



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 www.HealthReformPlanSBC.com o llame al 1-800-334-9778. Para ver las definiciones de términos frecuentes, como monto permitido, 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 1-800-334-9778 para pedir una copia.

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué es importante:
¿Cuánto es el <u>deducible</u> total?	Por cada año del <u>plan</u> , en el nivel preferido de MH: individual \$750/familiar \$1,875. Nivel básico: individual \$1,000/familiar \$2,500.	En general, debe pagar todos los costos de los <u>proveedores</u> hasta la cantidad <u>deducible</u> antes de que este <u>plan</u> comience a pagar. Si otros miembros de la familia están incluidos en el <u>plan</u> , cada miembro debe alcanzar su propio <u>deducible</u> individual hasta que la cantidad total de los gastos del <u>deducible</u> pagada por todos los miembros de la familia alcance el <u>deducible</u> familiar general.
¿Hay servicios cubiertos antes de alcanzar su <u>deducible</u> ?	Sí. Las visitas al consultorio, la <u>atención preventiva</u> y los medicamentos genéricos dentro de la <u>red</u> están cubiertos antes de que alcance el deducible.	Este <u>plan</u> cubre algunos productos y servicios aunque aún no haya alcanzado la cantidad del <u>deducible</u> . Sin embargo, se podría aplicar un <u>copago</u> o un <u>coseguro</u> . Por ejemplo, este <u>plan</u> cubre ciertos <u>servicios preventivos sin costos compartidos</u> antes de que alcance su <u>deducible</u> . Consulte una lista de <u>servicios preventivos cubiertos</u> en https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/ .
¿Hay otros <u>deducibles</u> para servicios específicos?	Sí. \$50 para <u>medicamentos con receta médica</u> . No se aplica a los medicamentos genéricos dentro de la <u>red</u> . No hay otros <u>deducibles</u> específicos.	Debe pagar todos los costos de estos servicios hasta la cantidad específica de <u>deducible</u> antes de que este <u>plan</u> comience a pagar estos servicios.
¿Cuánto es el <u>límite de gastos de bolsillo</u> para este <u>plan</u> ?	Nivel preferido de MH: individual \$5,500/familiar \$11,000. Nivel básico: individual \$5,500/familiar \$11,000.	El <u>límite de gastos de bolsillo</u> es lo máximo que puede pagar en un año por servicios cubiertos. Si otros miembros de la familia están incluidos en el <u>plan</u> , deben alcanzar sus propios <u>límites de gastos de bolsillo</u> hasta alcanzar el <u>límite de gastos de bolsillo</u> familiar general.
¿Qué es lo que no está incluido en el <u>límite de gastos de bolsillo</u> ?	<u>Primas</u> , cargos de <u>facturación de saldo</u> y atención médica que este <u>plan</u> no cubre.	Aunque pague estos gastos, no cuentan para el <u>límite de gastos de bolsillo</u> .
¿Pagará menos si acude a un <u>proveedor dentro de la red</u> ?	Sí. Para obtener una lista de <u>proveedores</u> del nivel preferido de MH, visite https://www.aetna.com/dsepublic/#/memorialhermann o llame al 1-800-334-9778.	Pagará el mínimo si usa un <u>proveedor</u> del nivel preferido de MH. Pagará más si usa un <u>proveedor</u> del nivel básico. Pagará el máximo si acude a un <u>proveedor fuera de la red</u> , y es posible que reciba una factura de un <u>proveedor</u> por la diferencia entre el cargo del <u>proveedor</u> y lo que su <u>plan</u> paga (<u>facturación de saldo</u>). Tenga en cuenta que su <u>proveedor dentro de la red</u> puede 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 los servicios. La inscripción en el plan fuera del área (OOA) de Memorial Hermann depende del código postal del miembro. Comuníquese con Servicios Compartidos de Memorial Hermann para confirmar su elegibilidad.
¿Necesita una <u>derivación</u> para atenderse con un <u>especialista</u> ?	No.	Puede ver al <u>especialista</u> que usted elija sin una <u>derivación</u> .



