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 (llamada prima) se proporcionará por separado. Este es solo un resumen. Para obtener más información sobre su cobertura, o para obtener una copia de los términos completos de la cobertura, visite www.cigna.com/sp. Para ver las definiciones generales de términos comunes, como monto permitido, facturación del saldo, coseguro, copago, deducible, proveedor u otros términos subrayados, consulte el Glosario. Puede ver el Glosario en https://www.healthcare.gov/sbc-glossary o llamar al 1-800-Cigna24 para solicitar una copia.

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué es importante:
¿Cuál es el deducible general?	Para proveedores de la red CSN: $3,500/individual-solo empleado o $7,000/máximo familiar. Para proveedores de la red: $5,000/individual - solo empleado o $10,000/máximo familiar. Deducible combinado médico/conductual y de farmacia	Por lo general, usted debe pagar todos los costos de los proveedores hasta alcanzar el monto del deducible antes de que este plan comience a pagar. Si tiene otros familiares en el plan, cada miembro de la familia debe alcanzar su propio deducible individual hasta que el monto total de los gastos del deducible pagados por todos los miembros de la familia alcance el deducible familiar general.
¿Hay servicios cubiertos antes de que alcance su deducible?	Sí. Atención preventiva y vacunas dentro de la red, medicamentos preventivos dentro de la red.	Este plan cubre algunos artículos y servicios incluso si usted aún no ha alcanzado el monto del deducible. Sin embargo, es posible que se aplique un copago o coseguro. Por ejemplo, este plan cubre ciertos servicios preventivos sin costo compartido y antes de que usted alcance su deducible. Consulte una lista de los servicios preventivos cubiertos en https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/.
¿Hay otros deducibles para servicios específicos?	No.	No tiene que alcanzar deducibles para servicios específicos.
¿Cuál es el límite de gastos de bolsillo de este plan?	Para proveedores de la red CSN: $5,000/individual-solo empleado o $10,000/máximo familiar. Para proveedores de la red: $8,700/individual - solo empleado o $17,400/máximo familiar. Límite de gastos de bolsillo combinado médico/conductual y de farmacia	El límite de gastos de bolsillo es lo máximo que usted podría pagar en un año por los servicios cubiertos. Si tiene otros familiares en este plan, ellos deben alcanzar sus propios límites de gastos de bolsillo hasta que se haya alcanzado el límite de gastos de bolsillo familiar general.
¿Qué no está incluido en el límite de gastos de bolsillo?	Las primas, los cargos de facturación del saldo y la atención médica que este plan no cubre.	Aunque usted pague estos gastos, no cuentan para el límite de gastos de bolsillo.

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué es importante:
¿Pagará menos si usa un proveedor de la red?	Sí. Visite www.cigna.com o llame al 1-800-Cigna24 para obtener una lista de proveedores de la red.	Este plan usa una red de proveedores. Usted pagará menos si usa un proveedor de la red del plan. Usted pagará lo máximo si usa un proveedor fuera de la red, y podría recibir 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 podría usar un proveedor fuera de la red para algunos servicios (como análisis de laboratorio). Consulte con su proveedor antes de recibir los servicios.
¿Necesita una remisión para ver a un especialista?	No.	Puede consultar al especialista que elija sin una remisión.

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

Evento médico común	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará			Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Red específica del cliente	Proveedor de la red (Usted pagará lo mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará lo máximo)	
Si visita el consultorio o la clínica de un proveedor de atención médica	Visita de atención primaria para tratar una lesión o enfermedad	10% de coseguro/visita	30% de coseguro/visita	No cubierto	Ninguna
	Visita al especialista	10% de coseguro/visita	30% de coseguro/visita	No cubierto	Ninguna
	Atención preventiva/ pruebas de detección/ vacunas	Sin cargo No se aplica el deducible	Sin cargo No se aplica el deducible	No cubierto	Es posible que tenga que pagar por servicios que no son preventivos. Pregunte a su proveedor si los servicios que necesita son preventivos. Luego, verifique lo que pagará su plan.
Si se hace un examen	Examen de diagnóstico (rayos X, análisis de sangre)	10% de coseguro	30% de coseguro	No cubierto	Ninguna
	Imágenes (tomografías CT/PET, resonancias)	10% de coseguro	30% de coseguro	No cubierto	Ninguna

