



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, comuníquese con Moda Health en www.modahealth.com o llamar a 1-844-931-1775. Para ver las definiciones de términos frecuentes, como [cantidad permitida](#), [facturación del saldo](#), [coseguro](#), [copago](#), [deducible](#), [proveedor](#) u otros términos subrayados, consulte el glosario. Puede consultar el glosario en www.healthcare.gov/sbc-glossary o llamar a 1-844-931-1775 para pedir una copia.

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué es importante:
¿Cuánto es el deducible total?	Para proveedores en la red \$100 individuo / \$200 familia. Prevedores fuera de la red \$200 individuo / \$400 familia.	En general, debe pagar todos los costos de los proveedores hasta la cantidad deducible antes de que este plan comience a pagar. Si tiene otros miembros de la familia en el plan , cada miembro debe cumplir con su deducible individual hasta que la cantidad total de gastos deducibles pagados por todos los miembros de la familia cumple con el deducible general familiar.
¿Hay servicios cubiertos antes de alcanzar su deducible ?	Sí. Ejemplos de algunos servicios: Visitas a consulta dentro de la red para atención preventiva , atención primaria, especialista y atención de urgencia , visitas virtuales, ambulatorios de salud mental y abuso de sustancias desorden, ambulatorio de rehabilitación y de habilitación, servicios de visión para niños y exámenes de la vista para adultos, así como la mayoría de los medicamentos recetados dentro y fuera de la red están cubiertos antes de que su deducible .	Este plan cubre algunas productos y servicios aunque aún no haya alcanzado la cantidad del deducible . Sin embargo, se podría aplicar un copago o un coseguro . Por ejemplo, este plan cubre ciertos servicios preventivos sin costos compartidos 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 debe pagar deducibles por servicios específicos.
¿Cuánto es el límite de gastos de bolsillo para este plan ?	Para proveedores en la red \$750 individuo / \$1,500 familia. Prevedores fuera de la red \$7,500 individuo / \$15,000 familia.	El límite de gastos de bolsillo es lo máximo que puede pagar en un año por servicios cubiertos. Si tiene otros miembros de la familia en el plan , tienen que cumplir con sus propios límites de desembolso hasta que se cumple el límite de desembolso general familiar.
¿Qué es lo que no está incluido en el límite de gastos de bolsillo ?	Primas , cargos de facturación del saldo , gastos incurridos por sustitución de marca, gastos de trasplante no realizados en un centro de excelencia y atención médica que este plan no cubre.	Aunque pague estos costos, no cuentan para el límite de gastos del bolsillo .
¿Pagará menos si acude a un proveedor dentro de la red ?	Sí. Para obtener una lista de proveedores dentro de la red visite https://www.modahealth.com/ProviderSearch?productCategory=medical&selectedNetwork=Moda%20Select o llame al 1-844-931-1775.	Este plan utiliza una red de proveedores . Pagará menos si usa un proveedor que esté incluido en la red del plan . Pagará más si acude a 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 su plan paga (facturación del saldo). Tenga en cuenta que su proveedor dentro de la red puede 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 derivación para atenderse con un especialista ?	No.	Puede ver al especialista que usted elija sin una derivación .



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 paga		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	\$10 copago /visita al consultorio, \$5 copago /visita de atención virtual, Sin cargo/visita virtual de CirrusMD; deducible no se aplica	60% coseguro	Ninguno.
	Consulta con un especialista	\$20 copago /visita al consultorio, \$5 copago /visita de atención virtual, Sin cargo/visita virtual de CirrusMD; \$10 copago /examen de la vista para adultos \$45 copago /examen de audición, deducible no se aplica	60% coseguro	Exámenes de audición para los niños dependientes bajo condiciones médicas específicas. 18 visitas cada año para manipulación espinal.
	Atención preventiva/evaluación /vacunas	Sin cargo para la mayoría de los servicios. \$10 copago /visita, deducible no se aplica o 35% coseguro para los servicios restantes.	60% coseguro	Pueda que tenga que pagar por servicios que no son preventivos. Pregunte a su proveedor si los servicios que usted necesita son preventivos. Entonces compruebe lo que su plan pagará.
Si se realiza un examen	Exámenes de diagnóstico (radiografías, análisis de sangre)	35% coseguro	60% coseguro	Incluye otras pruebas, tales como ECG, pruebas de la alergia y estudio del sueño. Es posible que se requiera una autorización previa para algunos servicios para evitar una multa del 50% hasta una deducción máxima de \$2,500.
	Diagnóstico por imágenes (tomografía computarizada/tomografía por emisión de positrones, imágenes por resonancia magnética)	35% coseguro	60% coseguro	Es posible que se requiera una autorización previa para algunos servicios para evitar una multa del 50% hasta una deducción máxima de \$2,500.

