

El documento de Resumen de Beneficios y Cobertura (SBC) 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 (llamado la 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 cobertura, visite www.cigna.com/sp. Para definiciones de términos comunes, como monto permitido, facturación de saldo, coseguro, copago, deducible, proveedor, u otros términos subrayados, consulte el Glosario en <https://www.healthcare.gov/sbc-glossary> o llame al 1-866-494-2111 para solicitar una copia.

Preguntas Importantes	Respuestas	Por qué es importante:
<u>¿Cuál es el deducible general?</u>	Para <u>proveedores dentro de la red</u> : \$3,400/individual - solo el empleado o \$6,000 máximo familiar (no más de \$3,400 por individual - dentro de una familia) Para <u>proveedores fuera de la red</u> : \$5,500/individual - solo el empleado o \$11,000 máximo familiar (no más de \$5,500 por individual - dentro de una familia) Deducible combinado médico/conductual y farmacia	En general, usted debe pagar todos los costos de los <u>proveedores</u> hasta el monto del <u>deducible</u> antes de que este <u>plan</u> comience a pagar. Si tiene otros miembros de la familia en el <u>plan</u> , cada miembro debe cumplir su propio <u>deducible</u> individual hasta que el total de gastos de <u>deducible</u> pagados por todos cumpla el <u>deducible</u> familiar general.
<u>¿Hay servicios cubiertos antes de cumplir su deducible?</u>	Sí. <u>Atención preventiva</u> en la red e inmunizaciones, inmunizaciones fuera de la red hasta los 5 años.	Este <u>plan</u> cubre algunos artículos y servicios incluso si aún no ha cumplido el monto del <u>deducible</u> . Pero puede aplicar un <u>copago</u> o <u>coseguro</u> . Por ejemplo, este <u>plan</u> cubre ciertos <u>servicios preventivos</u> sin <u>participación en costos</u> y antes de que cumpla su <u>deducible</u> . Consulte una lista de <u>servicios preventivos</u> cubiertos en https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/ .
<u>¿Hay otros deducibles para servicios específicos?</u>	No.	No tiene que cumplir <u>deducibles</u> para servicios específicos.
<u>¿Cuál es el límite de gastos de bolsillo para este plan?</u>	Para <u>proveedores dentro de la red</u> : \$7,050/individual - solo el empleado o \$14,100 máximo familiar (no más de \$7,050 por individual - dentro de una familia) Para <u>proveedores fuera de la red</u> : \$20,250/individual - solo el empleado o \$40,500 máximo familiar (no más de \$20,250 por individual - dentro de una familia) Límite combinado de <u>gastos de bolsillo</u> médico/conductual y farmacia	El <u>límite de gastos de bolsillo</u> es lo máximo que podría pagar en un año por servicios cubiertos. Si tiene otros miembros de la familia en este <u>plan</u> , deben cumplir sus propios <u>límites de gastos de bolsillo</u> hasta que se haya cumplido el <u>límite de gastos de bolsillo</u> familiar general.
<u>¿Qué no está incluido en el límite de gastos de bolsillo?</u>	Multas por no obtener <u>preautorización</u> para servicios, <u>primas</u> , cargos por <u>facturación de saldo</u> y atención médica que este <u>plan</u> no cubre.	Aunque usted pague estos gastos, no se contabilizan hacia el <u>límite de gastos de bolsillo</u> .

Preguntas Importantes	Respuestas	Por qué es importante:
<u>¿Pagará menos si usa un proveedor de la red?</u>	Sí. Consulte www.cigna.com o llame al 1-866-494-2111 para obtener una lista de <u>proveedores de la red</u> .	Este <u>plan</u> usa una <u>red de proveedores</u> . Pagará menos si usa un <u>proveedor</u> en la <u>red</u> del <u>plan</u> . Pagará más si usa un <u>proveedor fuera de la red</u> , y podría recibir una factura por la diferencia entre el cargo del <u>proveedor</u> y lo que paga su <u>plan</u> (<u>facturación de saldo</u>). Su <u>proveedor de la red</u> podría usar un <u>proveedor fuera de la red</u> para algunos servicios (como análisis de laboratorio). Consulte con su <u>proveedor</u> antes de recibir servicios.
<u>¿Necesita una remisión para ver a un especialista?</u>	No.	Puede ver al <u>especialista</u> que elija sin necesidad de una <u>remisión</u> .

■ Todos los costos de copago y coseguro mostrados en este cuadro son después de que su deducible ha sido cumplido, si aplica un deducible.