Evento médico común	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará			Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Red específica del cliente	Proveedor de la red (Usted pagará lo mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará lo máximo)	
Si necesita medicamentos para tratar su enfermedad o afección Hay más información sobre la cobertura de medicamentos con receta disponible en www.cigna.com	Medicamentos genéricos (Nivel 1)	Cualquier farmacia de JPS: $15 de copago /receta (farmacia minorista 30 días), $30 de copago / receta (farmacia minorista y entrega a domicilio 90 días) JPS Main Campus: $22 de copago /receta (farmacia minorista 30 días), $56 de copago / receta (farmacia minorista y entrega a domicilio 90 días)	$45 de copago/receta (farmacia minorista 30 días), $56 de copago/ receta (entrega a domicilio 90 días)	No cubierto	La cobertura está limitada a un suministro de hasta 90 días (farmacia minorista y entrega a domicilio); hasta un suministro de 30 días (farmacia minorista y entrega a domicilio) para medicamentos especializados. Es posible que se apliquen ciertas limitaciones, que incluyen, por ejemplo: autorización previa, terapia escalonada, límites de cantidad. Los medicamentos preventivos dentro de la red exigidos por ley federal se proporcionarán sin cargo. Además, los medicamentos y productos preventivos genéricos, de marca preferida y de marca no preferida dentro de la red incluidos en el Standard Plus Package se proporcionarán sin cargo en las farmacias de JPS. Los miembros pueden consultar mycigna.com.
	Medicamentos de marca preferida (Nivel 2)	Cualquier farmacia de JPS: $37 de copago /receta (farmacia minorista 30 días), $75 de copago / receta (farmacia minorista y entrega a domicilio 90 días) JPS Main Campus: $60 de copago /receta (farmacia minorista 30 días), $150 de copago / receta (farmacia minorista y entrega a domicilio 90 días)	$112 de copago/receta (farmacia minorista 30 días), $150 de copago/ receta (entrega a domicilio 90 días)	No cubierto	

Evento médico común	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará			Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Red específica del cliente	Proveedor de la red (Usted pagará lo mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará lo máximo)	
	Medicamentos de marca no preferida (Nivel 3)	Cualquier farmacia de JPS: $60 de copago /receta (farmacia minorista 30 días), $120 de copago / receta (farmacia minorista y entrega a domicilio 90 días) JPS Main Campus: $97 de copago /receta (farmacia minorista 30 días), $251 de copago / receta (farmacia minorista y entrega a domicilio 90 días)	$225 de copago/receta (farmacia minorista 30 días), $251 de copago/ receta (entrega a domicilio 90 días)	No cubierto	
	Medicamentos especializados (Nivel 4)	20% de coseguro / receta Mínimo $50; Máximo $150 (farmacia minorista y entrega a domicilio 30 días)	20% de coseguro / receta Mínimo $150; Máximo $450 (farmacia minorista y entrega a domicilio 30 días)	No cubierto	
Si se somete a una cirugía ambulatoria	Tarifa del centro (p. ej., centro de cirugía ambulatoria)	10% de coseguro	30% de coseguro	No cubierto	Ninguna
	Honorarios del médico/cirujano	10% de coseguro	30% de coseguro	No cubierto	Ninguna
Si necesita atención médica inmediata	Atención en la sala de emergencias	10% de coseguro	30% de coseguro	30% de coseguro	Los servicios fuera de la red se pagan con el costo compartido y el deducible dentro de la red.
	Transporte médico de emergencia	10% de coseguro	30% de coseguro	30% de coseguro	Los servicios de ambulancia aérea fuera de la red se pagan con el costo compartido y el deducible dentro de la red.
	Atención de urgencia	10% de coseguro	30% de coseguro	30% de coseguro	Ninguna
Si tiene una hospitalización	Tarifa del centro (p. ej., habitación del hospital)	10% de coseguro	30% de coseguro	No cubierto	Ninguna

