

# Resumen de beneficios

## Plan calificado de HSA - Formulario P-HSA

Lo que usted paga dentro de la red	Lo que paga fuera de la red	Máximo de gastos de bolsillo dentro de la red por año calendario	Máximo de gastos de bolsillo fuera de la red por año calendario	Deducible dentro de la red por año calendario	Deducible fuera de la red por año calendario
20% (después del deducible)	40% (después del deducible; se aplican UCR)	\$4,000 por persona \$8,000 por familia (2 o más)	\$8,000 por persona \$16,000 por familia (2 o más)	\$2,000 por persona \$4,000 por familia (2 o más)	\$4,000 por persona \$8,000 por familia (2 o más)

### Información importante acerca de su plan

Este resumen proporciona solo generalidades destacadas de sus beneficios. Para ver los detalles de su plan, inscríbese e inicie sesión en [myprovidence.com](http://myprovidence.com).

- Cuando hay dos o más familiares inscritos, el límite anual por persona dentro de la red para el costo compartido es de \$9,450.
- El deducible individual conjunto se aplica si no hay dependientes inscritos. Si hay dos o más miembros inscritos, el monto del deducible familiar se aplica antes de que el plan proporcione beneficios para los servicios cubiertos.
- El máximo individual conjunto pagado de su propio bolsillo se aplica si no hay dependientes inscritos. Si hay dos o más miembros inscritos, el monto del máximo familiar de gastos de bolsillo se aplica antes de que el plan proporcione beneficios para los servicios cubiertos.
- Sus tres primeras visitas al proveedor de atención primaria (PCP) y las tres primeras visitas de salud conductual ambulatoria de cada año calendario son elegibles para estar totalmente cubiertas si ha alcanzado su deducible. Si no ha alcanzado su deducible, le cobrarán y el monto se acumulará para su deducible.
- Sus deducibles están incluidos en el máximo de gastos de bolsillo indicado arriba.
- Los deducibles dentro y fuera de la red y los máximos de gastos de bolsillo se acumulan por separado.
- No es acreditable para la Parte D de Medicare
- Los suministros para diabetes se pueden obtener en su farmacia participante, cubiertos por su beneficio de medicamentos recetados. Para obtener más información, consulte su formulario y el Manual para miembros.
- Determinados medicamentos, dispositivos y suministros obtenidos en su farmacia podrían aplicar para su beneficio médico.
- Si usted solicita o su proveedor le receta un medicamento de marca en casos en los que hay genéricos disponibles, independientemente del motivo, usted será responsable de la diferencia del costo entre el medicamento de marca y el genérico.
- Para averiguar si un medicamento está cubierto por su plan, consulte en línea en [ProvidenceHealthPlan.com/pharmacy](http://ProvidenceHealthPlan.com/pharmacy).
- Ciertos servicios requieren autorización previa.
- Para aprovechar al máximo sus beneficios, use los proveedores de la red de Providence Signature. Vea una lista de proveedores y farmacias de la red en [ProvidenceHealthPlan.com/findaprovider](http://ProvidenceHealthPlan.com/findaprovider)
- Si opta por salir de la red, es posible que quede sujeto a facturar por costos más elevados que los costos usuales, habituales y razonables (UCR, por su sigla en inglés). Los beneficios para los servicios fuera de la red se basan en estos costos UCR.
- La inscripción y elegibilidad de la cuenta de ahorros médicos no se genera automáticamente con la inscripción a este Plan de salud con deducible alto (HDHP, por su sigla en inglés). Consulte más detalles en su manual.
- Se aplican limitaciones y exclusiones a sus beneficios. Consulte los detalles en su Manual para miembros.
- Obtenga más información sobre los servicios de prevención cubiertos calificados "A" o "B" por el Grupo de Trabajo de Servicios Preventivos de EE. UU. (*U.S. Preventive Services Task Force*) en [ProvidenceHealthPlan.com/PreventiveCare](http://ProvidenceHealthPlan.com/PreventiveCare).

