El Resumen de beneficios y cobertura (SBC, por sus siglas en inglés) es un documento que le ayudará a elegir un plan médico. El SBC le muestra cómo usted y el plan compartirían el costo de los servicios médicos cubiertos. NOTA: La información sobre el costo de este plan (llamada prima) se proporcionará aparte. Este es solo un resumen. Para más información sobre su cobertura, o para obtener una copia de los términos de cobertura completos, visite www.cigna.com/sp. Para una definición de los términos de uso común, como monto permitido, facturación del saldo, coseguro, copago, deducible, proveedor, u otros términos delineados, consulte el glosario. Puede ver una copia del glosario en https://www.cms.gov/CCIIO/Resources/Forms-Reports-and-Other-Resources/Downloads/Spanish-UG-07-27-OHPSCA-edits-mk-080316_508.pdf o llamar al 1-800-Cigna24 para solicitar una copia.

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué es importante
¿Cuál es el deducible general?	Para proveedores dentro de la red: $500/persona o $1,000/familia. Para proveedores fuera de la red: $2,250/persona o $4,500/familia.	Por lo general, deberá pagar todos los costos de los proveedores hasta el deducible antes de que este plan comience a pagar. Si tiene a otros miembros de la familia en el plan, cada uno deberá alcanzar su propio deducible individual hasta que la cantidad total de gastos de deducible que hayan pagado todos los miembros de la familia alcance el deducible familiar general.
¿Se cubre algún servicio antes de pagar todo el deducible?	Sí. La atención preventiva y las vacunas dentro de la red, las visitas al consultorio, los medicamentos que requieren receta médica dentro de la red, las visitas a instalaciones de atención de urgencia dentro de la red.	Este plan cubre algunas partidas y servicios incluso si aún no ha cubierto el monto total del deducible. Sin embargo, es posible que se aplique un copago o coseguro. Por ejemplo, este plan cubre algunos servicios preventivos sin costos compartidos y antes de que cumpla con su deducible. Vea una lista de servicios preventivos cubiertos en https://www.cuidadodesalud.gov/es/coverage/preventive-care-benefits/.
¿Hay algún otro deducible por servicios específicos?	No.	No tiene que pagar un deducible por servicios específicos.
¿Cuál es el límite a los gastos directos del bolsillo de este plan?	Para proveedores dentro de la red: $3,500/persona o $7,000/familia. Para proveedores fuera de la red: $7,000/persona o $14,000/familia. Límite a los gastos directos del bolsillo médico/de salud del comportamiento y de farmacia combinado.	El límite a los gastos directos del bolsillo es el máximo que podría pagar en un año por servicios cubiertos. Si tiene a otros miembros de la familia en este plan, ellos tienen que alcanzar sus propios límites a los gastos directos del bolsillo hasta que se alcance el límite a los gastos directos del bolsillo general familiar.
¿Qué no incluye el límite a los gastos directos del bolsillo?	Las multas por falta de autorización previa de los servicios, las primas, los cargos por facturación de saldos y la atención médica que este plan no cubre.	Aunque usted pague estos costos, no cuentan para el límite a los gastos directos del bolsillo.

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué es importante
¿Pagará un poco menos si acude a un proveedor dentro de la red médica?	Sí. Vea www.cigna.com o llame al 1-855-273-3551 para una lista de proveedores dentro de la red.	Este plan usa una lista de proveedores dentro de la red. Usted pagará menos si acude a un proveedor dentro de la red del plan. Usted pagará más si acude a un proveedor fuera de la red, y es posible que reciba una factura de un proveedor por la diferencia en el costo del proveedor y lo que su plan paga (facturación del saldo). Tenga en mente que su proveedor dentro de la red podría utilizar un proveedor fuera de la red para algunos servicios (como laboratorios médicos). Consulte con su proveedor antes de obtener los servicios.
¿Necesita un referido para ver a un especialista?	No.	Puede acudir al especialista de su preferencia sin un referido.

Todos los costos de **copago** y **coseguro** que se indican en esta tabla son después de que se haya completado el **deducible**, si aplica un **deducible**.