Evento médico común	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará			Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Red específica del cliente	Proveedor de la red (Usted pagará lo mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará lo máximo)	
	Honorarios del médico/cirujano	10% de coseguro	30% de coseguro	No cubierto	Ninguna
Si necesita servicios de salud mental, salud conductual o abuso de sustancias	Servicios ambulatorios	10% de coseguro /visita al consultorio 10% de coseguro /todos los demás servicios	10% de coseguro/visita al consultorio 10% de coseguro/todos los demás servicios	No cubierto	Incluye servicios médicos para diagnósticos de MH/SA.
	Servicios de hospitalización	10% de coseguro	10% de coseguro	No cubierto	Incluye servicios médicos para diagnósticos de MH/SA.
Si está embarazada	Visitas al consultorio	10% de coseguro	30% de coseguro	No cubierto	Se aplican los niveles de beneficios de atención primaria o de especialista para la visita inicial para confirmar el embarazo. El costo compartido no se aplica a los servicios preventivos. Según el tipo de servicios, es posible que se aplique un copago, coseguro o deducible. La atención de maternidad puede incluir exámenes y servicios descritos en otra parte del SBC (es decir, ultrasonido).
	Servicios profesionales de parto	10% de coseguro	30% de coseguro	No cubierto	
	Servicios del centro de parto	10% de coseguro	30% de coseguro	No cubierto	
Si necesita ayuda para recuperarse o tiene otras necesidades especiales de salud	Atención médica a domicilio	10% de coseguro	30% de coseguro	No cubierto	La cobertura está limitada a un máximo anual de 120 días. Máximo de 16 horas por día (El límite no se aplica a afecciones de salud mental y trastornos por uso de sustancias.)

Evento médico común	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará			Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Red específica del cliente	Proveedor de la red (Usted pagará lo mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará lo máximo)	
	Servicios de rehabilitación	10% de coseguro /visita	30% de coseguro/visita	No cubierto	La cobertura está limitada a un máximo anual de: 45 días para rehabilitación pulmonar, terapia cognitiva, servicios de rehabilitación cardíaca, terapia del habla y terapia ocupacional; 60 días para fisioterapia; 20 días para servicios de atención quiropráctica. Los límites no se aplican a afecciones de salud mental para las terapias física, del habla y ocupacional.
	Servicios de habilitación	10% de coseguro /visita	30% de coseguro/visita	No cubierto	Los servicios están cubiertos cuando son médicamente necesarios para tratar una afección de salud mental (p. ej., autismo) o una anomalía congénita. Los límites no se aplican a afecciones de salud mental para las terapias física, del habla y ocupacional.
	Atención de enfermería especializada	10% de coseguro	30% de coseguro	No cubierto	La cobertura está limitada a un máximo anual de 120 días.
	Equipo médico duradero	10% de coseguro	10% de coseguro	No cubierto	Ninguna
	Servicios de hospicio	10% de coseguro / servicios de hospitalización 10% de coseguro / servicios ambulatorios	30% de coseguro/ servicios de hospitalización 30% de coseguro/ servicios ambulatorios	No cubierto	Ninguna

Evento médico común	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará			Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Red específica del cliente	Proveedor de la red (Usted pagará lo mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará lo máximo)	
Si su hijo necesita atención dental o de la vista	Examen de la vista infantil	No cubierto	No cubierto	No cubierto	Ninguna
	Anteojos infantiles	No cubierto	No cubierto	No cubierto	Ninguna
	Chequeo dental infantil	No cubierto	No cubierto	No cubierto	Ninguna

Servicios excluidos y otros servicios cubiertos:

Servicios que su Plan generalmente NO cubre (Consulte su póliza o el documento del plan para obtener más información y una lista de otros servicios excluidos.)