* Para obtener más información sobre limitaciones y excepciones, consulte el documento del [plan](#) o de la póliza en www.modahealth.com

Circunstancia médica común	Servicios que podría necesitar	Lo que usted paga		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 medicamentos para tratar su enfermedad o condición médica. Hay más información disponible sobre la cobertura de medicamentos con receta médica en www.modahealth.com/pdl	Nivel de valor	\$2 copago /receta minorista, \$6 copago /90-días de minorista y pedido por correo; deducible no se aplica	\$2 copago / receta minorista, \$6 copago /pedido por correo; deducible no se aplica	Cubre hasta un suministro de 30 días (farmacia minorista) y un suministro de 90 días (pedidos por correo y farmacias participantes). Un copago por cada suministro de 30-días. Se puede necesitar una autorización previa . Pedidos por correo en farmacia designada de Moda Health o farmacias que aceptan seguir nuestros términos para farmacias de venta por correo. Cubre hasta un suministro de 30 días de la mayoría de medicamentos especializados. Se puede necesitar una autorización previa . También se requiere autorización previa para farmacias especializadas no designadas por Moda. Costo compartido para medicamentos contra el cáncer es 35% coseguro
	Nivel selectos	\$10 copago /receta minorista, \$30 copago /90-días de minorista y pedido por correo; deducible no se aplica	\$10 copago / receta minorista, \$30 copago /90-días de minorista y pedido por correo; deducible no se aplica	
	Nivel preferido	40% coseguro , deducible no se aplica	40% coseguro , deducible no se aplica	
	Nivel no preferido	50% coseguro	50% coseguro	
	Nivel de especialidad	40% coseguro para preferido, deducible no se aplica 50% coseguro para no preferido	40% coseguro para preferido, deducible no se aplica 50% coseguro para no preferido	
Si le hacen una cirugía ambulatoria	Tarifa del centro (p. ej., centro de cirugía ambulatoria)	35% coseguro	60% coseguro	Es posible que se requiera una autorización previa para algunos servicios para evitar una multa del 50% hasta una deducción máxima de \$2,500.
	Tarifas del médico/cirujano	35% coseguro	60% coseguro	
Si necesita atención médica inmediata	Atención en la Sala de Emergencias	35% coseguro	35% coseguro se aplica el deducible dentro de la red	Ninguno.
	Transporte médico de emergencia	35% coseguro	35% coseguro se aplica el deducible dentro de la red	Ninguno.
Si necesita atención médica inmediata	Atención de urgencia	\$20 copago /visita al consultorio, \$5 copago /visita de atención virtual, Sin cargo/visita virtual de CirrusMD; deducible no se aplica	60% coseguro	Ninguno.

* Para obtener más información sobre limitaciones y excepciones, consulte el documento del [plan](#) o de la póliza en www.modahealth.com

Circunstancia médica común	Servicios que podría necesitar	Lo que usted paga		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 hospitalización	Tarifa del centro (p. ej., habitación del hospital)	35% coseguro	60% coseguro	El plan permite hasta \$2,000 por día para la admisión fuera de la red que no es de emergencia. Es posible que se requiera una autorización previa para algunos servicios para evitar una multa del 50% hasta una deducción máxima de \$2,500.
	Tarifas del médico/cirujano	35% coseguro	60% coseguro	
Si necesita servicios de salud mental, salud conductual o de abuso de sustancias	Servicios para pacientes ambulatorios	\$10 copago /visita al consultorio, \$5 copago /visita de atención virtual, Sin cargo/visita virtual de CirrusMD; deducible no se aplica. 35% coseguro para otros servicios ambulatorios.	60% coseguro	Es posible que se requiera una autorización previa para algunos servicios para evitar una multa del 50% hasta una deducción máxima de \$2,500.
	Servicios para pacientes hospitalizados	35% coseguro	60% coseguro	Es posible que se requiera una autorización previa para algunos servicios para evitar una multa del 50% hasta una deducción máxima de \$2,500.
Si está embarazada	Visitas al consultorio	35% coseguro	60% coseguro	Costo compartido no se aplica a los servicios preventivos . Según del tipo de servicios, un copago , coseguro o deducible se puede aplicar. Atención de maternidad puede incluir pruebas y servicios que se describe en el SBC (es decir, ultrasonido).
	Servicios profesionales para el nacimiento y el parto	35% coseguro	60% coseguro	
	Servicios hospitalarios para el nacimiento y el parto	35% coseguro	60% coseguro	
Si necesita servicios de recuperación o tiene otras necesidades especiales de salud	Atención médica en el hogar	35% coseguro	60% coseguro	Ninguno.
	Servicios de rehabilitación	\$20 copago /visita de paciente ambulatorio, deducible no se aplica. 35% coseguro de paciente hospitalizado.	60% coseguro	20 sesiones por año. Los límites se aplican por separado a los servicios de rehabilitación y habilitación. El plan permite hasta \$2,000 por día para la admisión fuera de la red que no es de emergencia. Es posible que se requiera una autorización previa para algunos servicios para evitar una multa del 50% hasta una deducción máxima de \$2,500.
	Servicios de habilitación	\$20 copago /visita de paciente ambulatorio, deducible no se aplica. 35% coseguro de paciente hospitalizado.	60% coseguro	
	Atención de enfermería especializada	35% coseguro	60% coseguro	30 días por año.