### Generalidades destacadas de los beneficios de Extend PPO del plan calificado de HSA

Después de pagar el deducible del año calendario, paga lo siguiente por los servicios cubiertos:

	Coseguro dentro de la red (después del deducible, cuando ve a un proveedor dentro de la red)	Coseguro fuera de la red (después del deducible, cuando ve a un proveedor fuera de la red)
✓ No se necesita alcanzar ningún deducible antes de recibir este beneficio.		
<b>Visitas a proveedores a demanda</b>		
● Providence ExpressCare Virtual	Totalmente cubierto	No cubierto
● Clínica médica en local comercial de Providence ExpressCare	Totalmente cubierto	No corresponde
<b>Atención preventiva</b>		
● Exámenes de salud periódicos y control pediátrico de bebés	Totalmente cubierto ✓	40%
● Inyecciones, vacunaciones de rutina	Totalmente cubierto ✓	40%
● Colonoscopia (edad 45+)	Totalmente cubierto ✓	40%
● Examen ginecológico (año calendario) y prueba de Papanicolaou	Totalmente cubierto ✓	40%
● Mamografías	Totalmente cubierto ✓	40%
● Asesoramiento nutricional	Totalmente cubierto ✓	40%
● Dejar de fumar: orientación/clases y medicamentos disuasivos para dejar de fumar	Totalmente cubierto ✓	No cubierto
● Educación de autogestión de la diabetes	Totalmente cubierto ✓	Totalmente cubierto ✓

Generalidades destacadas de los beneficios de Extend PPO del plan calificado de HSA (continuación)	Coseguro dentro de la red	Coseguro fuera de la red
<b>Servicios de médicos/proveedores</b>		
● Las visitas al consultorio del proveedor de atención primaria o naturópata (presenciales y virtuales) (Las primeras tres visitas virtuales y presenciales dentro de la red: totalmente cubiertas después del deducible, luego coseguro del plan)	20 %	40%
● Visitas al consultorio de especialistas/otros proveedores (presenciales y virtuales)	20 %	40%
● Visitas al consultorio de un proveedor de atención alternativa (presenciales y virtuales)	20 %	40%
● Manipulaciones quiroprácticas (limitadas a 20 visitas por año calendario)	20 %	20%
● Acupuntura (limitada a 12 visitas por año calendario)	20 %	20%
● Inyecciones y sueros para alergias	20 %	40%
● Infusiones y medicamentos inyectables	20 %	40%
● Cirugía, anestesia en un consultorio o centro	20 %	40%
● Visitas de internación en hospital	20 %	40%
<b>Servicios de diagnóstico</b>		
● Radiografías, servicios de laboratorio y servicios de pruebas (incluye ecografías)	20 %	40%
● Servicios de imagenología con alta tecnología (TEP, TC, RM)	20 %	40%
● Examen de mamas diagnóstico y complementario	Totalmente cubierto✓	40%
<b>Medicamentos recetados</b> (Un suministro para hasta 30 días/farmacias minoristas y farmacias minoristas preferidas; un suministro para 90 días/farmacias de pedido por correo y farmacias minoristas preferidas)		
Los medicamentos con protección legal ( <i>safe harbor</i> ) están exentos del deducible y sujetos al formulario y al nivel de costo compartido aplicable		
Costo compartido de insulina limitado a \$85 para un suministro para 30 días, no aplica el deducible.		
● Medicamentos de prevención de la ACA	Totalmente cubierto✓	No cubierto
● Nivel 1	20 %	No cubierto
● Nivel 2	20 %	No cubierto
● Nivel 3	20 %	No cubierto
● Nivel 4	20 %	No cubierto
● Nivel 5	50 % hasta \$200	No cubierto
● Nivel 6	50 % hasta \$200	No cubierto
● Medicamentos compuestos (los medicamentos compuestos están limitados a un suministro para 30 días y deben obtenerse en una farmacia minorista/minorista preferida)	50 %	No cubierto
<b>Servicios de emergencia y urgencia</b>		
● Servicios de emergencia (solo para afecciones médicas de emergencia. Si es ingresado en el hospital, todos los servicios están sujetos a los beneficios de paciente hospitalizado)	20 %	20%
● Servicios de atención urgente (enfermedades sin riesgo de vida/lesiones menores)	20 %	40%
● Transporte médico de emergencia (por aire o por tierra) (El transporte médico de emergencia está cubierto por sus beneficios dentro de la red, independientemente de que el proveedor esté o no dentro de la red)	20 %	20%
<b>Servicios de hospital</b>		
● Atención a pacientes internados y en observación	20 %	40%
● Atención de rehabilitación (Limitada a 30 días por año calendario. Los límites no aplican para servicios para trastornos relacionados con salud mental o consumo de sustancias)	20 %	40%
● Atención de habilitación (Limitada a 30 días por año calendario. Los límites no aplican para servicios para trastornos relacionados con salud mental o consumo de sustancias)	20 %	40%
● Centro de enfermería especializada (Limitado a 60 días por año calendario)	20 %	40%
● Servicios de articulación temporomandibular (ATM) (Limite combinado de \$1,000 por año calendario/\$5,000 de por vida para servicios ambulatorios o como paciente hospitalizado)	50 %	No cubierto