Eventos médicos comunes	Servicios que podría necesitar	Lo que usted paga		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor en la red (Usted pagará lo mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará lo máximo)	
Si acude a la oficina o clínica de un proveedor de salud	Visita de atención primaria para tratar una lesión o enfermedad	Copago de $30/visita No se aplica ningún deducible	Coseguro del 40%	Ninguna
	Visita al especialista	Copago de $50/visita No se aplica ningún deducible	Coseguro del 40%	Ninguna
	Atención preventiva/examen colectivo/vacuna	Sin cargo No se aplica ningún deducible	Coseguro del 40%	Es posible que tenga que pagar por servicios que no sean preventivos. Pregúntele a su proveedor si los servicios que necesita son preventivos. Luego, verifique qué pagará su plan.
Si se realiza un examen	Prueba diagnóstica (radiografía, análisis de sangre)	Coseguro del 20%	Coseguro del 40%	Ninguna
	Estudios de imágenes (tomografía computarizada, estudio PET, resonancia magnética)	Coseguro del 20%	Coseguro del 40%	Multa de $300 por falta de precertificación para servicios fuera de la red.

Eventos médicos comunes	Servicios que podría necesitar	Lo que usted paga		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor en 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 disponible acerca de la cobertura de medicamentos con receta en www.cigna.com.	Medicamentos genéricos (nivel 1)	Copago de $10/receta (farmacia minorista, 30 días), copago de $25/receta (farmacia minorista y entrega a domicilio, 90 días) No se aplica ningún deducible	El reembolso se basa en el precio negociado dentro de la red. Usted paga el monto total que exceda ese precio.	Farmacia minorista: Suministro para un máximo de 30 días. Farmacia minorista y entrega a domicilio: Suministro para un máximo de 90 días. Medicamentos especializados: Suministro para un máximo de 30 días. Es posible que se apliquen algunas limitaciones, como por ejemplo, autorización previa, tratamiento escalonado y límites de cantidad. Para los medicamentos del programa Patient Assurance Program de Cigna, es posible que pague menos que los montos de costos compartidos indicados para las farmacias minoristas o para la entrega a domicilio. Los medicamentos preventivos requeridos por el gobierno federal dentro de la red se proporcionarán sin cargo. Los medicamentos que requieren receta médica no están sujetos al deducible. Cuando hay un genérico disponible pero la farmacia, por algún motivo, despacha un medicamento de marca, usted pagará la diferencia entre el medicamento de marca y el genérico, más el copago del medicamento genérico. Medicamentos especializados: Misma cobertura que los medicamentos genéricos y de marca.
	Medicamentos de marcas preferidas (nivel 2)	Coseguro del 25%, pero no menos de $20 o más de $80/receta (farmacia minorista, 30 días), coseguro del 25%, pero no menos de $50 o más de $200/receta (farmacia minorista y entrega a domicilio, 90 días) No se aplica ningún deducible	El reembolso se basa en el precio negociado dentro de la red. Usted paga el monto total que exceda ese precio.	
	Medicamentos de marcas no preferidas (nivel 3)	Coseguro del 40%, pero no menos de $40 o más de $100/receta (farmacia minorista, 30 días), coseguro del 40%, pero no menos de $100 o más de $250/receta (farmacia minorista y entrega a domicilio, 90 días) No se aplica ningún deducible	El reembolso se basa en el precio negociado dentro de la red. Usted paga el monto total que exceda ese precio.	
Si se somete a una cirugía ambulatoria	Cargo de instalaciones (p. ej., centro de cirugía ambulatoria)	Coseguro del 20%	Coseguro del 40%	Multa de $300 por falta de precertificación para servicios fuera de la red.
	Honorarios del médico/cirujano	Coseguro del 20%	Coseguro del 40%	Multa de $300 por falta de precertificación para servicios fuera de la red.
Si necesita atención médica inmediata	Atención en la sala de emergencias	Copago de $200/visita, más un coseguro del 20%	Copago de $200/visita, más un coseguro del 20%	El copago por visita no se aplica si es admitido. Los servicios fuera de la red se pagan al costo compartido y el deducible dentro de la red.

