el <u>deducible</u>	No cubierto	

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)	
				complicaciones y 96 horas después de un parto por cesárea sin complicaciones.

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 necesita servicios de recuperación o tiene otras necesidades especiales de salud	Atención médica en el hogar	<u>Copago</u> de 25% después el deducible	No cubierto	Limitado a 60 visitas por año de contrato. Se denegarán los servicios que requieran autorización previa y que no estén autorizados previamente. Consulte BSWHealthPlan.com o llame al 844-633-5325.
	Servicios de rehabilitación	<u>Copago</u> de 25% después el deducible	No cubierto	Limitado a 35 visitas para servicios de rehabilitación y 35 visitas para servicios de habilitación por año de contrato. El límite se combina para fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla. No se aplican límites para terapias para niños con retrasos en el desarrollo, trastornos del espectro autista y servicios de salud mental. Se denegarán los servicios que requieran autorización previa y que no estén autorizados previamente. Consulte BSWHealthPlan.com o llame al 844-633-5325.
	Servicios de habilitación	<u>Copago</u> de 25% después el deducible	No cubierto	
	Atención de enfermería especializada	<u>Copago</u> de 25% después el deducible	No cubierto	Limitado a 25 días por año de contrato. Se denegarán los servicios que requieran autorización previa y que no estén autorizados previamente. Consulte BSWHealthPlan.com o llame al 844-633-5325.
	Equipo médico duradero	<u>Copago</u> de 25% después el deducible	No cubierto	Se denegarán los servicios que requieran autorización previa y que no estén autorizados previamente. Consulte BSWHealthPlan.com o llame al 844-633-5325.
	Servicios en un programa de cuidados paliativos	<u>Copago</u> de 25% después el deducible	No cubierto	
Si su hijo necesita servicios dentales o de la vista	Examen de la vista para niños	<u>Copago</u> de 25% después el deducible	No cubierto	Limitado a un examen de la vista por año de contrato.
	Anteojos para niños	No cubierto	No cubierto	Ninguna
	Control dental para niños	No cubierto	No cubierto	Ninguna

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 cosmética
- Atención dental (adultos y niños)
- Tratamiento de la infertilidad
- Atención a largo plazo
- Atención médica que no sea de emergencia cuando viaje fuera de los EE. UU.
- Atención de rutina de los pies
- Programas para la 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 (Limitado a 35 visitas por año de contrato)
- Audífonos (Limitado a un dispositivo por oído cada 3 años para miembros hasta la edad de 18)
- Enfermería privada cuando está [médicamente necesario](#) y [preautorizado](#) (Limitaciones aplicar cuando se usa bajo la [atención médica en el hogar](#))
- Cuidado rutinario de los ojos (Adulto y Niño) (Limitado a un examen ocular anual realizado por un oftalmólogo u optometrista autorizado)

Su derecho a continuar con la cobertura: Hay agencias que pueden ayudarlo si desea continuar con su cobertura después de que finalice. La información de contacto de esas agencias es Baylor Scott & White Health Plan al 844-633-5325 o [BSWHealthPlan.com](#); Administración de Seguridad de Beneficios para Empleados del Departamento de Trabajo al 866-444-EBSA (3272) o [DOL.gov/ebsa/healthreform](#). Es posible que usted también tenga otras opciones de cobertura, incluida la compra de 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 800-318-2596.

Su derecho a presentar una queja o una apelación: Hay agencias que pueden ayudarlo si tiene una queja contra su [plan](#) por la denegación de una [reclamación](#). Esta queja se llama [queja](#) o [apelación](#). Para obtener más información sobre sus derechos, consulte la explicación de los beneficios que recibirá por ese reclamo médico. Los documentos de su [plan](#) también brindan información completa sobre cómo enviar un [reclamo](#), [apelación](#) o [queja formal](#) por cualquier motivo a su [plan](#). Para obtener más información sobre sus derechos, este aviso o asistencia, comuníquese con: Baylor Scott & White Health Plan al 844-633-5325 o [BSWHealthPlan.com](#); La Administración de Seguridad de Beneficios para Empleados del Departamento de Trabajo al 866-444-EBSA (3272) o [DOL.gov/ebsa/healthreform](#); Departamento de Seguros de Texas al 1-800-578-4677 o [TDI.texas.gov](#).

¿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 844-633-5325.

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

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](#) \$3,400
- [Especialistas copago](#) 25%
- Hospital (establecimiento) [copago](#) 25%
- Otros [copago](#) 25%

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](#) \$3,400
- [Especialistas copago](#) 25%
- Hospital (establecimiento) [copago](#) 25%
- Otros [copago](#) 25%

Fractura simple de Mía

(visita a la Sala de Emergencias dentro de la red y atención de seguimiento)

- El [deducible](#) general del [plan](#) \$3,400
- [Especialistas copago](#) 25%
- Hospital (establecimiento) [copago](#) 25%
- Otros [copago](#) 25%

Este EJEMPLO de evento incluye servicios como:

Visitas al consultorio del [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*)

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*)

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	\$12,700
--------------------------------	-----------------

En este ejemplo, Peg pagaría:

Costos compartidos

Deducibles	\$3,400
Copagos	\$2,400
Coseguro	\$0

Lo que no está cubierto

Límites o exclusiones	\$60
-----------------------	------

El total que Peg pagaría es	\$5,860
------------------------------------	----------------

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

En este ejemplo, Joe pagaría:

Costos compartidos

Deducibles	\$3,400
Copagos	\$370
Coseguro	\$0

Lo que no está cubierto

Límites o exclusiones	\$20
-----------------------	------

El total que Joe pagaría es	\$3,790
------------------------------------	----------------

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

En este ejemplo, Mia pagaría:

Costos compartidos

Deducibles	\$2,800
Copagos	\$300
Coseguro	\$0

Lo que no está cubierto

Límites o exclusiones	\$0
-----------------------	-----

El total que Mia pagaría es	\$3,100
------------------------------------	----------------

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

Aviso de No Discriminación



ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-844-633-5325 (TTY: 711).

Baylor Scott & White Health Plan cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. Baylor Scott & White Health Plan no excluye a las personas ni las trata de forma diferente debido a su origen étnico, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo.

Baylor Scott & White Health Plan:

- Proporciona asistencia y servicios gratuitos a las personas con discapacidades para que se comuniquen de manera eficaz con nosotros, como los siguientes:
 - Información escrita en otros formatos (letra grande y formatos electrónicos accesibles)
- Proporciona servicios lingüísticos gratuitos a personas cuya lengua materna no es el inglés, como los siguientes:
 - Intérpretes capacitados
 - Información escrita en otros idiomas

Si necesita estos servicios, comuníquese con el Oficial de Cumplimiento de Baylor Scott & White Health Plan al 1-214-820-8888 o envíe un correo electrónico a HPCompliance@BSWHealth.org.

Si cree que Baylor Scott & White Health Plan no ha brindado estos servicios o ha sido discriminado de otra manera por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, puede presentar una queja formal con:

Baylor Scott & White Health Plan, Compliance Officer
1206 West Campus Drive, Suite 151
Temple, Texas 76502

Línea de ayuda de cumplimiento; 1-888-484-6977 o <https://app.mycompliancereport.com/report?cid=swhp>

Puede presentar una queja en persona o por correo, en línea o por correo electrónico. Si necesita ayuda para presentar un reclamo, el Oficial de Cumplimiento está disponible para ayudarlo.

También puede presentar un reclamo de derechos civiles ante la Office for Civil Rights (Oficina de Derechos Civiles) del Department of Health and Human Services (Departamento de Salud y Servicios Humanos) de EE. UU. de manera electrónica a través de Office for Civil Rights Complaint Portal, disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o bien, por correo postal a la siguiente dirección o por teléfono a los números que figuran a continuación:

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

Puede obtener los formularios de reclamo en el sitio web <https://www.hhs.gov/civil-rights/filing-a-complaint/index.html>.

English:

ATTENTION: If you speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-844-633-5325 (TTY: 711).

Spanish:

ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-844-633-5325 (TTY: 711).

Vietnamese:

CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 1-844-633-5325 (TTY: 711).

Chinese:

注意: 如果 使用繁體中文, 可以免費獲得語言援助服務。請致電 1-844-633-5325 (TTY: 711)。

Korean:

주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 1-844-633-5325 (TTY: 711) 번으로 전화해 주십시오.

Arabic:

هاتف الصم والبكم: 711. ملحوظة: إذا كنت تتحدث اذكر اللغة، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم 1-844-633-5325 (رقم 844-633-5325-1)

Urdu:

کریں (1-844-633-5325 (TTY: 711) خبردار: اگر آپ اردو بولتے ہیں، تو آپ کو زبان کی مدد کی خدمات مفت میں دستیاب ہیں۔ کال

Tagalog:

PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 1-844-633-5325 (TTY: 711).

French:

ATTENTION : Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le 1-844-633-5325 (ATS : 711).

Hindi:

ध्यान दें: यदि आप हिंदी बोलते हैं तो आपके लिए मुफ्त में भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध हैं। 1-844-633-5325 (TTY: 711) पर कॉल करें।

Persian:

فراهم می باشد. با 1-844-633-5325 (TTY: 711) تماس بگیرید. توجه: اگر به زبان فارسی گفتگو می کنید، تسهیلات زبانی بصورت رایگان برای شما

German:

ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung. Rufnummer: 1-844-633-5325 (TTY: 711).

Gujarati:

સુચના: જો તમે ગુજરાતી બોલતા હો, તો નિ:શુલ્ક ભાષા સહાય સેવાઓ તમારા માટે ઉપલબ્ધ છે. ફોન કરો 1-844-633-5325 (TTY: 711).

Russian:

ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 1-844-633-5325 (телетайп: 711).

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。1-844-633-5325 (TTY: 711) まで、お電話にてご連絡ください。

Laotian:

ໂປດຊາບ: ຖ້າວ່າທ່ານເວົ້າພາສາລາວ, ການບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາ, ໂດຍບໍ່ເສຍຄ່າ, ແມ່ນມີພ້ອມໃຫ້ທ່ານ. ໂທ 1-844-633-5325 (TTY: 711).