- Cirugía bariátrica
- Cirugía estética
- Atención dental (adultos)
- Atención dental (niños)
- Atención de la vista (niños)
- Tratamiento de infertilidad
- Atención a largo plazo
- Atención que no sea de emergencia cuando viaja fuera de EE. UU.
- Enfermería privada
- Atención de la vista de rutina (adultos)
- Cuidado de los pies de rutina
- Programas para bajar de peso

Otros servicios cubiertos (Es posible que se apliquen limitaciones a estos servicios. Esta no es una lista completa. Consulte el documento de su plan.)

- Acupuntura (20 días)
- Atención quiropráctica (20 días)
- Audífonos (2 dispositivos (1 por oído) cada 24 meses)

Sus derechos a continuar la cobertura:

Hay agencias que pueden ayudarle si desea continuar su cobertura después de que termine. La información de contacto de esas agencias es: Cigna al 1-800-Cigna24, 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. También es posible que 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 1-800-318-2596.

Sus derechos de presentar quejas formales y apelaciones:

Hay agencias que pueden ayudarle si tiene una queja contra su plan por la denegación de una reclamación. Esta queja se llama queja formal o apelación. Para obtener más información sobre sus derechos, consulte la explicación de beneficios que recibirá por esa reclamación médica. Los documentos de su plan también proporcionan información completa sobre cómo presentar una reclamación, apelación o queja formal por cualquier motivo ante su plan. Para obtener más información sobre sus derechos, este aviso o asistencia, comuníquese con: Servicio al cliente de Cigna al 1-800-Cigna24. Además, un programa de asistencia al consumidor puede ayudarle a presentar su apelación. Comuníquese con: Texas Consumer Health Assistance Program al (800) 252-3439.

¿Proporciona este plan cobertura esencial mínima? **Sí.**
La cobertura esencial mínima generalmente incluye planes, seguros médicos disponibles a través del Mercado u otras pólizas del mercado individual, Medicare, Medicaid, CHIP, TRICARE y ciertas otras coberturas. Si usted es elegible para ciertos tipos de cobertura esencial mínima, es posible que no sea elegible para el crédito tributario para la prima.

¿Cumple este plan con los estándares de valor mínimo? **Sí.**
Si su plan no cumple con los estándares de valor mínimo, es posible que sea elegible para un crédito tributario para la prima que le ayude a pagar un plan a través del Mercado.

Servicios de acceso lingüístico:
Spanish (Español): Para obtener asistencia en Español, llame al 1-800-244-6224.
Tagalog (Tagalog): Kung kailangan ninyo ang tulong sa Tagalog tumawag sa 1-800-244-6224.
Chinese (中文): 如果需要中文的帮助，请拨打这个号码 1-800-244-6224.
Navajo (Dine): Dinek'ehgo shika at'ohwol ninisingo, kwiijigo holne' 1-800-244-6224.
Pennsylvania Dutch (Deitsch): Fer Hilf griege in Deitsch, ruf 1-800-244-6224 uff.
Samoan (Gagana Samoa): Mo se fesoasoani i le Gagana Samoa, vala'au mai i le numera telefoni 1-800-244-6224.
Carolinian (Kapasal Falawasch): ngere aukke ghut alillis reel kapasal Falawasch au fafaingi tilifon ye 1-800-244-6224.
Chamorro (Chamoru): Para un ma ayuda gi finu Chamoru, å'gang 1-800-244-6224.

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

Acerca de estos ejemplos de cobertura:

Esta no es una herramienta para calcular costos. Los tratamientos que se muestran son solo ejemplos de cómo este plan podría cubrir la atención médica. Sus costos reales serán diferentes según la atención real que reciba, los precios que cobren sus proveedores y muchos otros factores. Concéntrese en los montos de costo compartido (deducibles, copagos y coseguro) y en los servicios excluidos del plan. Use esta información para comparar la parte de los costos que podría pagar con diferentes planes de salud. Tenga en cuenta que estos ejemplos de cobertura se basan en una cobertura solo para el titular.