Generalidades destacadas de los beneficios de Extend PPO del plan calificado de HSA (continuación)	Coseguro dentro de la red	Coseguro fuera de la red
<b>Servicios ambulatorios</b>		
● Cirugía ambulatoria, infusión, diálisis, quimioterapia, radioterapia, manipulación osteopática, programa de tratamiento del dolor (multidisciplinario)	20 %	40%
● Cirugía ambulatoria en un Centro de Cirugía Ambulatoria (ASC)	10 %	40%
● Colonoscopia (no preventiva) en un centro basado en un hospital	20 %	40%
● Colonoscopia (no preventiva) en un Centro de Cirugía Ambulatoria (ASC)	10 %	40%
● Servicios de articulación temporomandibular (ATM) (Limite combinado de \$1,000 por año calendario/\$5,000 de por vida para servicios ambulatorios o como paciente hospitalizado)	50 %	No cubierto
● Fisioterapia, terapia ocupacional y foniatría/fonoaudiología de rehabilitación ambulatoria (Limitadas a 30 visitas por año calendario. Los límites no aplican para servicios para trastornos relacionados con salud mental o consumo de sustancias)	20 %	40%
● Fisioterapia, terapia ocupacional y foniatría/fonoaudiología de habilitación ambulatoria (Limitadas a 30 visitas por año calendario. Los límites no aplican para servicios para trastornos relacionados con salud mental o consumo de sustancias)	20 %	40%
● Rehabilitación cardíaca	20 %	40%
● Biorretroalimentación para diagnósticos específicos (limitado a 10 visitas de por vida, los límites no aplican para servicios por trastornos relacionados con salud mental o consumo de sustancias)	20 %	40%
● Terapia de visión (convergencia insuficiente) (Limitada a 12 visitas en la vida)	20 %	40%
<b>Servicios de maternidad</b>		
● Visitas prenatales al consultorio	Totalmente cubierto✓	40%
● Servicios de parto y posparto	20 %	40%
● Servicios de internación en hospital/centro	20 %	40%
● Atención de rutina a recién nacidos en salas neonatales	20 %	40%
<b>Equipos, suministros y dispositivos médicos</b>		
● Equipo médico, artefactos, prótesis/ortesis y suministros (audífonos limitados a 1 por oído cada 3 años calendario.)	20 %	40%
● Suministros para diabetes (como lancetas, tiras de prueba, agujas y controles de sangre y glucosa continuos)	20 %✓	40%
● Ortesis personalizadas removibles para zapatos (limitadas a \$200 por año calendario)	20 %	40%
● Aparato bucal para la apnea del sueño (limitado fuera de la red a \$2,000 por año calendario)	20 %	40%
<b>Trastorno relacionado con salud mental o consumo de sustancias</b>		
Los servicios, excepto las visitas ambulatorias al consultorio del proveedor, pueden requerir autorización previa.		
● Servicios de internación y domiciliarios	20 %	40%
● Tratamiento diurno, servicios ambulatorios intensivos y de hospitalización parcial	20 %	40%
● Análisis conductual aplicado	20 %	40%
● Visitas ambulatorias al consultorio del proveedor (presenciales y virtuales) (Las primeras tres visitas virtuales y presenciales dentro de la red: totalmente cubiertas después del deducible, después coseguro)	20 %	40%
<b>Salud en el hogar y cuidados paliativos</b>		
● Atención médica en el hogar	20 %	40%
● Cuidados paliativos	Totalmente cubierto	Totalmente cubierto
<b>Examen oftalmológico de rutina</b>		
Proporcionado por VSP		
Red Choice de VSP (por Servicio de atención al cliente llame al 800-877-7195)		
Sus copagos no se aplican a las cantidades máximas de su propio bolsillo de su plan.		
● WellVision Exam® pediátrico (menores de 19 años) - Cada 12 meses	Totalmente cubierto✓	Cubierto hasta \$45✓
● WellVision Exam® para adultos - Cada 12 meses	\$10✓	Cubierto hasta \$45✓

## Guía para los términos y frases usados para explicar sus beneficios

### Medicamentos de prevención de la ACA

Los medicamentos de prevención de la Ley de Protección del Paciente y Atención Asequible (*Patient Protection and Affordable Care Act*, ACA) son medicamentos, incluidos los anticonceptivos, que están indicados en nuestro formulario como tales y están cubiertos sin costo cuando se obtienen en farmacias participantes.