Evento Médico Común	Servicios que Puede Necesitar	Lo que Usted Pagará		Limitaciones, Excepciones y Otra Información Importante
		Proveedor En la Red (Pagará lo menos)	Proveedor Fuera de la Red (Pagará lo más)	
Si visita el consultorio o clínica de un proveedor de atención médica	Visita de atención primaria para tratar una lesión o enfermedad	30% coseguro/visita	50% coseguro	Ninguna
	Visita al especialista	30% coseguro/visita	50% coseguro	Ninguna
	Atención preventiva/detección/inmunización	Sin cargo El deducible no aplica	50% coseguro	Es posible que tenga que pagar por servicios que no son preventivos. Consulte con su proveedor si los servicios son preventivos. Luego verifique lo que pagará su plan. Las inmunizaciones fuera de la red están cubiertas sin cargo hasta los 5 años.
Si tiene una prueba	Prueba diagnóstica (radiografía, análisis de sangre)	30% coseguro	50% coseguro	Ninguna
	Imágenes (tomografías CT/PET, resonancias magnéticas)	30% coseguro en instalación ambulatoria 30% coseguro en el consultorio	50% coseguro en instalación ambulatoria 50% coseguro en el consultorio	Multa de \$750 por no obtener precertificación fuera de la red.

Evento Médico Común	Servicios que Puede Necesitar	Lo que Usted Pagará		Limitaciones, Excepciones y Otra Información Importante
		Proveedor En la Red (Pagará lo menos)	Proveedor Fuera de la Red (Pagará lo más)	
Si necesita medicamentos para tratar su enfermedad o condición Más información sobre cobertura de medicamentos recetados disponible en www.cigna.com	Medicamentos genéricos (Nivel 1)	Copago de \$10/receta (venta al por menor 30 días) \$30/receta (venta al por menor y entrega a domicilio 90 días)	No cubierto	La cobertura está limitada a un suministro de 90 días (venta al por menor y entrega a domicilio); hasta un suministro de 30 días para medicamentos de especialidad. Pueden aplicar ciertas limitaciones, incluyendo: autorización previa, terapia escalonada, límites de cantidad. Para medicamentos en el Programa Cigna Patient Assurance puede pagar menos que los montos de participación en costos indicados. Los medicamentos preventivos federalmente requeridos en la red se proporcionarán sin cargo.
	Medicamentos de marca preferidos (Nivel 2)	Copago de \$30/receta (venta al por menor 30 días) \$90/receta (venta al por menor y entrega a domicilio 90 días)	No cubierto	
	Medicamentos de marca no preferidos (Nivel 3)	Copago de \$60/receta (venta al por menor 30 días) \$180/receta (venta al por menor y entrega a domicilio 90 días)	No cubierto	
	Medicamentos de especialidad (Nivel 4)	Copago de \$80/receta (venta al por menor y entrega a domicilio 30 días)	No cubierto	
Si tiene cirugía ambulatoria	Cargo por instalación (p. ej., centro de cirugía ambulatoria)	30% coseguro	50% coseguro	Multa de \$750 por no obtener precertificación fuera de la red.
	Honorarios del médico/cirujano	30% coseguro	50% coseguro	Multa de \$750 por no obtener precertificación fuera de la red.

Evento Médico Común	Servicios que Puede Necesitar	Lo que Usted Pagará		Limitaciones, Excepciones y Otra Información Importante
		Proveedor En la Red (Pagará lo menos)	Proveedor Fuera de la Red (Pagará lo más)	
Si necesita atención médica inmediata	Atención en sala de emergencias	30% coseguro	30% coseguro	Los servicios fuera de la red se pagan con la participación en costos y deducible de la red.
	Transporte médico de emergencia	30% coseguro	30% coseguro	Los servicios de ambulancia aérea fuera de la red se pagan con la participación en costos y deducible de la red.
	Atención de urgencias	30% coseguro	50% coseguro	Ninguna
Si tiene una estadía en el hospital	Cargo por instalación (p. ej., habitación de hospital)	30% coseguro	50% coseguro	Multa de \$750 por no obtener precertificación fuera de la red.
	Honorarios del médico/cirujano	30% coseguro	50% coseguro	Multa de \$750 por no obtener precertificación fuera de la red.