Eventos médicos comunes	Servicios que podría necesitar	Lo que usted paga		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor en la red (Usted pagará lo mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará lo máximo)	
	Transporte médico de emergencia	Coseguro del 20%	Coseguro del 20%	Los servicios de ambulancia aérea fuera de la red se pagan al costo compartido y el deducible dentro de la red.
	Atención de urgencia	Copago de $50/visita No se aplica ningún deducible	Coseguro del 40%	Ninguna
Si le hospitalizan	Cargo de instalaciones (p. ej., habitación de hospital)	Coseguro del 20%	Coseguro del 40%	Multa de $300 por falta de precertificación para servicios fuera de la red.
	Honorarios del médico/cirujano	Coseguro del 20%	Coseguro del 40%	Multa de $300 por falta de precertificación para servicios fuera de la red.
Si necesita servicios de salud mental, conductual o toxicomanías	Servicios ambulatorios	Copago de $30/visita al consultorio** Coseguro del 20%/todos los demás servicios **No se aplica ningún deducible	Coseguro del 40%/visita al consultorio Coseguro del 40%/todos los demás servicios	Multa de $300 si no se precertifican los servicios fuera de la red que no son de rutina. Incluye servicios médicos para diagnósticos de salud mental/toxicomanías.
	Servicios internos	Coseguro del 20%	Coseguro del 40%	Multa de $300 por falta de precertificación para servicios fuera de la red. Incluye servicios médicos para diagnósticos de salud mental/toxicomanías.
Si está embarazada	Visitas al consultorio	Coseguro del 20%	Coseguro del 40%	Se aplican los niveles de beneficios de la atención primaria o de especialistas a la visita inicial para confirmar el embarazo. El costo compartido no se aplica a los servicios preventivos. Según el tipo de servicio, es posible que se aplique un copago, coseguro o deducible. La atención de maternidad puede incluir exámenes y servicios que están descritos en otra parte del SBC (por ejemplo, sonogramas). Multa de $300 por falta de precertificación para servicios fuera de la red.
	Servicios de parto profesionales	Coseguro del 20%	Coseguro del 40%	
	Servicios de instalaciones de partos profesionales	Coseguro del 20%	Coseguro del 40%	

Eventos médicos comunes	Servicios que podría necesitar	Lo que usted paga		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor en la red (Usted pagará lo mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará lo máximo)	
Si necesita ayuda recuperándose o tiene otras necesidades de salud especiales	Atención de la salud en el hogar	Coseguro del 20%	Coseguro del 40%	Multa de $300 por falta de precertificación para servicios fuera de la red. La cobertura tiene un límite máximo de 120 días por año. Máximo de 16 horas por día. (El límite no se aplica a afecciones mentales ni a trastornos de consumo de sustancias).
	Servicios de rehabilitación	Copago de $30/visita** **No se aplica ningún deducible	Coseguro del 40%/visita al PCP Coseguro del 40%/visita al especialista	Multa de $300 por no precertificar servicios de terapia del habla fuera de la red. La cobertura tiene un límite máximo de: 60 días por año para servicios de rehabilitación y de rehabilitación cardíaca; 20 días por año para servicios de atención quiropráctica; 25 días por año para terapia del habla. No se aplican límites a las afecciones mentales para fisioterapia, terapia del habla y ocupacional.
	Servicios de habilitación	Copago de $30/visita** **No se aplica ningún deducible	Coseguro del 40%/visita al PCP Coseguro del 40%/visita al especialista	Los servicios están cubiertos cuando son médicamente necesarios para tratar una afección mental (p. ej., autismo). Multa de $300 por no precertificar servicios de terapia del habla fuera de la red. No se aplican límites a las afecciones mentales para fisioterapia, terapia del habla y ocupacional.
	Cuidado de enfermería especializada	Coseguro del 20%	Coseguro del 40%	Multa de $300 por falta de precertificación para servicios fuera de la red. La cobertura tiene un límite máximo de 100 días por año.
	Equipo médico duradero	Coseguro del 20%	Coseguro del 40%	Multa de $300 por falta de precertificación para servicios fuera de la red.