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 del nivel preferido de MH (Usted pagará el mínimo)	Proveedor del nivel básico (Usted pagará más)	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	\$25 de <u>copago</u> /visita, no se aplica el <u>deducible</u> ; 10 % de <u>coseguro</u> para cirugía en el consultorio.	\$50 de <u>copago</u> /visita, no se aplica el <u>deducible</u> ; 25 % de <u>coseguro</u> para cirugía en el consultorio.	Sin cobertura.	Ninguna.
	Consulta con un <u>especialista</u>	\$40 de <u>copago</u> /visita, no se aplica el <u>deducible</u> ; 10 % de <u>coseguro</u> para cirugía en el consultorio.	\$75 de <u>copago</u> /visita, no se aplica el <u>deducible</u> ; 25 % de <u>coseguro</u> para cirugía en el consultorio.	Sin cobertura.	Ninguna.
	<u>Atención preventiva/evaluación/vacunas</u>	Sin cargo.	Sin cargo.	Sin cobertura.	Es posible que deba pagar los servicios que no son preventivos. Consulte con su <u>proveedor</u> si los servicios que necesita son preventivos. Luego, verifique qué pagará el <u>plan</u> .
Si se realiza un examen	<u>Exámenes de diagnóstico</u> (radiografías, análisis de sangre)	Laboratorio: 10 % de <u>coseguro</u> ; radiografías: \$100 de <u>copago</u> /visita.	25 % de <u>coseguro</u> .	Sin cobertura.	Ninguna.
	Diagnóstico por imágenes (tomografía computarizada/tomografía por emisión de positrones, imágenes por resonancia magnética)	\$100 de <u>copago</u> /visita.	25 % de <u>coseguro</u> .	Sin cobertura.	Ninguna.
Si necesita un medicamento para tratar su enfermedad o condición médica.	Medicamentos genéricos	<u>Copago</u> /medicamentos con receta médica, no se aplica el <u>deducible</u> : \$10 (al por menor), \$25 (pedidos por correo).	<u>Copago</u> /medicamentos con receta médica, no se aplica el <u>deducible</u> : \$10 (al por menor), \$25 (pedidos por correo).	Sin cobertura.	Cubre un suministro de 30 días (al por menor) y un suministro de 31 a 90 días (pedidos por correo). Incluye medicamentos y dispositivos anticonceptivos disponibles en las farmacias. No se cobran los