Evento Médico Común	Servicios que Puede Necesitar	Lo que Usted Pagará		Limitaciones, Excepciones y Otra Información Importante
		Proveedor En la Red (Pagará lo menos)	Proveedor Fuera de la Red (Pagará lo más)	
Si necesita servicios de salud mental, conductual o por abuso de sustancias	Servicios ambulatorios	30% coseguro/visita al consultorio 30% coseguro/todos los demás servicios	50% coseguro/visita al consultorio 50% coseguro/todos los demás servicios	Multa de \$750 si no se obtiene precertificación de servicios no rutinarios fuera de la red. Incluye servicios médicos para diagnósticos de SM/SA.
	Servicios de hospitalización	30% coseguro	50% coseguro	Multa de \$750 por no obtener precertificación fuera de la red. Incluye servicios médicos para diagnósticos de SM/SA.
Si está embarazada	Visitas al consultorio	30% coseguro	50% coseguro	
	Servicios profesionales de parto/alumbramiento	30% coseguro	50% coseguro	
	Servicios de instalación de parto/alumbramiento	30% coseguro	50% coseguro	Los niveles de beneficio de Atención Primaria o Especialista aplican para la visita inicial para confirmar el embarazo. La participación en costos no aplica para servicios preventivos. Según el tipo de servicios, puede aplicar un copago, coseguro o deducible. La atención de maternidad puede incluir pruebas y servicios descritos en otras partes del SBC (p. ej., ultrasonido).

Evento Médico Común	Servicios que Puede Necesitar	Lo que Usted Pagará		Limitaciones, Excepciones y Otra Información Importante
		Proveedor En la Red (Pagará lo menos)	Proveedor Fuera de la Red (Pagará lo más)	
Si necesita ayuda para recuperarse o tiene otras necesidades de salud especiales	Atención médica domiciliaria	30% coseguro	50% coseguro	Multa de \$750 por no obtener precertificación fuera de la red. La cobertura está limitada a 60 visitas máximo anuales. (El límite no aplica para condiciones de salud mental y trastornos por uso de sustancias.)
	Servicios de rehabilitación	30% coseguro/visita para terapia Física, del Habla, Auditiva y Ocupacional 30% coseguro/visita para atención quiropráctica	50% coseguro/visita para terapia Física, del Habla, Auditiva y Ocupacional 50% coseguro/visita para atención quiropráctica	La cobertura está limitada a un máximo anual de 35 visitas para terapia Física, del Habla, Auditiva y Ocupacional combinada con atención quiropráctica. Los límites no aplican para condiciones de salud mental para terapias Física, del Habla y Ocupacional.
	Servicios de habilitación	30% coseguro/visita para terapia Física, del Habla, Auditiva y Ocupacional	50% coseguro/visita para terapia Física, del Habla, Auditiva y Ocupacional	Los servicios están cubiertos cuando son Médicamente Necesarios para tratar una condición de salud mental (p. ej., autismo) o una anomalía congénita. Los límites no aplican para condiciones de salud mental para terapias Física, del Habla y Ocupacional.
	Atención en enfermería especializada	30% coseguro	50% coseguro	Multa de \$750 por no obtener precertificación fuera de la red. La cobertura está limitada a 25 días máximo anuales.
	Equipo médico duradero	30% coseguro	No cubierto	Ninguna
	Servicios de hospicio	30% coseguro/servicios de hospitalización 30% coseguro/servicios ambulatorios	50% coseguro/servicios de hospitalización 50% coseguro/servicios ambulatorios	Multa de \$750 por no obtener precertificación fuera de la red.
Si su hijo necesita atención dental o visual	Examen oftalmológico para niños	No cubierto	No cubierto	Ninguna
	Lentes para niños	No cubierto	No cubierto	Ninguna
	Revisión dental para niños	No cubierto	No cubierto	Ninguna

Servicios Excluidos y Otros Servicios Cubiertos:

Servicios que Su Plan Generalmente NO Cubre (Consulte su póliza o documento del plan para más información y una lista de otros servicios excluidos.)

- Cirugía cosmética
- Atención dental (Adultos)
- Atención dental (Niños)
- Tratamiento de infertilidad
- Atención a largo plazo
- Atención no urgente cuando viaja fuera de los EE. UU.
- Enfermería de servicio privado
- Atención oftalmológica de rutina (Adultos)
- Atención oftalmológica de rutina (Niños)
- Atención podológica de rutina
- Programas de pérdida de peso

Otros Servicios Cubiertos (Pueden aplicar limitaciones a estos servicios. Esta no es una lista completa. Consulte el documento de su plan.)