Peg va a tener un bebé
(9 meses de atención prenatal dentro de la red y un parto en el hospital)

El deducible general del plan	$5,000
Coseguro del especialista	10%
Coseguro hospitalario (centro)	30%
Otro coseguro	30%

Este evento de EJEMPLO incluye servicios como:
Visitas al consultorio del especialista *(atención prenatal)*
Servicios profesionales de parto
Servicios del centro de parto
Exámenes de diagnóstico *(ultrasonidos y análisis de sangre)*
Visita al especialista *(anestesia)*

Costo total del ejemplo	**$12,700**

En este ejemplo, Peg pagaría:

Costo compartido	
Deducibles	$5,000
Copagos	$10
Coseguro	$2,300
Lo que no está cubierto	
Límites o exclusiones	$20
El total que Peg pagaría es	$7,330

Control de la diabetes tipo 2 de Joe
(un año de atención de rutina dentro de la red de una afección bien controlada)

El deducible general del plan	$5,000
Coseguro del especialista	10%
Coseguro hospitalario (centro)	30%
Otro coseguro	30%

Este evento de EJEMPLO incluye servicios como:
Visitas al consultorio del médico de atención primaria *(incluida la educación sobre la enfermedad)*
Exámenes de diagnóstico *(análisis de sangre)*
Medicamentos con receta
Equipo médico duradero *(medidor de glucosa)*

Costo total del ejemplo	**$5,600**

En este ejemplo, Joe pagaría:

Costo compartido	
Deducibles	$5,000
Copagos	$100
Coseguro	$0
Lo que no está cubierto	
Límites o exclusiones	$40
El total que Joe pagaría es	$5,140

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

El deducible general del plan	$5,000
Coseguro del especialista	10%
Coseguro hospitalario (centro)	30%
Otro coseguro	30%

Este evento de EJEMPLO incluye servicios como:
Atención en la sala de emergencias *(incluidos los suministros médicos)*
Examen de diagnóstico *(radiografía)*
Equipo médico duradero *(muletas)*
Servicios de rehabilitación *(fisioterapia)*

Costo total del ejemplo	**$2,800**

En este ejemplo, Mia pagaría:

Costo compartido	
Deducibles	$2,800
Copagos	$0
Coseguro	$0
Lo que no está cubierto	
Límites o exclusiones	$0
El total que Mia pagaría es	$2,800

El plan sería responsable de los otros costos de estos servicios cubiertos de EJEMPLO.

Nombre del plan: New HD500 Plan HDHPQ **Versión de beneficios:** 38 **ID del plan:** 40268013

PÁGINA INTENCIONALMENTE EN BLANCO

La discriminación es contra la ley

Cigna Healthcare® cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad, sexo, ascendencia, religión, estado civil, género, orientación sexual, identidad de género o estereotipos sexuales.

Cigna Healthcare no excluye a las personas ni las trata de forma menos favorable o diferente debido a su raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad, sexo, ascendencia, religión, estado civil, género, orientación sexual, identidad de género o estereotipos sexuales.

Cigna Healthcare:

- Proporciona a las personas con discapacidades modificaciones razonables y ayudas auxiliares adecuadas y gratuitas para comunicarse eficazmente con nosotros, como:
  - Intérpretes de lenguaje de señas calificados
  - Información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos)
- Proporciona servicios de asistencia lingüística gratuitos y oportunos a las personas cuyo idioma principal no es el inglés, como:
  - Intérpretes calificados
  - Información escrita en otros idiomas

Si necesita modificaciones razonables, ayudas y servicios auxiliares adecuados o servicios de asistencia lingüística, comuníquese con el Coordinador de Derechos Civiles.

