



El documento del Resumen de Beneficios y de Cobertura (SBC, en inglés) lo ayudará a elegir el seguro de gastos médicos. En el SBC se muestra de qué manera compartirán usted y el plan los costos de los servicios de atención médica incluidos. **NOTA:** La información acerca del costo de este plan (llamado prima de la póliza) se proporcionará por separado. Este es solo un resumen. Para obtener más información acerca de su cobertura o si desea obtener una copia de los términos completos de la cobertura, llame al 1-800-828-3116 o visite www.bcbsil.com. Consulte el glosario para obtener información acerca de las definiciones generales de términos comunes, como cantidad aprobada, factura con saldo adicional, coseguro, copago, deducible, proveedor u otro de los términos subrayados. Puede consultar el glosario en <https://www.cms.gov/files/document/uniform-glossary-spanish-060723.pdf> 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?	Dentro de la red: \$2,000 individual/\$6,000 familiar Fuera de la red: \$4,000 individual/\$12,000 familiar	Por lo general, usted tiene que 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 tiene que alcanzar el <u>deducible</u> individual hasta que el monto total de los gastos del <u>deducible</u> pagados por todos los miembros de la familia alcance el <u>deducible</u> general familiar.
¿Hay algún servicio incluido antes de alcanzar el <u>deducible</u> ?	Sí. Cierta <u>atención médica preventiva</u> , los servicios que cobran un <u>copago</u> , los <u>medicamentos con receta</u> y los servicios en la sala de emergencias están incluidos antes de que alcance su <u>deducible</u> .	Este <u>plan</u> incluye algunos artículos y servicios incluso si aún no alcanza el monto del <u>deducible</u> . Sin embargo, se puede aplicar un <u>copago</u> o <u>coseguro</u> . Por ejemplo, este <u>plan</u> incluye determinados <u>servicios de prevención</u> sin <u>gastos compartidos</u> y antes de que alcance su <u>deducible</u> . Puede consultar una lista de los <u>servicios de prevención</u> incluidos en www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/ .
¿Hay otros <u>deducibles</u> para servicios específicos?	No.	No necesita alcanzar los <u>deducibles</u> para servicios específicos.
¿Cuál es el <u>límite de gasto de bolsillo</u> para este <u>plan</u> ?	Dentro de la red: \$5,350 individual/\$11,450 familiar Fuera de la red: \$10,700 individual/\$22,900 familiar Límite de gastos para <u>medicamentos con receta</u> : \$1,000 individual/\$2,000 familiar	El <u>límite de gasto de bolsillo</u> es lo máximo que podría pagar en un año por los servicios incluidos. Si tiene otros miembros de la familia en este <u>plan</u> , tienen que alcanzar sus propios <u>límites de gasto de bolsillo</u> hasta alcanzar el <u>límite de gasto de bolsillo</u> familiar general.
¿Cuáles son los gastos no incluidos en el <u>límite de gasto de bolsillo</u> ?	Primas de la póliza, cargos por <u>facturas con saldo adicional</u> y atención médica que este <u>plan</u> no incluye.	Aunque usted pague estos gastos, no se los contabiliza para el <u>límite de gasto de bolsillo</u> .
¿Pagará menos si acude a un <u>proveedor que forma parte de la red</u> ?	Sí. Consulte en www.bcbsil.com o llame al 1-800-828-3116 para obtener un listado de <u>proveedores que forman parte de la red</u> .	Este <u>plan</u> utiliza una <u>red de proveedores</u> . Usted pagará menos si acude a un <u>proveedor</u> que forma parte de la <u>red del plan</u> . Usted pagará más si acude a un <u>proveedor</u> que no forma parte de la <u>red</u> , y es posible que reciba una factura de un <u>proveedor</u> por la diferencia entre el cargo del <u>proveedor</u> y lo que paga el <u>plan</u> (<u>factura con saldo adicional</u>). Tenga en cuenta que su <u>proveedor que forma parte de la red</u> puede trabajar con un <u>proveedor que no forma parte de la red</u> para la prestación de algunos servicios (por ejemplo, análisis de laboratorio). Consulte con su <u>proveedor</u> antes de recibir los servicios.
¿Necesita un <u>referido</u> para consultar con un <u>especialista</u> ?	No.	Puede consultar con el <u>especialista</u> que usted elija sin un <u>referido</u> .