* Para obtener más información sobre limitaciones y excepciones, consulte el documento del [plan](#) o de la póliza en www.modahealth.com

Circunstancia médica común	Servicios que podría necesitar	Lo que usted paga		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	Equipo médico duradero	35% coseguro	60% coseguro	Incluye suministros y próstéticos. Es posible que se requiera una autorización previa para algunos servicios para evitar una multa del 50% hasta una deducción máxima de \$2,500.
	Servicios en un programa de cuidados paliativos	35% coseguro	60% coseguro	Es posible que se requiera una autorización previa para algunos servicios para evitar una multa del 50% hasta una deducción máxima de \$2,500.
Si su hijo necesita servicios dentales o de la vista	Examen de la vista para niños	Sin cargo	60% coseguro , deducible no se aplica	Limitado por año calendario a un examen de la visión para niños antes de los 19 años de edad. La detección de ojos preventivo adicional dentro la red para niños de 3-5 años de edad sin costo compartido .
	Anteojos para niños	Sin cargo	60% coseguro , deducible no se aplica	Cobertura es limitado a un par de anteojos por año calendario para niños antes de los 19 años de edad.
	Control dental para niños	No se cubren	No se cubren	Ninguno.

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).		
<ul style="list-style-type: none"> El Aborto (excepto cuando la vida de la madre esta en riesgo or el embarazo es el resultado de una violación or incesto) Acupuntura Cirugía bariátrica 	<ul style="list-style-type: none"> Cirugía estética (excepto como requerido para ciertas situaciones) Atención dental (Adultos) Tratamiento para la infertilidad Cuidado a largo plazo Sustancias naturistas 	<ul style="list-style-type: none"> Atención que no sea de emergencia cuando se viaje fuera de los EE.UU. Enfermería privada Cuidado rutinario de podología Programas de adelgazamiento

Otros servicios cubiertos (es posible que se apliquen limitaciones a estos servicios. Esta no es una lista completa. Consulte el documento del plan).		
<ul style="list-style-type: none"> Atención quiropráctic 	<ul style="list-style-type: none"> Aparatos auditivos, limitado a un audifono por oido cada tres años para ciertos dependientes 	<ul style="list-style-type: none"> Cuidado rutinario ocular (Adultos), limitado a un examen de la vista por año

* Para obtener más información sobre limitaciones y excepciones, consulte el documento del [plan](#) o de la póliza en www.modahealth.com

Su derecho a continuar con la cobertura Hay organismos que pueden ayudarlo si quiere mantener la cobertura después de que esta finalice. La información de contacto de estas organismos es: el Departamento de Trabajo de los Estados Unidos, la Administración de Seguridad para los Beneficios de los Empleados al 1-866-444-3272 o <http://www.dol.gov/agencies/ebsa/about-ebsa/ask-a-question/ask-ebsa>, el Departamento de Seguros de Idaho, 1-800-721-3272 o <https://doi.idaho.gov>, o comuníquese con Moda Health a 1-844-931-1775. Otras opciones de cobertura también pueden estar disponibles para usted, incluida la compra de cobertura de seguro individual a través del [Mercado de Seguros Médicos](#). Para obtener más información sobre Su Salud Idaho, visite www.yourhealthidaho.org o llame a 1-855-944-3246.