Los medicamentos de prevención de venta libre provenientes de farmacias participantes requieren una receta escrita de su proveedor calificado para estar totalmente cubiertos por este beneficio.

### Límite anual para el costo compartido

El monto máximo que un miembro paga de su propio bolsillo por año calendario para recibir los servicios cubiertos con beneficios médicos esenciales dentro de la red, cuando hay dos o más familiares inscritos en este plan.

### Coseguro

Porcentaje del costo que quizá deba pagar por un servicio cubierto.

### Medicamento compuesto

Los medicamentos compuestos son recetas que su farmacéutico prepara especialmente para usted y deben contener al menos un medicamento aprobado por la FDA para ser elegibles para la cobertura.

Los reclamos están sujetos a revisión clínica por necesidad médica y su pago no está garantizado.

### Copago

Monto fijo en dólares que usted paga a un proveedor de atención médica por un servicio cubierto en el momento en que se proporciona la atención.

### Deducible

Monto en dólares que paga un individuo o familia por servicios cubiertos antes de que su plan pague cualquier beneficio dentro de un año calendario. Los siguientes gastos no se aplican al deducible de un individuo o una familia:

- Servicios no cubiertos por su plan.
- Tarifas que superen los cargos usuales, habituales y razonables (UCR), según lo establezca su plan.
- Multas en las que se incurre si no cumple con los requisitos de autorización previa de su plan.
- Los copagos y el coseguro por los servicios que no se aplican al deducible.

### Formulario

Un formulario es una lista de medicamentos recetados aprobados por la FDA elaborada por médicos y farmacéuticos, diseñada para ofrecer opciones de tratamiento farmacológico para las afecciones médicas cubiertas. El formulario del Plan de Salud de Providence incluye medicamentos de marca y genéricos.

### Medicamentos de mantenimiento

Medicamentos que se suelen recetar para tratar afecciones a largo plazo o crónicas, como diabetes, hipertensión arterial y colesterol alto. Los medicamentos de mantenimiento son los que haya recibido en virtud de nuestro plan durante al menos 30 días y que prevé seguir consumiendo en el futuro. No todos los medicamentos se consideran recetas de mantenimiento, lo que incluye medicamentos compuestos y medicamentos obtenidos de farmacias de especialidad.

### Cuenta de ahorros médicos (HSA)

Cuentas bancarias del empleado donde se deposita dinero —por parte de los empleados, los empleadores e incluso familiares— para usarse para los gastos de atención médica actuales y futuros de los empleados. Las aportaciones pueden deducirse antes de impuestos de los sueldos y el dinero se acumula de un año a otro y permanece con el empleado incluso si cambia de empleo y se jubila.

### Dentro de la red

Se refiere a los servicios recibidos de una amplia red de médicos altamente calificados, proveedores de atención médica y centros con contrato con el Plan de Salud de Providence (*Providence Health Plan*) para su plan específico. Por lo general, sus costos de bolsillo serán menores cuando recibe servicios cubiertos de parte de proveedores de la red. Puede aplicarse la facturación del saldo. Para encontrar un proveedor dentro de la red, visite [ProvidenceHealthPlan.org/findaprovider](http://ProvidenceHealthPlan.org/findaprovider).

### Limitaciones y exclusiones

Todos los servicios cubiertos están sujetos a las limitaciones y exclusiones especificadas por su plan. Consulte su Manual para miembros o su contrato para ver una lista completa.

### Visitas al consultorio virtuales

Visitas programadas con el médico de cabecera o especialista del miembro usando una aplicación de teleconferencias como Zoom. Fuera de la red

Se refiere a los servicios que recibe de proveedores que no están en la red de su plan. Los costos de su propio bolsillo en general son mayores cuando recibe servicios cubiertos fuera de la red de su plan. Un proveedor fuera de la red no tiene tarifas acordadas con Providence Health Plan, por lo que se puede aplicar la facturación del saldo. Para encontrar un proveedor dentro de la red, visite [ProvidenceHealthPlan.com/findaprovider](http://ProvidenceHealthPlan.com/findaprovider).

### Máximo de gastos de bolsillo

El monto límite en dólares que una persona o familia paga por servicios cubiertos especificados en un año calendario. Este plan tiene máximos de gastos de bolsillo dentro y fuera de la red. Estos máximos de gastos de bolsillo se acumulan por separado y no se combinan. Algunos servicios y gastos no se aplican al máximo de gastos de bolsillo individual o familiar. Consulte los detalles en su Manual para miembros.

