

Resumen de beneficios y cobertura: Lo que cubre este plan y lo que usted paga por los servicios cubiertos

SLEEP NUMBER CORPORATION

Período de cobertura: 01/01/2024 – 12/31/2024

Cobertura para: Individuo y familia | **Tipo de plan:** HDHP



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, visite bluecrossmn.com o llame al 1-866-665-3565. Para ver las definiciones de términos frecuentes, como [cantidad permitida](#), [facturación de saldo](#), [coseguro](#), [copago](#), [deducible](#), [proveedor](#) u otros términos subrayados, consulte el glosario. Puede consultar el glosario en <https://www.healthcare.gov/sbc-glossary> o llamar al 1-866-665-3565 para pedir una copia.

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué es importante:
¿Cuánto es el deducible total?	<p>\$2,000 por servicios médicos y medicamentos por persona dentro de la red.</p> <p>\$4,000 por servicios médicos y medicamentos por individuo fuera de la red.</p> <p>\$4,000 por servicios médicos y medicamentos por individuo fuera de la red.</p> <p>\$8,000 por servicios médicos y medicamentos por familia fuera de la red.</p>	<p>Por lo general, debe pagar todos los costos de los proveedores hasta la cantidad del deducible antes de que este plan comience a pagar. Este plan tiene un deducible no incorporado. Si hay otros miembros de la familia cubiertos por el plan, debe alcanzarse el deducible familiar general antes de que el plan comience a pagar.</p> <p>El deducible por persona se aplica únicamente a la cobertura individual.</p>
¿Hay servicios cubiertos antes de alcanzar su deducible ?	<p>Sí. Los servicios de atención del niño sano, atención prenatal y atención preventiva dentro de la red se cubren antes de alcanzar su deducible.</p>	<p>Este plan cubre algunos artículos y servicios, incluso si aún no ha alcanzado la cantidad 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 alcance su deducible. Vea una lista de servicios preventivos cubiertos en https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/.</p>
¿Hay otros deducibles para servicios específicos?	No.	No tiene que pagar deducibles para servicios específicos.

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué es importante:
¿Cuánto es el límite de gastos de bolsillo para este plan?	<p>\$4,500 por servicios médicos y medicamentos por individuo dentro de la red.</p> <p>\$9,000 por servicios médicos y medicamentos por familia dentro de la red.</p> <p>\$9,000* por servicios médicos y medicamentos por individuo fuera de la red.</p> <p>\$18,000* por servicios médicos y medicamentos por familia fuera de la red. *Con un tope de \$6,850 por persona dentro de un contrato familiar.</p>	<p>El límite de gastos de bolsillo es el máximo que podría pagar en un año por servicios cubiertos.</p> <p>Este plan tiene un límite de gastos de bolsillo incorporado. Si hay otros miembros de la familia cubiertos por el plan, ellos deben pagar su propio límite de gastos de bolsillo, hasta alcanzar el límite de gastos de bolsillo familiar general. Cada miembro de la familia solo paga los costos compartidos aplicables hasta el límite de gastos de bolsillo individual, y toda la familia solo paga los costos compartidos aplicables hasta el límite de gastos de bolsillo familiar.</p>
¿Qué es lo que no está incluido en el límite de gastos de bolsillo ?	Las primas , los cargos por facturación de saldo (a menos que la facturación de saldo esté prohibida) y los servicios de atención médica que este plan no cubre.	Aunque usted pague estos costos, no cuentan para el límite de gastos de bolsillo .
¿Pagará menos si acude a un proveedor dentro de la red ?	Sí. Su red es Aware. Vea bluecrossmn.com/find-a-doctor/#/home o llame al 1-866-665-3565 para obtener una lista de proveedores dentro de la red .	Este plan tiene una red de proveedores . Usted pagará menos si acude a un proveedor dentro de la red del plan . Usted pagará el máximo 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 de saldo). Tenga en mente que su proveedor dentro de la red podría utilizar un proveedor fuera de la red para algunos servicios (como análisis de laboratorio). Consulte con su proveedor antes de obtener servicios.
¿Necesita una derivación para atenderse con un especialista ?	No.	Puede acudir al especialista de su preferencia 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 pagará		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	20 % de coseguro	30 % de coseguro	Ninguna.
	Consulta con un especialista	20 % de coseguro	30 % de coseguro	Ninguna.