Su derecho a presentar una queja o apelación: Hay organismos que pueden ayudarlo si tiene una queja contra su [plan](#) por la denegación de una [reclamación](#). Esta queja se denomina [queja](#) formal o [apelación](#). Para más información sobre sus derechos, consulte la explicación de beneficios que recibirá por dicha [reclamación](#) médica. Los documentos de su [plan](#) también dan toda la información para presentar una [reclamación](#), una [apelación](#) o una [queja formal](#) por cualquier motivo a su [plan](#). Para más información sobre sus derechos, sobre este aviso, o si necesita ayuda, comuníquese con: Moda Health a 1-844-931-1775 o el Departamento de Seguros de Idaho a <https://doi.idaho.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? No corresponde.

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 888-786-7461

Tagalog (Tagalog): Kung kailangan ninyo ang tulong sa Tagalog tumawag sa 888-873-1395

Chinese (中文): 如果需要中文的帮助, 请拨打这个号码888-873-1395

Navajo (Dine): Dinek'ehgo shika at'ohwol ninisingo, kwiiijgo holne' 888-873-1395

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

* Para obtener más información sobre limitaciones y excepciones, consulte el documento del [plan](#) o de la póliza en www.modahealth.com

Acerca de estos ejemplos de cobertura:



Este no es una herramienta de cálculo de costos. Los tratamientos que se muestran son solo ejemplos de cómo este [plan](#) podría 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 la 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	\$100
■ Especialista copago	\$20
■ Hospital (establecimiento) coseguro	35%
■ Otro coseguro	35%

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*)

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

En este ejemplo, Peg pagaría:

Costos compartidos

Deducibles	\$100
Copagos	\$0
Coseguro	\$650

Lo que no está cubierto

Límites o exclusiones	\$50
-----------------------	------

El total que Peg pagaría es	\$800
------------------------------------	--------------

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	\$100
■ Especialista copago	\$20
■ Hospital (establecimiento) coseguro	35%
■ Otro coseguro	35%

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*)

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

En este ejemplo, Joe pagaría:

Costos compartidos

Deducibles	\$100
Copagos	\$50
Coseguro	\$600

Lo que no está cubierto

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

El total que Joe pagaría sería	\$770
---------------------------------------	--------------

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

■ El deducible general del plan	\$100
■ Especialista copago	\$20
■ Hospital (establecimiento) coseguro	35%
■ Otro coseguro	35%

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	\$2,800
--------------------------------	----------------

En este ejemplo, Mia pagaría:

Costos compartidos

Deducibles	\$100
Copagos	\$10
Coseguro	\$600

Lo que no está cubierto

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

El total que Mia pagaría sería	\$710
---------------------------------------	--------------

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

Nondiscrimination notice

We follow federal civil rights laws. We do not discriminate based on race, religion, color, national origin, age, disability, gender identity, sex or sexual orientation.

We provide free services to people with disabilities so that they can communicate with us. These include sign language interpreters and other forms of communication.

If your first language is not English, we will give you free interpretation services and/or materials in other languages.

If you need any of the above, call:

844-931-1775 (TDD/TTY 711)

If you think we did not offer these services or discriminated, you can file a written complaint.

Please mail or fax it to:

Moda Partners, Inc.
Attention: Appeal Unit
601 SW Second Ave.
Portland, OR 97204
Fax: 503-412-4003

If you need help filing a complaint, please call Customer Service.

You can also file a civil rights complaint with the U.S. Department of Health and Human Services Office for Civil Rights at ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf, or by mail or phone:

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

You can get Office for Civil Rights complaint forms at hhs.gov/ocr/office/file/index.html.

Scott White coordinates our nondiscrimination work:

Scott White,
Compliance Officer
601 SW Second Ave.
Portland, OR 97204
855-232-9111
compliance@modahealth.com

modahealth.com/idaho

ATENCIÓN: Si habla español, hay disponibles servicios de ayuda con el idioma sin costo alguno para usted. Llame al 1-877-605-3229 (TTY: 711).