- Acupuntura (solo en la red, 12 visitas)
- Atención quiropráctica (35 visitas)
- Audífonos: máximo de 2 dispositivos (1 por oído) por 36 meses

Sus Derechos para Continuar la Cobertura:

Existen agencias que pueden ayudarle si desea continuar su cobertura después de que termine. La información de contacto de esas agencias es: Cigna al 1-866-494-2111, Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU., Centro de Información al Consumidor y Supervisión de Seguros, al 1-877-267-2323 x61565 o www.cciio.cms.gov. Es posible que también tenga disponibles otras opciones de cobertura, incluyendo la compra de 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 Queja y Apelación:

Existen agencias que pueden ayudarle si tiene una queja contra su plan por una denegación de un reclamo. Esta queja se llama queja formal o apelación. Para obtener más información sobre sus derechos, consulte la explicación de beneficios que recibirá por ese reclamo médico. Los documentos de su plan también proporcionan información completa sobre cómo presentar un reclamo, apelación o una queja formal por cualquier motivo. Para obtener más información sobre sus derechos, este aviso o asistencia, comuníquese con: Servicio al cliente de Cigna al 1-866-494-2111. Además, un programa de asistencia al consumidor puede ayudarle a presentar su apelación. Comuníquese con: Texas Consumer Health Assistance Program al (800) 252-3439.

¿Este plan proporciona Cobertura Mínima Esencial? Sí.

La Cobertura Mínima Esencial generalmente incluye planes, seguro médico disponible a través del Mercado u otras pólizas de mercado individual, Medicare, Medicaid, CHIP, TRICARE y cierta otra cobertura. Si es elegible para ciertos tipos de Cobertura Mínima Esencial, puede no ser elegible para el crédito fiscal de prima.

¿Este plan cumple con los Estándares de Valor Mínimo? Sí.

Si su plan no cumple con los Estándares de Valor Mínimo, puede ser elegible para un crédito fiscal de prima que le ayude a pagar un plan a través del Mercado.

Servicios de Acceso al Idioma:

Español (Español): Para obtener asistencia en Español, llame al 1-866-494-2111.

Tagalog (Tagalog): Kung kailangan ninyo ang tulong sa Tagalog tumawag sa 1-866-494-2111.

Navajo (Dine): Dinek'ehgo shika at'ohwol ninisingo, kwijigo holne' 1-866-494-2111.

Chino (中文): 如果需要中文的帮助, 请拨打这个号码 1-866-494-2111.

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:

Esto no es un estimador de costos. Los tratamientos mostrados 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 cobran sus proveedores y muchos otros factores. Enfóquese en los montos de participación en costos (deducibles, copagos y coseguros) y los servicios excluidos bajo el plan. Use esta información para comparar la porción de costos que podría pagar bajo diferentes planes de salud. Tenga en cuenta que estos ejemplos de cobertura se basan en cobertura solo para el asegurado.

Peg va a tener un bebé (9 meses de atención prenatal en la red y parto en hospital)	Manejo de la Diabetes Tipo 2 de Joe (un año de atención rutinaria en la red de una condición bien controlada)	Fractura Simple de Mia (visita a sala de emergencias en la red y atención de seguimiento)
■ Deducible general del plan \$3,400	■ Deducible general del plan \$3,400	■ Deducible general del plan \$3,400
■ Coseguro del especialista 30%	■ Coseguro del especialista 30%	■ Coseguro del especialista 30%
■ Coseguro del hospital (instalación) 30%	■ Coseguro del hospital (instalación) 30%	■ Coseguro del hospital (instalación) 30%
■ Otro coseguro 30%	■ Otro coseguro 30%	■ Otro coseguro 30%
Este EJEMPLO incluye servicios como:	Este EJEMPLO incluye servicios como:	Este EJEMPLO incluye servicios como:
Visitas al consultorio del especialista (atención prenatal)	Visitas al consultorio del médico de atención primaria (incluyendo educación sobre la enfermedad)	Atención en sala de emergencias (incluyendo suministros médicos)
Servicios Profesionales de Parto/Alumbramiento	Pruebas diagnósticas (análisis de sangre)	Prueba diagnóstica (radiografía)
Servicios de Instalación de Parto/Alumbramiento	Medicamentos recetados	Equipo médico duradero (muletas)
Pruebas diagnósticas (ultrasonidos y análisis de sangre)	Equipo médico duradero (glucómetro)	Servicios de rehabilitación (fisioterapia)
Visita al especialista (anestesia)		
Costo Total del Ejemplo \$12,700	Costo Total del Ejemplo \$5,600	Costo Total del Ejemplo \$2,800
En este ejemplo, Peg pagaría:	En este ejemplo, Joe pagaría:	En este ejemplo, Mia pagaría:
<i>Participación en Costos</i>	<i>Participación en Costos</i>	<i>Participación en Costos</i>
Deducibles \$3,400	Deducibles \$3,400	Deducibles \$2,800
Copagos \$10	Copagos \$200	Copagos \$0
Coseguros \$2,700	Coseguros \$40	Coseguros \$0
<i>Lo que no está cubierto</i>	<i>Lo que no está cubierto</i>	<i>Lo que no está cubierto</i>
Límites o exclusiones \$20	Límites o exclusiones \$40	Límites o exclusiones \$0
El total que pagaría Peg es \$6,130	El total que pagaría Joe es \$3,680	El total que pagaría Mia es \$2,800