Todos los costos de **copagos** y **coseguros** que se muestran en este cuadro son después de alcanzar el **deducible**, en caso de que este se aplique.

Evento médico común	Los servicios que podría necesitar	Qué deberá pagar		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor que forma parte de la red (usted pagará menos)	Proveedor que no forma parte de la red (usted pagará más)	
Si visita el consultorio o la clínica de un <u>proveedor de atención médica</u>	Consulta de atención primaria para tratar una enfermedad o lesión	\$30 de <u>copago</u> por consulta; no se aplica el <u>deducible</u>	40% de <u>coseguro</u>	La cobertura incluye MDLive. MDLive tiene \$0 de <u>copago</u> . Consulte su certificado de beneficios* para obtener detalles.
	Consulta con un <u>especialista</u>	\$50 de <u>copago</u> por consulta; no se aplica el <u>deducible</u>	40% de <u>coseguro</u>	Ninguna
	<u>Atención médica preventiva/exámenes de detección/vacunas</u>	Sin cargo; no se aplica el <u>deducible</u>	40% de <u>coseguro</u>	Es posible que deba pagar por servicios que no sean <u>preventivos</u> . Consulte con su <u>proveedor</u> si los servicios que usted necesita son <u>preventivos</u> . Luego, consulte lo que pagará su <u>plan</u> .
Si tiene que hacerse una prueba	<u>Pruebas de diagnóstico</u> (radiografía, análisis de sangre)	20% de <u>coseguro</u>	40% de <u>coseguro</u>	Puede que se requiera <u>autorización previa</u> ; consulte su certificado de beneficios* para obtener detalles.
	Diagnóstico por imágenes (tomografía computarizada/tomografía por emisión de positrones, resonancia magnética)	20% de <u>coseguro</u>	40% de <u>coseguro</u>	

* Para obtener más información acerca de las limitaciones y excepciones, consulte el documento de la póliza o el plan en www.bcbsil.com.

Evento médico común	Los servicios que podría necesitar	Qué deberá pagar		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor que forma parte de la red (usted pagará menos)	Proveedor que no forma parte de la red (usted pagará más)	
Si necesita medicamentos para tratar su enfermedad o afección Hay más información sobre la cobertura para medicamentos con receta disponible en www.bcbsil.com	Medicamentos genéricos	\$10 de <u>copago</u> por receta médica (en locales comerciales) \$20 de <u>copago</u> por receta médica (con entrega a domicilio); no se aplica el <u>deducible</u>	\$10 de <u>copago</u> por receta médica (en locales comerciales); no se aplica el <u>deducible</u>	Para medicamentos de mantenimiento conforme a 90-Day My Way: Suministro para 90 días en locales comerciales o con entrega a domicilio. Para todos los demás medicamentos: Suministro para 34 días en locales comerciales. Suministro para 90 días con entrega a domicilio.
	Medicamentos de marca preferidos	\$60 de <u>copago</u> por receta médica (en locales comerciales) \$120 de <u>copago</u> por receta médica (con entrega a domicilio); no se aplica el <u>deducible</u>	\$60 de <u>copago</u> por receta médica (en locales comerciales); no se aplica el <u>deducible</u>	Límite de gastos de bolsillo para medicamentos con receta: \$1,000 individual/\$2,000 familiar Si acude a un <u>proveedor</u> de medicamentos que no forma parte de la red, usted deberá pagar un 25% del monto elegible después del <u>copago</u> . Puede requerirse el pago de la diferencia de costos entre el medicamento de marca y el genérico, si un medicamento genérico está disponible.
	Medicamentos de marca no preferidos	\$105 de <u>copago</u> por receta médica (en locales comerciales) \$210 de <u>copago</u> por receta médica (con entrega a domicilio); no se aplica el <u>deducible</u>	\$105 de <u>copago</u> por receta médica (en locales comerciales); no se aplica el <u>deducible</u>	Ciertos <u>servicios de prevención</u> individuales estarán incluidos sin costo para el asegurado. Para obtener una lista completa de estos medicamentos con receta o servicios, comuníquese con Servicio al Cliente.
	Medicamentos especializados	\$10/\$60/\$105 de <u>copago</u> por receta médica (en locales comerciales); no se aplica el <u>deducible</u>	Sin cobertura	Para recibir beneficios que forman parte de la red, deben obtenerse a través de Prime Specialty Pharmacy. La cobertura para <u>medicamentos especializados</u> se basa en la póliza de grupo. Puede que se requiera autorización previa. Los medicamentos especializados en locales comerciales se limitan a un suministro para 30 días.