CHÚ Ý: Nếu bạn nói tiếng Việt, có dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí cho bạn. Gọi 1-877-605-3229 (TTY: 711)

注意：如果您說中文，可得到免費語言幫助服務。請致電1-877-605-3229（聾啞人專用：711）

주의: 한국어로 무료 언어 지원 서비스를 이용하시려면 다음 연락처로 연락해주시기 바랍니다. 전화 1-877-605-3229 (TTY: 711)

PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, ang mga serbisyong tulong sa wika, ay walang bayad, at magagamit mo. Tumawag sa numerong 1-877-605-3229 (TTY: 711)

تنبيه: إذا كنت تتحدث العربية، فهناك خدمات مساعدة لغوية متاحة لك مجانًا. اتصل برقم (الهاتف النصي: 711) 1-877-605-3229

بولتے ہیں تو سانی (URDU) توجہ دیں: اگر آپ اردو اعانت آپ کے لیے بلا معاوضہ دستیاب ہے۔ پر کال کریں 1-877-605-3229 (TTY: 711)

ВНИМАНИЕ! Если Вы говорите по-русски, воспользуйтесь бесплатной языковой поддержкой. Позвоните по тел. 1-877-605-3229 (текстовый телефон: 711).

ATTENTION : si vous êtes locuteurs francophones, le service d'assistance linguistique gratuit est disponible. Appelez au 1-877-605-3229 (TTY : 711)

توجہ: در صورتی کہ بہ فارسی صحبت می کنید، خدمات ترجمہ بہ صورت رایگان برای شما موجود است. با (TTY: 711) 1-877-605-3229 تماس بگیرید.

ध्यान दें: यदि आप हिंदी बोलते हैं, तो आपको भाषाई सहायता बिना कोई पैसा दिए उपलब्ध है। 1-877-605-3229 पर कॉल करें (TTY: 711)

Achtung: Falls Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos Sprachassistenzen zur Verfügung. Rufen sie 1-877-605-3229 (TTY: 711)

注意：日本語をご希望の方には、日本語サービスを無料で提供しております。1-877-605-3229（TTY、テレタイプライターをご利用の方は711）までお電話ください。

အကူအညီ: ဤတမ်း (ဇာပေါ်တင် ဒရီဇ် ဇာပေါ် အင်္ဂလိပ် စာအုပ်) ဝါလဲဝါ ဝါ တဲ ဝါ ဇာပေါ်တင် တမာဒ် မာဒ် ဝါ ဝါ မူလ် ဝါ ဝါ ဝါ ဝါ 1-877-605-3229 (TTY: 711) ဝါ ဒါဇ် ဒါဇ်

ໂປດຊາບ: ຖ້າທ່ານເວົ້າພາສາລາວ, ການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາແມ່ນມີໃຫ້ທ່ານໂດຍບໍ່ເສັຍຄ່າ. ໂທ 1-877-605-3229 (TTY: 711)

УВАГА! Якщо ви говорите українською, для вас доступні безкоштовні консультації рідною мовою. Зателефонуйте 1-877-605-3229 (TTY: 711)

ATENȚIE: Dacă vorbiți limba română, vă punem la dispoziție serviciul de asistență lingvistică în mod gratuit. Sunați la 1-877-605-3229 (TTY 711)

THOV CEEB TOOM: Yog hais tias koj hais lus Hmoob, muaj cov kev pab cuam txhais lus, pub dawb rau koj. Hu rau 1-877-605-3229 (TTY: 711)

ត្រូវចងចាំ: បើអ្នកនិយាយភាសាខ្មែរ ហើយ ត្រូវការសេវាកម្មជំនួយផ្នែកភាសាដោយ ឥតគិតថ្លៃ គឺមានផ្តល់ជូនលោកអ្នក។ សូមទូរស័ព្ទ ទៅកាន់លេខ 1-877-605-3229 (TTY: 711)

HUBACHIIISA: Yoo afaan Kshtik kan dubbattan ta'e tajaajiloonni gargaarsaa isiniif jira 1-877-605-3229 (TTY:711) tiin bilbilaa.

โปรดทราบ: หากคุณพูดภาษาไทย คุณสามารถใช้บริการช่วยเหลือด้านภาษาได้ฟรี โทร 1-877-605-3229 (TTY: 711)

FA’AUTAGIA: Afai e te tautala i le gagana Samoa, o loo avanoa fesoasoani tau gagana mo oe e le totogia. Vala’au i le 1-877-605-3229 (TTY: 711)

IPANGAG: Nu agsasaoka iti Ilocano, sidadaan ti tulong iti lengguahe para kenka nga awan bayadna. Umawag iti 1-877-605-3229 (TTY: 711)

UWAGA: Dla osób mówiących po polsku dostępna jest bezpłatna pomoc językowa. Zadzwoń: 1-877-605-3229 (obsługa TTY: 711)