Eventos médicos comunes	Servicios que podría necesitar	Lo que usted paga		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor en la red (Usted pagará lo mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará lo máximo)	
	Servicios de cuidados paliativos o enfermos terminales	Coseguro del 20%/servicios para pacientes internados Coseguro del 20%/servicios para pacientes en consulta externa	Coseguro del 40%/servicios para pacientes internados Coseguro del 40%/servicios para pacientes en consulta externa	Multa de $300 por falta de precertificación para servicios fuera de la red.
Si su niño necesita servicios odontológicos o de la vista	Examen de la vista pediátrico	Sin cobertura	Sin cobertura	Ninguna
	Anteojos para niños	Sin cobertura	Sin cobertura	Ninguna
	Chequeo dental pediátrico	Sin cobertura	Sin cobertura	Ninguna

Servicios excluidos y otros servicios cubiertos:

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

- Cirugía bariátrica
- Cirugía estética
- Atención dental (adultos)
- Atención dental (niños)
- Atención de la vista (niños)
- Atención a largo plazo
- Atención que no sea de emergencia mientras viaja fuera de los Estados Unidos
- Enfermería de práctica privada
- Atención de la vista de rutina (adultos)
- Atención de los pies de rutina
- Programas para bajar de peso

Otros servicios cubiertos (podrían aplicarse limitaciones a estos servicios. Esto no es una lista completa. Consulte el documento de su plan).

- Acupuntura (20 días)
- Atención quiropráctica (20 días)
- Aparatos auditivos (máximo de $3,000 cada 36 meses)
- Tratamiento para la infertilidad (máximo de $20,000 de por vida)

Sus derechos a continuar con su cobertura:

Hay agencias que pueden ayudarle si desea continuar con su cobertura cuando esta termine. La información de contacto de estas agencias es: Cigna al 1-800-Cigna24 y Administración de Seguridad de Beneficios para Empleados del Departamento de Trabajo al 1-866-444-EBSA (3272) o en www.dol.gov/ebsa/healthreform. Podría tener también otras opciones de cobertura, como comprar cobertura de seguro individual a través del Mercado de Seguro Médico. Para más información acerca del Mercado, visite www.CuidadoDeSalud.gov o llame al 1-800-318-2596.

Sus derechos para presentar quejas o apelaciones:
Hay agencias que pueden ayudarle si tiene una queja contra su plan por negarle un reclamo. Esta queja se llama reclamo o apelación. Para más información acerca de sus derechos, consulte la explicación de beneficios que recibirá para este reclamo médico. Sus documentos del plan también incluirán información completa sobre cómo presentar un reclamo, una apelación o una queja formal a su plan por cualquier motivo. Para más información sobre sus derechos, esta notificación o para recibir asistencia, comuníquese con: Servicio al Cliente de Cigna al 1-800-Cigna24. También puede comunicarse con la Administración de Seguridad de Beneficios para Empleados del Departamento de Trabajo llamando al 1-866-444-EBSA (3272) o ingresando en www.dol.gov/ebsa/healthreform. Además, un programa de asistencia al consumidor puede ayudarle a presentar su apelación. Comuníquese con: Centro de ayuda del Departamento de Atención Médica Administrada de California al (888) 466-2219.

¿Este plan proporciona cobertura esencial mínima? Sí.
La cobertura esencial mínima generalmente incluye planes, seguro médico disponible a través del Mercado u otras políticas de mercado individuales, Medicare, Medicaid, CHIP, TRICARE y otra cierta cobertura. Si califica para ciertos tipos de cobertura esencial mínima, es posible que no califique para el crédito fiscal para las primas.

¿Este plan cumple con los estándares de valor mínimo? Sí.
Si su plan no cumple con los estándares de valor mínimo, usted podría calificar para un crédito fiscal para las primas para ayudarle a pagar un plan a través del Mercado.

Servicios lingüísticos:
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.

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

Acerca de los ejemplos de cobertura:

Este no es un estimador de costos. Los tratamientos ilustrados son ejemplos de cómo este plan podría cubrir la atención médica. Los costos en sí serán diferentes, en función de la atención que termine recibiendo, los precios que cobren sus proveedores y muchos otros factores. Enfóquese en los montos de costos compartidos (deducibles, copagos y coseguros) y los servicios excluidos dentro del plan. Utilice esta información para comparar la porción de los costos que usted tendría que pagar con otros planes médicos distintos. Tenga en mente que estos ejemplos de cobertura se basan solo en la cobertura individual.