Evento médico común	Los servicios que podría necesitar	Qué deberá pagar		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor que forma parte de la red (usted pagará menos)	Proveedor que no forma parte de la red (usted pagará más)	
Si requiere una cirugía para pacientes no hospitalizados	Arancel del centro (p. ej., centro de cirugía para pacientes no hospitalizados)	20% de <u>coseguro</u>	40% de <u>coseguro</u>	Puede que se requiera <u>autorización previa</u> .
	Honorarios del médico o cirujano	20% de <u>coseguro</u>	40% de <u>coseguro</u>	Ninguna
Si requiere atención médica inmediata	<u>Atención en la sala de emergencias</u>	Cargos del centro: \$300 de <u>copago</u> por consulta; no se aplica el <u>deducible</u> Cargos médicos en la sala de emergencias: Sin cargo: no se aplica el <u>deducible</u>	Cargos del centro: \$300 de <u>copago</u> por consulta; no se aplica el <u>deducible</u> Cargos médicos en la sala de emergencias: Sin cargo: no se aplica el <u>deducible</u>	Se elimina el <u>copago</u> si es ingresado al hospital. Las consultas en la sala de emergencias tienen un <u>copago</u> según la cantidad de consultas de \$300 por 1 o 2 consultas en un año calendario, \$500 por 3 o 4 consultas en un año calendario y \$750 por más de 5 consultas en un año calendario.
	<u>Transporte médico de emergencia</u>	20% de <u>coseguro</u>	20% de <u>coseguro</u>	Es posible que se requiera <u>autorización previa</u> para transporte que no sea de emergencia; consulte su certificado de beneficios* para obtener detalles.
	<u>Atención médica inmediata</u>	\$50 de <u>copago</u> por consulta; no se aplica el <u>deducible</u>	\$50 de <u>copago</u> por consulta; no se aplica el <u>deducible</u>	Ninguna
Si tiene una estadía en un hospital	Arancel del centro (p. ej., habitación del hospital)	20% de <u>coseguro</u>	40% de <u>coseguro</u>	Se requiere <u>autorización previa</u> .
	Honorarios del médico o cirujano	20% de <u>coseguro</u>	40% de <u>coseguro</u>	Ninguna
Si necesita atención de salud mental, de salud conductual o tratamiento para el abuso de sustancias	Servicios para pacientes no hospitalizados	\$30 de <u>copago</u> por visita al consultorio; no se aplica el <u>deducible</u> ; 20% de <u>coseguro</u> por otros servicios para pacientes no hospitalizados	40% de <u>coseguro</u>	MDLive tiene \$0 de <u>copago</u> . Consulte su certificado de beneficios* para obtener detalles. Puede que se requiera <u>autorización previa</u> ; consulte su certificado de beneficios* para obtener detalles.
	Servicios para pacientes internados	20% de <u>coseguro</u>	40% de <u>coseguro</u>	Se requiere <u>autorización previa</u> .