### Autorización previa para medicamentos recetados

Proceso empleado para solicitar una excepción al formulario de medicamentos del Plan de Salud de Providence. Este proceso puede iniciarse por parte del profesional que receta el medicamento. Algunos medicamentos requieren una autorización previa con respecto a la necesidad médica, el lugar de la terapia, la duración de la terapia, la terapia de pasos o la cantidad de dosis.

### Nivel de medicamento recetado

El número del nivel de medicamento recetado se correlaciona con la ubicación de un medicamento en el formulario. El Nivel 1 y el Nivel 2 se componen principalmente de medicamentos genéricos, mientras que los Niveles 3 y 4 contienen medicamentos genéricos y de marca. Los medicamentos de especialidad se incluyen en los Niveles 5 y 6.

### Proveedor de atención primaria

Médico o profesional calificado que puede proporcionar la mayor parte de su atención y, cuando sea necesario, coordinará la atención con otros proveedores de un modo práctico y económico.

### Autorización previa

Algunos servicios deben ser aprobados previamente. Dentro de la red, su proveedor solicitará la autorización previa. Fuera de la red, usted será responsable de obtener la autorización previa.

### Clínica médica en local comercial de Providence ExpressCare

Clínica médica sin cita previa, que no es un consultorio, centro de atención urgente, farmacia ni clínica independiente y que se encuentra dentro de un centro comercial. Una clínica médica en local comercial ofrece visitas en el mismo día por enfermedades y lesiones básicas.

### Providence ExpressCare Virtual

Servicios para afecciones comunes (tales como dolor de garganta, tos, fiebre, etc.) usando la plataforma de Providence en línea a través de una tableta, teléfono inteligente o computadora para citas para el mismo día.

### Medicamentos de prevención con protección legal (*safe harbor*)

El Código de Impuestos Interno que rige los planes calificados de HSA brinda una protección legal a los medicamentos de prevención que califican, lo que permite que estos medicamentos estén exentos del deducible. Los medicamentos de prevención con protección legal (*safe harbor*) no incluyen medicamentos usados para tratar una enfermedad, lesión o afección existentes. Los medicamentos de prevención con protección legal están sujetos al estado en el formulario y el nivel, así como a los programas de administración farmacéutica (por ejemplo, autorización previa, terapia de pasos, límites de cantidad).

Usuales, habituales y razonables (UCR, por sus siglas en inglés).

Describe los cargos que su plan permite pagar por servicios que usted recibe de un proveedor fuera de la red. Cuando el costo de los servicios fuera de la red supera los montos UCR, usted es responsable de pagar al proveedor cualquier diferencia. Estos montos no se aplican a los máximos de gastos de bolsillo.

### Comuníquese con nosotros

Con oficinas centrales en Portland, nuestros profesionales de servicio al cliente atienden con orgullo a sus miembros desde 1986.



Área metropolitana de Portland:  
503-574-7500  
Todas las demás áreas: 800-878-4445  
TTY: 503-574-8702 o 888-244-6642



¿Tiene preguntas sobre sus beneficios y desea contactarnos por correo electrónico? Visite nuestro sitio web en:  
[www.ProvidenceHealthPlan.com/contactus](http://www.ProvidenceHealthPlan.com/contactus)

## Declaración de no discriminación

El Plan de Salud de Providence (*Providence Health Plan*) y el Seguro de Salud de Providence (*Providence Health Assurance*) cumplen con las leyes federales aplicables sobre derechos civiles y no discriminan por motivos de raza, color, origen nacional, edad, discapacidad, orientación sexual, religión, identidad de género, estado civil o sexo. El Plan de Salud de Providence y el Seguro de Salud de Providence no excluyen a las personas ni las tratan diferente debido a su raza, color, origen nacional, edad, discapacidad, orientación sexual, religión, identidad de género, estado civil o sexo.

El Plan de Salud de Providence y el Seguro de Salud de Providence:

- Proporcionan ayudas y servicios gratuitos a las personas con discapacidades a fin de que se puedan comunicar bien con nosotros, como por ejemplo:
  - Intérpretes calificados de lengua de señas.
  - Información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, etc.).
- Proporcionan servicios de idiomas gratis a las personas cuya lengua materna no es el inglés, como por ejemplo:
  - Intérpretes calificados.
  - Información escrita en otros idiomas.