Circunstancia médica común	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor dentro de la red (Usted pagará el mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará el máximo)	
	Atención preventiva/ evaluación/vacunas	Sin cargo	Niño sano: 30 % de coseguro Adulto: 30 % de coseguro	Usted tendrá que pagar los servicios que no sean preventivos. Consulte con su proveedor si los servicios necesarios son preventivos. Luego verifique lo que su plan pagará.
Si se realiza un examen	Exámenes de diagnóstico (radiografías, análisis de sangre)	20 % de coseguro	30 % de coseguro	Es posible que se requiera autorización previa.
	Diagnóstico por imágenes (tomografía computarizada/ tomografía por emisión de positrones, imágenes por resonancia magnética)	20 % de coseguro	30 % de coseguro	
Si necesita un medicamento para tratar su enfermedad o condición médica. Hay más información disponible sobre la cobertura de medicamentos con receta médica en bluecrossmn.com .	Medicamentos de Nivel 1	20 % de coseguro por receta médica (por venta minorista). 20 % de coseguro por receta médica (por servicio por correo). 20 % de coseguro por receta médica (receta médica de 90 días por venta minorista).	20 % de coseguro	Cubre un suministro de hasta 30 días (receta médica por venta minorista); un suministro de hasta 90 días (receta médica por servicio por correo y receta médica de 90 días por venta minorista). Es posible que se requiera autorización previa.
	Medicamentos con receta médica del Nivel 2	20 % de coseguro por receta médica (por venta minorista). 20 % de coseguro por receta médica (por servicio por correo). 20 % de coseguro por receta médica (receta médica de 90 días por venta minorista).	20 % de coseguro	
	Medicamentos con receta médica del Nivel 3	20 % de coseguro por receta médica (por venta minorista). 20 % de coseguro por receta médica (por servicio por correo). 20 % de coseguro por receta médica (receta médica de 90 días por venta minorista).	20 % de coseguro	

Circunstancia médica común	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor dentro de la red (Usted pagará el mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará el máximo)	
	Medicamentos con receta médica del Nivel 4	20 % de coseguro por receta médica (por venta minorista). 20 % de coseguro por receta médica (por servicio por correo). 20 % de coseguro por receta médica (receta médica de 90 días por venta minorista).	20 % de coseguro	
	Medicamentos de especialidad	Consulte los costos compartidos aplicables a los medicamentos con receta médica	Sin cobertura	Cubre un suministro de hasta 30 días (receta médica de proveedor de la red participante de medicamentos de especialidad). Es posible que se requiera autorización previa.
Si le hacen una cirugía ambulatoria	Tarifa del centro (p. ej., centro de cirugía ambulatoria)	20 % de coseguro para centro hospitalario para pacientes ambulatorios y centro de cirugía ambulatoria	30 % de coseguro	Es posible que se requiera autorización previa.
	Tarifas del médico/cirujano	20 % de coseguro para centro hospitalario para pacientes ambulatorios y centro de cirugía ambulatoria	30 % de coseguro	
Si necesita atención médica inmediata	Atención en la sala de emergencias	20 % de coseguro	20 % de coseguro	Los servicios fuera de la red se aplican al deducible dentro de la red y al límite de gastos de bolsillo .
	Transporte médico de emergencia	20 % de coseguro	20 % de coseguro	
	Atención de urgencia	20 % de coseguro	30 % de coseguro	Ninguna.
Si necesita hospitalización	Tarifa del centro (p. ej., habitación del hospital)	20 % de coseguro	30 % de coseguro	Ninguna.
	Tarifas del médico/cirujano	20 % de coseguro	30 % de coseguro	Ninguna.