Evento médico común	Los servicios que podría necesitar	Qué deberá pagar		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor que forma parte de la red (usted pagará menos)	Proveedor que no forma parte de la red (usted pagará más)	
Si está embarazada	Visitas al consultorio	\$30 de copago por consulta con un médico de atención primaria (PCP, en inglés)/\$50 con un especialista (SPC, en inglés); no se aplica el <u>deducible</u>	40% de <u>coseguro</u>	El <u>copago</u> se aplica a la primera consulta prenatal (por embarazo). Los <u>gastos compartidos</u> no se aplican a los <u>servicios de prevención</u> . Según el tipo de servicios, puede aplicarse un <u>copago</u> , <u>coseguro</u> o <u>deducible</u> . La atención en maternidad puede incluir pruebas y servicios descritos en otra sección del SBC (es decir, ultrasonido).
	Servicios profesionales de parto o nacimiento	20% de <u>coseguro</u>	40% de <u>coseguro</u>	
	Servicios de parto o nacimiento en el centro	20% de <u>coseguro</u>	40% de <u>coseguro</u>	Ninguna
Si requiere ayuda para su recuperación o tiene otras necesidades médicas específicas	<u>Atención médica en el hogar</u>	20% de <u>coseguro</u>	40% de <u>coseguro</u>	Puede que se requiera <u>autorización previa</u> .
	<u>Servicios de rehabilitación</u>	20% de <u>coseguro</u>	40% de <u>coseguro</u>	Puede que se requiera <u>autorización previa</u> .
	<u>Servicios de habilitación</u>	20% de <u>coseguro</u>	40% de <u>coseguro</u>	
	<u>Atención de enfermería especializada</u>	20% de <u>coseguro</u>	40% de <u>coseguro</u>	Puede que se requiera <u>autorización previa</u> .
	<u>Equipo médico duradero</u>	20% de <u>coseguro</u>	40% de <u>coseguro</u>	Los beneficios se limitan a artículos usados con fines médicos. Los beneficios de <u>equipo médico duradero</u> se proporcionan tanto para la compra como para el alquiler (hasta el precio de compra) de equipos. Se aplica el <u>deducible</u> . Puede que se requiera <u>autorización previa</u> .
	<u>Cuidados paliativos</u>	20% de <u>coseguro</u>	40% de <u>coseguro</u>	Puede que se requiera <u>autorización previa</u> .

Evento médico común	Los servicios que podría necesitar	Qué deberá pagar		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor que forma parte de la red (usted pagará menos)	Proveedor que no forma parte de la red (usted pagará más)	
Si su hijo necesita atención dental o cuidado de los ojos	Examen de la vista para niños	Sin cobertura	Sin cobertura	Ninguna
	Anteojos para niños	Sin cobertura	Sin cobertura	Ninguna
	Chequeo dental para niños	Sin cobertura	Sin cobertura	Ninguna

Servicios excluidos y otros servicios incluidos:

Servicios que su <u>plan</u> generalmente NO incluye (consulte su póliza o los documentos del <u>plan</u> para obtener más información y una lista de otros <u>servicios excluidos</u>).			
• Acupuntura • Atención dental (adultos) • Atención médica a largo plazo	• Audífonos • Cuidado de rutina de los ojos (adultos)	• Cuidado de rutina de los pies (salvo personas con diagnóstico de diabetes) • Programas de pérdida de peso	
Otros servicios incluidos (estos servicios pueden estar sujetos a limitaciones. Esta es una lista parcial. Consulte los documentos de su <u>plan</u>).			
• Atención médica que no es de emergencia para viajes fuera de los Estados Unidos • Atención quiropráctica	• Cirugía bariátrica • Cirugía cosmética (solo para la corrección de deformidades congénitas o afecciones producidas por lesiones accidentales, cicatrices, tumores o enfermedades)	• Enfermería de servicio privado (salvo el servicio privado para pacientes internados) (consultas ilimitadas por año calendario) • Tratamiento para la infertilidad (2 intentos in vitro máximo de por vida)	

Su derecho a continuar con la cobertura: Si desea continuar con su cobertura una vez que esta finalice, existen organismos que pueden ayudarlo. La información de contacto de esos organismos es la que se indica a continuación: comuníquese con el plan al 1-800-828-3116, con la Administración de Seguridad de Beneficios para Empleados del Departamento de Trabajo de los Estados Unidos al 1-866-444-EBSA (3272) o en www.dol.gov/ebsa/healthreform, o con el Centro de Información al Consumidor y Supervisión de Seguros del Departamento de Salud y Servicios Humanos al 1-877-267-2323 x61565 o en www.cciio.cms.gov. Otras opciones de cobertura pueden estar disponibles también para usted, incluida la compra de cobertura de seguro individual a través del Mercado de Seguros Médicos. Para obtener más información acerca del Mercado de Seguros, visite www.HealthCare.gov o llame al 1-800-318-2596.