Si necesita estos servicios, llámenos al 503-574-7500 o al 1-800-878-4445 (TTY: 711).

Si considera que el Plan de Salud de Providence y el Seguro de Salud de Providence no le brindaron estos servicios o que lo discriminaron de cualquier otra manera debido a su raza, color, origen nacional, edad, discapacidad, orientación sexual, religión, identidad de género, estado civil o sexo, puede presentar una queja por correo ante nuestro coordinador contra la discriminación:

Providence Health Plan and Providence Health Assurance  
Attn: Non-discrimination Coordinator  
PO Box 4158  
Portland, OR 97208-4158  
Correo electrónico: [PHPAppealsandGrievances@providence.org](mailto:PHPAppealsandGrievances@providence.org)

Si necesita ayuda para presentar una queja, llámenos al 503-574-7500 o al 1-800-878-4445 (TTY:711) para obtener asistencia.

También puede presentar una queja de derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles (*Office of Civil Rights*) del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. (*U.S. Department of Health and Human Services*), por vía electrónica a través del portal de quejas de la Oficina de Derechos Civiles en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o por correo postal o teléfono:

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 (TTY)

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

Los miembros de los planes de Oregon pueden presentar una queja en la División de Regulación Financiera (*Division of Financial Regulation*) al 1-888-8774894 o visitar <https://dfr.oregon.gov/Pages/index.aspx>.

**Información de acceso a idiomas**

**ATTENTION:** If you speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-800-878-4445 (TTY: 711).

**Spanish:** ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-800-878-4445 (TTY: 711).

**Russian:** ВНИМАНИЕ: Если Вы говорите по-русски, то Вам доступны услуги бесплатной языковой поддержки. Звоните 1-800-878-4445 (телетайп: 711).

**Vietnamese:** CHÚ Ý: Nếu quý vị nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho quý vị. Xin gọi số 1-800-878-4445 (TTY: 711).

**Traditional Chinese:** 注意：如果您說中文，您可以免費獲得語言支援服務。請致電 1-800-878-4445 (TTY: 711)。

**Kushite:** XIYYEEFFANNAA: Afaan dubbattu Oroomiffa, tajaajila gargaarsa afaanii, kanfaltiidhaan ala, ni argama. Bilbilaa 1-800-878-4445 (TTY: 711).

**Farsi:**

1-800-878-4445 (TTY: 711) با ګان به شما ارائه شود. تماس بګی. توجه:

**Ukrainian:** УВАГА! Якщо Ви розмовляєте українською мовою, для Вас доступні безкоштовні послуги мовної підтримки. Телефонуйте за номером 1-800-878-4445 (телетайп: 711).

**Japanese:** お知らせ：日本語での通話をご希望の場合、言語支援サービスを無料でご利用いただけます。1-800-878-4445 (TTY: 711) まで、お電話ください。

**Korean:** 주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 1-800-878-4445 (TTY: 711) 번으로 전화해 주십시오

**Nepali:** ान िदनुहोस्: तपाइले नेपाली बोल्नुन्छ भने तपाइले िन भाषा सहायता सेवाह िन:शुपमा उपल छन् । 1-800-878-4445 (TTY: 711) मा फोन गर्नुहोस् ।

**Romanian:** ATENȚIE: Dacă vorbiți limba română, vă stau la dispoziție servicii gratuite de asistență lingvistică. Sunați 1-800-878-4445 (TTY: 711).

**German:** ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlose Sprachassistentendienste zur Verfügung. Rufnummer: 1-800-878-4445 (TTY: 711).

**Hmong:** LUS CEEB TOOM: Yog tias koj hais lus Hmoob, cov kev pab txhais lus, muaj kev pab dawb rau koj. Hu rau 1-800-878-4445 (TTY: 711).

**Cambodian:** កំណត់សម្គាល់៖ ើសិនអ្នកនិយាយខ្មែរ រឺចនេសឺជំនួយផ្នែកភាសាមិនគិតថ្លៃពីអ្នកអស្ចារ្យ សូមទូរស័ព្ទលេខ 1-800-878-4445 (TTY: 711)។

**Laotian:** ເລື່ອງສຳຄັນ: ຖ້າ ວ່າ ທ່ານ ວ່າ ພາສາລາວ, ຈະມີ ການ ຈ່ວຍ ເຫຼືອ ດ້ານ ພາສາ ໂດຍ ບໍ່ ຈ່ວຍ ຄ່າ ທ່ານ. ໂທ 1-800-878-4445 (TTY: 711).