Circunstancia médica común	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará		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 salud mental, salud conductual o de abuso de sustancias	Servicios para pacientes ambulatorios	20 % de coseguro	30 % de coseguro	Los servicios de asesoramiento para matrimonio/parejas no están cubiertos. Es posible que se requiera autorización previa.
	Servicios para pacientes hospitalizados, incluido tratamiento residencial de salud mental para adultos	20 % de coseguro	30 % de coseguro	
Si está embarazada	Visitas al consultorio	Atención prenatal: sin cargo Atención posparto: 20 % de coseguro	Atención prenatal: 30 % de coseguro Atención posparto: 30 % de coseguro	El costo compartido no se aplica a los servicios preventivos . Según el tipo de servicio, pueden aplicarse otros costos compartidos . La atención por maternidad puede incluir exámenes y servicios descritos en otra parte del SBC (es decir, ecografía).
	Servicios profesionales para el nacimiento y el parto	20 % de coseguro	30 % de coseguro	
	Servicios hospitalarios para el nacimiento y el parto	20 % de coseguro	30 % de coseguro	
Si necesita servicios de recuperación o tiene otras necesidades especiales de salud	Atención médica en el hogar	20 % de coseguro	30 % de coseguro	Es posible que se requiera autorización previa.
	Servicios de rehabilitación	20 % de coseguro para terapia ocupacional, fisioterapia y terapia del lenguaje	30 % de coseguro para terapia ocupacional, fisioterapia y terapia del lenguaje	Es posible que se requiera autorización previa.
	Servicios de habilitación	20 % de coseguro para terapia ocupacional, fisioterapia y terapia del lenguaje	30 % de coseguro para terapia ocupacional, fisioterapia y terapia del lenguaje	
	Atención de enfermería especializada	20 % de coseguro	30 % de coseguro	120 días combinados por persona por período de beneficios. Es posible que se requiera autorización previa.
	Equipo médico duradero	20 % de coseguro	30 % de coseguro	Es posible que se requiera autorización previa.
	Servicios en un programa de cuidados paliativos	20 % de coseguro	30 % de coseguro	Ninguna.

Circunstancia médica común	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará		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 su hijo necesita servicios dentales o de la vista	Examen de la vista para niños	Sin cargo	Desde los 0 hasta los 17 años: 30 % de coseguro Desde los 18 hasta los 18 años: 30 % de coseguro	Ninguna.
	Anteojos para niños	Sin cobertura	Sin cobertura	Sin cobertura para estos servicios.
	Control dental para niños	Sin cobertura	Sin cobertura	Sin cobertura para estos servicios.

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](#)).

- Cirugía estética
- Atención dental (adultos y niños)
- Atención a largo plazo
- Atención de los pies de rutina
- Programas de pérdida de peso

Otros servicios cubiertos (es posible que se apliquen limitaciones a estos servicios. Esta no es una lista completa. Consulte el documento del [plan](#)).

- Acupuntura
- Cirugía bariátrica
- Atención quiropráctica
- Tratamiento para la infertilidad
- Audifono
- Atención que no sea de emergencia durante viajes fuera de los Estados Unidos
- Servicios de enfermería privada
- Atención de la vista de rutina (adultos)

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 esos organismos es: Departamento de Comercio de Minnesota al 1-800-657-3602; Administración de Seguridad de Beneficios del Empleado del Departamento de Trabajo al 1-866-444-EBSA (3272) o en dol.gov/ebsa/healthreform; el Centro de Información al Consumidor y Supervisión de Seguros del el Departamento de Salud y Servicios Humanos al 1-877-267-2323 ext. 61565 o en cciio.cms.gov. Para obtener más información sobre sus derechos para continuar con la cobertura, comuníquese con Blue Cross al 1-866-665-3565. Es posible que haya otras opciones de cobertura disponibles para usted, como contratar una cobertura de seguro individual a través del [Mercado](#) de [Seguros Médicos](#). Para obtener más información sobre el [Mercado](#), visite www.mnsure.org o llame al 1-855-366-7873.

Su derecho a presentar una queja o una 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 obtener 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 obtener más información sobre sus derechos, sobre este aviso o si necesita ayuda, comuníquese con: Blue Cross al 1-866-873-5943; el Departamento de Comercio de Minnesota al 1-800-657-3602; la Administración de Seguridad de Beneficios del Empleado del Departamento de Trabajo al 1-866-444-EBSA (3272) o en www.dol.gov/ebsa/healthreform. Si está cubierto por un [plan](#) ofrecido por el plan de Salud del Estado, una ciudad, un condado, un distrito escolar, una Cooperativa de Servicios o un plan de la iglesia, puede comunicarse con el Equipo de Asistencia sobre Seguros Médicos del Departamento de Salud y Servicios Humanos al 1-888-393-2789.

¿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? Sí.

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:

Español (Spanish): Para obtener asistencia en español, llama al 1-855-903-2583.