Su derecho a presentar una inconformidad y apelaciones: Existen organismos que pueden ayudar si usted tiene una queja contra su plan por un rechazo de una reclamación. Esta queja se denomina inconformidad o apelación. Para obtener más información acerca de sus derechos, consulte la explicación de beneficios que recibirá por esa reclamación médica. Además, en los documentos de su plan, se proporciona información completa para presentar una reclamación, apelación o inconformidad a su plan por cualquier motivo. Si tiene preguntas acerca de sus derechos, este aviso o necesita asistencia, puede comunicarse con: Blue Cross and Blue Shield of Illinois al 1-800-828-3116 o visitar www.bcbsil.com, o bien puede comunicarse con la Administración de Seguridad de Beneficios para Empleados del Departamento de Trabajo de los Estados Unidos al 1-866-444-EBSA (3272) o visitar www.dol.gov/ebsa/healthreform. Además, un programa de asistencia al consumidor puede ayudarlo a presentar una apelación. Comuníquese con el Departamento de Seguros de Illinois al (877) 527-9431 o visite <http://insurance.illinois.gov>.

¿Proporciona este plan cobertura esencial mínima? Sí

La cobertura esencial mínima generalmente incluye planes, seguros médicos disponibles a través del Mercado de Seguros u otras pólizas de mercado individuales, Medicare, Medicaid, CHIP, TRICARE y algunas otras coberturas. Si reúne los requisitos para determinados tipos de cobertura esencial mínima, es posible que no pueda ser elegible para obtener un crédito fiscal para las primas.

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

Si su plan no cumple con los estándares de valor mínimo, usted puede ser elegible para obtener un crédito fiscal para las primas que lo ayudará a pagar por un plan a través del Mercado de Seguros.

Servicios de asistencia en otros idiomas:

Spanish (Español): Para obtener asistencia en Español, llame al 1-800-828-3116.

Tagalog (Tagalog): Kung kailangan ninyo ang tulong sa Tagalog tumawag sa 1-800-828-3116.

Chinese (中文): 如果需要中文的帮助, 请拨打这个号码 1-800-828-3116.

Navajo (Dine): Dinekehgo shika at'ohwol ninisingo, kwijigo holne' 1-800-828-3116.

Para ver ejemplos sobre cómo este plan podría pagar por los servicios en una situación médica específica, consulte la siguiente sección.

Sobre estos ejemplos de cobertura:



Esta no es una herramienta de cálculo de costos. Los tratamientos que se muestran solo son ejemplos de cómo este plan incluiría los servicios de atención médica. Sus costos reales dependerán de los servicios médicos que reciba, del cargo del proveedor y de muchos otros factores. Enfóquese en los montos de los gastos compartidos (deducibles, copagos y coseguros) y en los servicios excluidos conforme al plan. Use esta información para comparar la parte de los costos que debe pagar conforme a los diferentes seguros de gastos médicos. Tenga en cuenta que estos ejemplos de cobertura se basan solo en una cobertura individual.

Peg tendrá un bebé

(9 meses de cuidado prenatal y parto en un hospital dentro de la red)

■ <u>Deducible general del plan</u>	\$2,000
■ <u>Copago del especialista</u>	\$50
■ <u>Coseguro del hospital (centro)</u>	20%
■ <u>Otro coseguro</u>	20%

Este EJEMPLO incluye los siguientes servicios:

Visitas al consultorio del especialista (*atención prenatal*)
 Servicios profesionales de parto o nacimiento
 Servicios de parto o nacimiento en el centro
Pruebas de diagnóstico (*ultrasonidos y análisis de sangre*)
 Consulta con un especialista (*anestesia*)

Costo total en el ejemplo	\$12,700
----------------------------------	-----------------

En este ejemplo, Peg debe pagar:

<u>Gastos compartidos</u>	
<u>Deducibles</u>	\$2,000
<u>Copagos</u>	\$40
<u>Coseguro</u>	\$2,100
<i>¿Qué servicios no incluye el plan?</i>	
Límites o exclusiones	\$60
El total que debe pagar Peg es	\$4,200

Cuidado de la diabetes tipo 2 de Joe

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

■ <u>Deducible general del plan</u>	\$2,000
■ <u>Copago del especialista</u>	\$50
■ <u>Coseguro del hospital (centro)</u>	20%
■ <u>Otro coseguro</u>	20%