Si considera que Cigna Healthcare no le ha proporcionado estos servicios o lo ha discriminado de otra manera por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad, sexo, ascendencia, religión, estado civil, género, orientación sexual, identidad de género o estereotipos sexuales, puede presentar una queja formal ante el Coordinador de Derechos Civiles
P.O. Box 188016, Chattanooga, TN 37422,
877.822.6561 (TTY: Marque 711)

ACAGrievance@CignaHealthcare.com

Puede presentar una queja formal en persona o por correo postal, fax o correo electrónico. Si necesita ayuda para presentar una queja formal, el Coordinador de Derechos Civiles está disponible para ayudarle.

También puede presentar una queja de derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. de forma electrónica a través del Portal de Quejas de la Oficina de Derechos Civiles, disponible en **https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf**, o por correo postal o teléfono a:

U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue,
SW Room 509F, HHH Building
Washington, DC 20201
1.800.368.1019, 800.537.7697 (TDD)

Los formularios de queja están disponibles en
https://www.hhs.gov/civil-rights/filing-a-complaint/complaint-process/index.html



Los productos y servicios de Cigna Healthcare se proporcionan exclusivamente por o a través de subsidiarias operativas de The Cigna Group, incluidas Cigna Health and Life Insurance Company, Connecticut General Life Insurance Company, Evernorth Behavioral Health, Inc., Evernorth Care Solutions, Inc. y subsidiarias de HMO o de compañías de servicios de Cigna Health Corporation, incluidas Cigna HealthCare of Arizona, Inc. Cigna HealthCare of California, Inc. Cigna HealthCare of Colorado, Inc. Cigna HealthCare of Connecticut, Inc. Cigna HealthCare of Florida, Inc. Cigna HealthCare of Georgia, Inc. Cigna HealthCare of Illinois, Inc., Cigna HealthCare of Indiana, Inc., Cigna HealthCare of St. Louis, Inc., Cigna HealthCare of North Carolina, Inc., Cigna HealthCare of New Jersey, Inc., Cigna HealthCare of South Carolina, Inc., Cigna HealthCare of Tennessee, Inc. y Cigna HealthCare of Texas, Inc. ATENCIÓN: Si habla un idioma que no sea inglés, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Si es un cliente actual de Cigna Healthcare, llame al número que figura en el reverso de su tarjeta de identificación. De lo contrario, llame al 1.800.244.6224 (TTY: Marque 711). ATENCIÓN: Si usted habla un idioma que no sea inglés, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Si es un cliente actual de Cigna

896375h 5/25 © 2025 Cigna Healthcare.

Disponibilidad de servicios de asistencia lingüística

English – ATTENTION: If you speak English, 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 1- 800-244-6224 (TTY: Dial 711) or speak to your provider.

Spanish – ATENCIÓN: Si habla español, los servicios de asistencia lingüística gratuitos están disponibles para usted. También están disponibles de forma gratuita ayudas y servicios auxiliares adecuados para proporcionar información en formatos accesibles. Llame al 1-800-244-6224 (TTY: Marque 711) o hable con su proveedor.

Chinese – 注意：如果您讲中文，我们提供免费的语言援助服务。适当的辅助设备和服务也可以免费提供，以提供无障碍格式的信息。请拨打 1-800-244-6224（TTY：拨打 711）或与您的服务提供者联系。

Vietnamese – XIN LƯU Ý: Nếu bạn nói tiếng Viet, dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí có sẵn cho bạn. Các thiết bị và dịch vụ hỗ trợ phù hợp để cung cấp thông tin ở định dạng có thể tiếp cận cũng có sẵn miễn phí. Gọi số 1-800-244-6224 (TTY: Gọi 711) hoặc nói chuyện với nhà cung cấp của bạn).

Korean – 주의: 한국어를 사용하시는 경우, 무료 언어 지원 서비스가 제공됩니다. 접근 가능한 형식으로 정보를 제공하기 위한 적절한 보조 기기 및 서비스도 무료로 제공됩니다. 1-800-244-6224 (TTY: 711 로 전화) 로 전화하시거나 제공자에게 문의하십 시오.