Tagalog (Tagalog): Kung kailangan ninyo ang tulong sa Tagalog tumawag sa 1-866-537-7720.

Chinese (中文): 如果需要中文的帮助, 请拨打这个号码1-855-315-4017.

Navajo (Dine): Dinek'ehgo shika at'ohwol ninisingo, kwijigo holne' 1-855-902-2583.

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

Declaración de revelación de la PRA: De acuerdo con la Ley de Simplificación de Trámites Administrativos (Paperwork Reduction Act) de 1995, a ninguna persona se le requiere responder a una recopilación de información, a menos que esta muestre un número válido de control OMB. El número de control válido de la OMB para esta recopilación de información es **0938-1146**. Se calcula que llenar la recopilación de información lleva un promedio de **0.08** horas por respuesta, incluyendo el tiempo para revisar instrucciones, buscar recursos de datos existentes y reunir la información necesaria, además de revisar la información. Si tienes algún comentario relacionado con la precisión de los tiempos estimados o sugerencias para mejorar este formulario, escribe a: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.

Acerca de estos ejemplos de cobertura:



Esta no es una herramienta de cálculo de costos. Los tratamientos que se muestran son solo ejemplos de cómo puede este [plan](#) 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](#) ([deducible](#), [copago](#) y [coseguro](#)) y en los [servicios excluidos](#) por el [plan](#). Utilice esta información para comparar la porción de los costos que usted tendría que pagar con otros [planes](#) médicos distintos. Tenga presente que estos ejemplos de cobertura se basan solo en una 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	\$2,000
■ Coseguro del especialista	20 %
■ Coseguro del hospital (establecimiento)	20 %
■ Otro coseguro	

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	\$2,000
Copagos	\$0
Coseguro	\$1,600
Lo que no está cubierto	
Límites o exclusiones	\$60
El total que Peg pagaría es	\$3,660

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	\$2,000
■ Coseguro del especialista	20 %
■ Coseguro del hospital (establecimiento)	20 %
■ Otro coseguro	20 %

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	\$2,000
Copagos	\$0
Coseguro	\$700
Lo que no está cubierto	
Límites o exclusiones	\$20
El total que Joe pagaría es	\$2,720

Fractura simple de Mia

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

■ El deducible general del plan	\$2,000
■ Coseguro del especialista	20 %
■ Coseguro del hospital (establecimiento)	20 %
■ Otro coseguro	20 %

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	\$2,000
Copagos	\$0
Coseguro	\$100
Lo que no está cubierto	
Límites o exclusiones	\$0
El total que Mia pagaría es	\$2,100

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

Notificación de prácticas de no discriminación

En vigencia a partir del 18 de julio de 2016

Blue Cross and Blue Shield of Minnesota y Blue Plus (Blue Cross) cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no ejerce ninguna discriminación en función de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad ni sexo. Blue Cross no excluye a las personas ni las trata de manera diferente en función de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad ni sexo.

Blue Cross ofrece recursos para acceder a la información en formatos e idiomas alternativos:

- Hay ayuda y servicios auxiliares disponibles y sin cargo, como intérpretes calificados e información escrita en otros formatos, para que las personas con discapacidades se comuniquen con nosotros.
- Hay servicios de idiomas disponibles y sin cargo, como intérpretes calificados e información escrita en otros idiomas, para personas cuyo idioma principal no es el inglés.

Si necesita estos servicios, llámenos al 1-800-382-2000 o al número de teléfono que aparece al dorso de su tarjeta de identificación. Los usuarios de TTY deben llamar al 711.

Si cree que Blue Cross no ha cumplido en proporcionar estos servicios o le ha discriminado de otra forma en función de su raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, puede presentar una queja formal ante el Coordinador de Derechos Civiles de No Discriminación

- por correo electrónico a: Civil.Rights.Coord@bluecrossmn.com
- por correo postal a: Nondiscrimination Civil Rights Coordinator
Blue Cross and Blue Shield of Minnesota and Blue Plus - M495
PO Box 64560
Eagan, MN 55164-0560
- o por teléfono al: 1-800-509-5312

Para obtener formularios de queja formal, comuníquese con nosotros a los contactos que se mencionan anteriormente, llamando al 1-800-382-2000 o al número de teléfono que aparece al dorso de su tarjeta de identificación. Los usuarios de TTY deben llamar al 711. Si necesita ayuda para presentar una queja formal, puede solicitarla llamándonos a los números de teléfono que se mencionan anteriormente.