Peg está embarazada
(nueve meses de atención prenatal en la red y parto en el hospital)

- **El deducible general del plan** **$500**
- **Copago de especialista** **$50**
- **Coseguro de hospital (instalaciones)** **20%**
- **Otro coseguro** **20%**

Este EJEMPLO incluye servicios como:
Visitas al especialista *(atención prenatal)*
Servicios de parto profesionales
Servicios de instalaciones de partos profesionales
Pruebas diagnósticas *(sonogramas y análisis de sangre)*
Visita al especialista *(anestesia)*

Costo total hipotético	**$12,700**

En este ejemplo, Peg pagaría:

Costo compartido	
Deducibles	$500
Copagos	$40
Coseguro	$2,400
Qué no está cubierto	
Límites o exclusiones	$20
El total que Peg pagaría es	$2,960

Control de la diabetes tipo 2 de Joe
(un año de atención en la red de rutina de una enfermedad bien manejada)

- **El deducible general del plan** **$500**
- **Copago de especialista** **$50**
- **Coseguro de hospital (instalaciones)** **20%**
- **Otro coseguro** **20%**

Este EJEMPLO incluye servicios como:
Visitas al consultorio del médico primario
(incluye sesiones informativas sobre la enfermedad)
Pruebas diagnósticas *(análisis de sangre)*
Medicamentos por recetas
Equipo médico duradero *(medidor de glucosa)*

Costo total hipotético	**$5,600**

En este ejemplo, Joe pagaría:

Costo compartido	
Deducibles	$120
Copagos	$800
Coseguro	$0
Qué no está cubierto	
Límites o exclusiones	$40
El total que Joe pagaría es	$960

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

- **El deducible general del plan** **$500**
- **Copago de especialista** **$50**
- **Coseguro de hospital (instalaciones)** **20%**
- **Otro coseguro** **20%**

Este EJEMPLO incluye servicios como:
Sala de emergencias
(incluye materiales médicos)
Prueba diagnóstica *(radiografía)*
Equipo médico duradero *(muletas)*
Servicios de rehabilitación *(terapia física)*

Costo total hipotético	**$2,800**

En este ejemplo, Mia pagaría:

Costo compartido	
Deducibles	$500
Copagos	$300
Coseguro	$300
Qué no está cubierto	
Límites o exclusiones	$0
El total que Mia pagaría es	$1,100

El plan sería responsable de los demás costos por estos servicios cubiertos en este EJEMPLO.

Nombre del Plan: Standard Plan (HPN) **Ben Ver:** 36 **Plan ID:** 40023643

ESTA PÁGINA SE DEJÓ EN BLANCO DE MANERA INTENCIONAL.

La discriminación es ilegal

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 un modo diferente por 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 herramientas especiales gratuitas para que puedan comunicarse de manera eficaz con nosotros; por ejemplo:
  - Intérpretes de lenguaje de señas calificados;
  - Información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos).
- Proporciona servicios de asistencia lingüística gratuita, en forma oportuna, a personas cuyo idioma primario no es el inglés, como por ejemplo:
  - Intérpretes calificados;
  - Información escrita en otros idiomas.

Si necesita modificaciones razonables, servicios y herramientas especiales, o servicios de asistencia lingüística, comuníquese con el coordinador de derechos civiles.

Si considera que Cigna Healthcare no ha proporcionado estos servicios o ha discriminado de otro modo 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 ante el coordinador de derechos civiles.
P.O. Box 188016, Chattanooga, TN 37422,
877.822.6561 (TTY: marque el 711)

ACAGrievance@CignaHealthcare.com

La queja puede presentarse en persona, por correo postal, por fax o por correo electrónico. Si necesita ayuda para presentar la queja, el coordinador de derechos civiles podrá ayudarle.

También puede presentar una queja en materia de derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos, electrónicamente 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 por 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 para presentar una queja están disponibles en **https://www.hhs.gov/civil-rights/filing-a-complaint/complaint-process/index.html**

cigna healthcare

Todos los productos y servicios de Cigna Healthcare se brindan exclusivamente por o a través de subsidiarias operativas de The Cigna Group, que incluyen a Cigna Health and Life Insurance Company, Connecticut General Life Insurance Company, Evernorth Behavioral Health, Inc., Evernorth Care Solutions, Inc. y HMO subsidiarias o compañías de servicios subsidiarias 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. ATTENTION: If you speak languages other than English, language assistance services, free of charge are available to you. For current Cigna customers, call the number on the back of your ID card. Otherwise, call 1.800.244.6224 (TTY: Dial 711). ATENCIÓN: Si usted habla un idioma que no sea inglés, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística.

896375SPh 5/25 © 2025 Cigna Healthcare.

Proficiency of Language Assistance Services

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 TTY: 711) 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 د، 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

824711 8/24