Tagalog – PAUNAWA: Kung ikaw ay nagsasalita ng Tagalog, ang mga libreng serbisyo ng tulong sa wika ay magagamit para sa iyo. Ang mga angkop na pantulong na kagamitan at serbisyo upang magbigay ng impormasyon sa mga naa-access na format ay magagamit din ng libre. Tumawag sa 1-800-244-6224 (TTY: Tumawag sa 711) o makipag-usap sa iyong tagapagbigay.

Russian – ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском, доступны бесплатные услуги языковой помощи. Также бесплатно предоставляются соответствующие вспомогательные средства и услуги для предоставления информации в доступных форматах. Позвоните по телефону 1-800-244-6224 (TTY: Наберите 711) или обратитесь к вашему провайдеру.

Arabic - تنبيه: إذا كنت تتحدث العربية، تتوفر لك خدمات المساعدة اللغوية المجانية. كما تتوفر أيضًا مساعدات قابلة للوصول إليها، وذلك مجانًا. اتصل بالرقم. أو تحدث إلى مقدم الخدمة الخاص بك (اطلب 711 :TTY) 1-800-244-6224

French Creole – ATANSYON: Si ou pale Kreyòl Ayisyen, sèvis asistans lang gratis yo disponib pou ou. Ekipman ak sèvis adisyonèl ki apwopriye pou bay enfòmasyon nan fòma ki aksesib yo disponib tou gratis. Rele 1-800-244- 6224 (TTY: Rele 711) oswa pale ak founisè ou a.

French – ATTENTION : Si vows parlez français, des services d'assistance linguistique gratuits sont disponibles pour vous. Des aides et des services auxiliaires appropriés pour fournir des informations dans des formats accessibles sont également disponibles gratuitement. Appelez le 1-800-244-6224 (TTY : composez le 711) ou parlez à votre fournisseur.

Portuguese – ATENÇÃO: Se você fala português, serviços gratuitos de assistência linguística estão disponíveis para você. Auxílios e serviços apropriados para fornecer informações em formatos acessíveis também estão disponíveis gratuitamente. Ligue para 1-800-244-6224 (TTY: disque 711) ou fale com seu prestador de serviços.

Polish – UWAGA: Jeśli mówisz po polsku, dostępne są bezpłatne usługi pomocy językowej. Odpowiednie pomoce i usługi wspierające w celu dostarczenia informacji w dostępnych formatach są również dostępne bezpłatnie. Zadzwoń pod numer 1-800-244-6224 (TTY: wybierz 711) lub skontaktuj się ze swoim dostawcą usług.

Japanese – 注意: 日本語を話す場合は、無料の言語支援サービスが利用できます。アクセス可能な形式で情報を提供するための適切な補助機器やサービスも無料で利用できます。1-800-244-6224（TTY: 711 にダイヤル）に電話するか、提供者に話してください。

Italian – ATTENZIONE: Se parli italiano, sono disponibili per te servizi gratuiti di assistenza linguistica. Sono disponibili gratuitamente anche ausili e servizi appropriati per fornire informazioni in formati accessibili. Chiama il numero 1-800-244-6224 (TTY: comporre il 711) o parla con il tuo fornitore.

German – Achtung: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlose Sprachassistenzdienste zur Verfügung. Geeignete Hilfsmittel und Dienste, um Informationen in barrierefreien Formaten bereitzustellen, sind ebenfalls kostenlos verfügbar. Rufen Sie 1-800-244-6224 an (TTY: Wählen Sie 711) oder sprechen Sie mit Ihrem Anbieter.

Persian (Farsi) - همچنین، وسایل و خدمات کمکی مناسب برای در دسترس است. خدمات رایگان کمک زبان برای شما صحبت می‌کنید، توجه:
اگر به فارسی تماس بگیرید یا با (شماره 711 را بگیرید :TTY) ارائه اطلاعات در قالبهای قابل دسترس به صورت رایگان در دسترس هستند. با شماره1-800-244-6224.ارائه‌دهنده خود صحبت کنید