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

- puede hacerlo por vía electrónica a través del Portal de quejas de la Oficina de Derechos Civiles, disponible en: <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>
- por teléfono al: 1-800-368-1019 o 1-800-537-7697 (TDD)
- o por correo postal a: U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue SW
Room 509F, HHH Building
Washington, DC 20201

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

Servicio de acceso a idiomas:

This information is available in other languages. Free language assistance services are available by calling the toll free number below. For TTY, call 711.

Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia con el idioma. Llame al 1-855-903-2583. Para TTY, llame al 711.

Yog tias koj hais lus Hmoob, muaj kev pab txhais lus pub dawb rau koj. Hu rau 1-800-793-6931. Rau TTY, hu rau 711.

Haddii aad ku hadasho Soomaali, adigu waxaad heli kartaa caawimo luqad lacag la'aan ah. Wac 1-866-251-6736. Markay tahay dad maqalku ku adag yahay (TTY), wac 711.

နမ့်ကတိကညီကိတ်ဒီး, တံကဟ့ၣ်န့ၣ်ကိတ်တံမၤတၢ်ကလိတဖၣ်န့ၣ်လိၤ. ကိး 1-866-251-6744 လၢ TTYအဂီၢ်, ကိး 711 တက့ၢ်.

إذا كنت تتحدث العربية، تتوفر لك خدمات المساعدة اللغوية المجانية. اتصل بالرقم 1-866-569-9123. للهاتف النصي اتصل بالرقم 711.

Nếu quý vị nói Tiếng Việt, có sẵn các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí cho quý vị. Gọi số 1-855-315-4015. Người dùng TTY xin gọi 711.

Afaan Oromoo dubbattu yoo ta'e, tajaajila gargaarsa afaan hiikuu kaffaltii malee. Argachuuf 1-855-315-4016 bilbilaa. TTY dhaaf, 711 bilbilaa.

如果您說中文，我們可以為您提供免費的語言協助服務。請撥打 1-855-315-4017。聽語障專 (TTY)，請撥打 711。

Если Вы говорите по-русски, Вы можете воспользоваться бесплатными услугами переводчика. Звоните 1-855-315-4028. Для использования телефонного аппарата с текстовым выходом звоните 711.

Si vous parlez français, des services d'assistance linguistique sont disponibles gratuitement. Appelez le +1-855-315-4029. Pour les personnes malentendantes, appelez le 711.

አማርኛ የሚናገሩ ከሆኑ፣ ነጻ የቋንቋ አገልግሎት እርዳ አለሎት። በ 1-855-315-4030 ይደውሉ ለ TTY በ 711።

한국어를 사용하시는 경우, 무료 언어 지원 서비스가 제공됩니다. 1-855-904-2583 으로 전화하십시오. TTY 사용자는 711 로 전화하십시오.

ຖ້າເຈົ້າເວົ້າພາສາລາວໄດ້, ມີການບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອພາສາໃຫ້ເຈົ້າຟຣີ. ໃຫ້ໂທຫາ 1-866-356-2423 ສ່າລັບ. TTY, ໃຫ້ໂທຫາ 711.

Kung nagsasalita kayo ng Tagalog, mayroon kayong magagamit na libreng tulong na mga serbisyo sa wika. Tumawag sa 1-866-537-7720. Para sa TTY, tumawag sa 711.

Wenn Sie Deutsch sprechen, steht Ihnen fremdsprachliche Unterstützung zur Verfügung. Wählen Sie 1-866-289-7402. Für TTY wählen Sie 711.

ប្រសិនបើអ្នកនិយាយភាសាខ្មែរមិន អ្នកអាចរកបានសេវាជំនួយភាសាឥតគិតថ្លៃ។ ទូរស័ព្ទមកលេខ 1-855-906-2583។ សម្រាប់ TTY សូមទូរស័ព្ទមកលេខ 711។

Diné k'ehjí yáníłt'i'go saad bee yát'i' éí t'áájíík'e bee níká'a'doowołgo éí ná'ahoot'i'. Kojí éí béesh bee hodíílnih 1-855-902-2583. TTY biniiyégo éí 711 jí' béesh bee hodíílnih.