Este EJEMPLO incluye los siguientes servicios:

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

Costo total en el ejemplo	\$5,600
----------------------------------	----------------

En este ejemplo, Joe debe pagar:

<u>Gastos compartidos</u>	
<u>Deducibles</u>	\$900
<u>Copagos</u>	\$1,300
<u>Coseguro</u>	\$0
<i>¿Qué servicios no incluye el plan?</i>	
Límites o exclusiones	\$20
El total que debe pagar Joe es	\$2,220

Fractura simple de Mia

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

■ <u>Deducible general del plan</u>	\$2,000
■ <u>Copago del especialista</u>	\$50
■ <u>Coseguro del hospital (centro)</u>	20%
■ <u>Otro coseguro</u>	20%

Este EJEMPLO incluye los siguientes servicios:

Atención en la sala de emergencias (*incluye suministros médicos*)
Prueba de diagnóstico (*radiografía*)
Equipo médico duradero (*muletas*)
Servicios de rehabilitación (*fisioterapia*)

Costo total en el ejemplo	\$2,800
----------------------------------	----------------

En este ejemplo, Mia debe pagar:

<u>Gastos compartidos</u>	
<u>Deducibles</u>	\$1,700
<u>Copagos</u>	\$500
<u>Coseguro</u>	\$0
<i>¿Qué servicios no incluye el plan?</i>	
Límites o exclusiones	\$0
El total que debe pagar Mia es	\$2,200



Aviso de no discriminación

La cobertura de atención médica es importante para todos

No discriminamos en función de raza, color de piel, nacionalidad (incluidos el conocimiento limitado del inglés [English] y el idioma materno), edad, discapacidad o sexo (según se entiende en la normativa aplicable). Proporcionamos a las personas con discapacidad modificaciones razonables y ayudas gratuitas para la comunicación que les permitan comunicarse eficazmente con nosotros. También proporcionamos servicios gratuitos de asistencia lingüística a personas cuyo idioma materno no es el inglés (English).

Para recibir modificaciones razonables, ayudas para la comunicación o asistencia lingüística gratuitas, llámenos al 855-710-6984.

Si considera que no proporcionamos un servicio o piensa que lo hemos discriminado de alguna manera, puede presentar una inconformidad ante la siguiente entidad:

Office of Civil Rights Coordinator	Teléfono:	855-664-7270 (correo de voz)
Attn: Office of Civil Rights Coordinator	TTY/TDD:	855-661-6965
300 E. Randolph St., 35th Floor	Fax:	855-661-6960
Chicago, IL 60601	Correo electrónico:	civilrightscoordinator@bcbsil.com

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

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

US Dept. of Health & Human Services	Teléfono:	800-368-1019
200 Independence Avenue SW	TTY/TDD:	800-537-7697
Room 509F, HHH Building	Portal de quejas:	ocrportal.hhs.gov/ocr/smartscreen/main.jsf
Washington, DC 20201	Formularios de quejas:	hhs.gov/civil-rights/filing-a-complaint/index.html

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

ATTENTION: If you speak another language, free language assistance services are available to you. Appropriate auxiliary aids and services to provide information in accessible formats are also available free of charge. Call 855-710-6984 (TTY: 711) or speak to your provider.

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.



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 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 yánilti'gogo, saad bee aná'awo' bee áka'anída'awo'it'áá jiik'eh ná hóló. Bee ahil hane'go bee nida'anishí t'áá ákodaat'éhígíí dóó bee áka'anida'wo'í áko bee baa hane'í bee hadadilyaa bich'í' ahoot'í'ígíí éí t'áá jiik'eh hóló. Kohji' 855-710-6984 (TTY: 711) hodíilnih doodago nika'análwo'í bich'í' hanidzihi.
فارسی Farsi	توجه: اگر فارسی صحبت می‌کنید، خدمات پشتیبانی زبانی رایگان در دسترس شما قرار دارد. همچنین کمک‌ها و خدمات پشتیبانی مناسب برای ارائه اطلاعات در قالب‌های قابل دسترس، به‌طور رایگان موجود می‌باشند. با شماره 855-710-6984 (تلفن‌تایپ: 711) تماس بگیرید یا با ارائه‌دهنده 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	توجہ 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.