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

Nombre del Plan: HDHPQ Plan Ben Ver: 34 ID del Plan: 37892280

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, origen nacional, edad, discapacidad, sexo, ascendencia, religión, estado civil, género, orientación sexual, identidad de género o estereotipos de género. Cigna Healthcare no excluye a personas ni las trata de manera menos favorable o diferente a causa de la raza, color, origen nacional, edad, discapacidad, sexo, ascendencia, religión, estado civil, género, orientación sexual, identidad de género o estereotipos de género. **Cigna Healthcare:** • Proporciona a las personas con discapacidades modificaciones razonables y ayudas auxiliares apropiadas gratuitas para comunicarse con nosotros de manera efectiva, tales como: – Intérpretes calificados de lenguaje de señas – Información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos) • Proporciona servicios gratuitos de asistencia de idioma a personas cuyo idioma principal no es el inglés de manera oportuna, tales como: – Intérpretes calificados – Información escrita en otros idiomas Si necesita modificaciones razonables, ayudas y servicios auxiliares apropiados o servicios de asistencia de idioma, comuníquese con el Coordinador de Derechos Civiles.

Si cree que Cigna Healthcare no ha proporcionado estos servicios o ha discriminado de otra manera por motivos de raza, color, origen nacional, edad, discapacidad, sexo, ascendencia, religión, estado civil, género, orientación sexual, identidad de género o estereotipos de género, 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, por correo, fax o correo electrónico. Si necesita ayuda para presentar una queja formal, el Coordinador de Derechos Civiles está disponible para ayudarlo. También puede presentar una queja de derechos civiles ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU., Oficina de Derechos Civiles 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 o teléfono: **U.S. Department of Health and Human Services** 200 Independence Avenue, SW Room 509F, HHH Building Washington, DC 20201 **1.800.368.1019, 800.537.7697 (TDD)** Los formularios de quejas están disponibles en <https://www.hhs.gov/civil-rights/filing-a-complaint/complaint-process/index.html>

cigna healthcare

Los productos y servicios de Cigna Healthcare son proporcionados exclusivamente por o a través de subsidiarias operativas de The Cigna Group, incluyendo Cigna Health and Life Insurance Company, Connecticut General Life Insurance Company, Evernorth Behavioral Health, Inc., Evernorth Care Solutions, Inc. y HMO o subsidiarias de servicios de Cigna Health Corporation, incluyendo 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 aparece al 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, comuníquese con nosotros.

896375h 5/25 © 2025 Cigna Healthcare.

Competencia en Servicios de Asistencia de Idioma

Inglés – 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.
Español – 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.
Chino – 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。
Vietnamita – Vietnamese –	XIN LƯU Ý: Nếu bạn nói tiếng Việt, 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.
Coreano – Korean –	가 가 1 - 800 - 244 - 6224 (TTY: 711)
Tagalo – 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.
Ruso – 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.
Árabe – Arabic –	مقرر لبل صتا. أن اجم للذو، اهل لوصول لبل باق تادع اسم أضى رفوتت امك. قى اجم للذو عولل اددع اسم الم تامدخ لل رفوتت، قى بعرع ا شذحتت تنك اذا: قى بن ت ك ب ص اخل ا تم دخل ا مدم قى ل ا شذحت و ا (711 بل طا) 1-800-244-6224 (TTY: 711 بل طا)
Criollo Francés – 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.
Francés – French –	ATTENTION : Si vous 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.
Portugués – 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.
Polaco – 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.
Japonés – 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。
Italiano – 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.
Alemán – German –	Achtung: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlose Sprachassistentendienste 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.
Persa – Farsi –	ی الجبل ا ق رد تا ع ا ل طا هئ ارا ی ارب بس ان م ی کم ک تامدخ و ل ی اس و ن ی ن چ ه . نت سا س رت سد رد امش ی ارب نابز کم ک ناگی ار تامدخ ، دین ک قی م تب ح ص ی س راف ه ب رگا : ن جوت دی ن ک تب ح ص دوخ ه دن ه ل قی ارا اب ای (دی ری گب ار 711 هرامش) (دی ری گب س ام ت 1-800-244-6224 هرامش اب . دن ت سه س رت سد رد ناگی ار ت روص ه ب س رت سد ل باق