Circunstancia médica común	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará			Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor del nivel preferido de MH (Usted pagará el mínimo)	Proveedor del nivel básico (Usted pagará más)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará el máximo)	
La cobertura de medicamentos con receta médica está administrada por Caremark. Hay más información disponible sobre la cobertura de medicamentos con receta médica en www.caremark.com	Medicamentos de marca preferidos	30 % de <u>coseguro/medicamentos</u> con receta médica después del <u>deducible</u> específico con mínimo de \$35 y máximo de \$75 (al por menor), mínimo de \$90 y máximo de \$190 (pedidos por correo).	30 % de <u>coseguro/medicamentos</u> con receta médica después del <u>deducible</u> específico con mínimo de \$35 y máximo de \$75 (al por menor), mínimo de \$90 y máximo de \$190 (pedidos por correo).	Sin cobertura.	anticonceptivos genéricos preferidos para mujeres aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) dentro de la <u>red</u> . \$50 por <u>deducible</u> de farmacia por persona cubierta.
	Medicamentos de marca no preferidos	50 % de <u>coseguro/medicamentos</u> con receta médica después del <u>deducible</u> específico con mínimo de \$50 y máximo de \$125 (al por menor), mínimo de \$125 y máximo de \$315 (pedidos por correo).	50 % de <u>coseguro/medicamentos</u> con receta médica después del <u>deducible</u> específico con mínimo de \$50 y máximo de \$125 (al por menor), mínimo de \$125 y máximo de \$315 (pedidos por correo).	Sin cobertura.	
	<u>Medicamentos de especialidad</u>	\$0 de <u>copago/medicamentos</u> con receta médica (30 % de costo compartido para los medicamentos elegibles para el programa PrudentRx si no está inscrito en dicho programa). <u>Medicamentos de especialidad</u> no elegibles para PrudentRx: <u>Formulario</u> : \$150 de <u>copago/medicamentos</u> con receta médica. Fuera del <u>formulario</u> : \$200 de <u>copago/medicamentos</u> con receta médica.	\$0 de <u>copago/medicamentos</u> con receta médica (30 % de costo compartido para los medicamentos elegibles para el programa PrudentRx si no está inscrito en dicho programa). <u>Medicamentos de especialidad</u> no elegibles para PrudentRx: <u>Formulario</u> : \$150 de <u>copago/medicamentos</u> con receta médica. Fuera del <u>formulario</u> : \$200 de <u>copago/medicamentos</u> con receta médica.	Sin cobertura.	Si elige comprar un medicamento de marca cuando hay un medicamento genérico disponible, deberá pagar el costo compartido del medicamento de marca más la diferencia de costo entre el medicamento de marca y el genérico. Los medicamentos de especialidad pueden adquirirse al por menor o por correo para un suministro máximo de 30 días. Algunos medicamentos de especialidad pueden ser elegibles para el programa PrudentRx, que le permite obtener el medicamento sin costo. Llame al 1-800-578-4403 para comprobar la elegibilidad. Consulte la <i>Descripción resumida del plan (SPD)</i> de farmacia para obtener un resumen completo del programa.

Circunstancia médica común	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará			Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor del nivel preferido de MH (Usted pagará el mínimo)	Proveedor del nivel básico (Usted pagará más)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará el máximo)	
Si le hacen una cirugía ambulatoria	Tarifa del centro (p. ej., centro de cirugía ambulatoria)	10 % de <u>coseguro</u> .	25 % de <u>coseguro</u> .	Sin cobertura.	Ninguna.
	Tarifas del médico/cirujano	10 % de <u>coseguro</u> .	25 % de <u>coseguro</u> .	Sin cobertura.	Ninguna.
Si necesita atención médica inmediata	<u>Atención en la Sala de Emergencias</u>	\$300 de <u>copago</u> /visita.	\$300 de <u>copago</u> /visita.	\$300 de <u>copago</u> /visita.	La atención de emergencia fuera de la <u>red</u> se paga igual que dentro de la <u>red</u> .
	<u>Transporte médico de emergencia</u>	25 % de <u>coseguro</u> .	25 % de <u>coseguro</u> .	25 % de <u>coseguro</u> .	La atención de emergencia fuera de la <u>red</u> se paga igual que dentro de la <u>red</u> . Traslados que no son de emergencia: sin cobertura, excepto si se autorizan previamente.
	<u>Atención de urgencia</u>	\$25 de <u>copago</u> /visita, no se aplica el <u>deducible</u> .	\$50 de <u>copago</u> /visita, no se aplica el <u>deducible</u> .	Sin cobertura.	Ninguna.
Si necesita hospitalización	Tarifa del centro (p. ej., habitación del hospital)	10 % de <u>coseguro</u> .	25 % de <u>coseguro</u> .	Sin cobertura.	Ninguna.
	Tarifas del médico/cirujano	10 % de <u>coseguro</u> .	25 % de <u>coseguro</u> .	Sin cobertura.	Ninguna.
Si necesita servicios de salud mental, salud conductual o de abuso de sustancias	Servicios para pacientes ambulatorios	Visitas al consultorio: \$25 de <u>copago</u> /visita, no se aplica el <u>deducible</u> ; otros servicios para pacientes ambulatorios: 10 % de <u>coseguro</u> .	Visitas al consultorio: \$25 de <u>copago</u> /visita, no se aplica el <u>deducible</u> ; otros servicios para pacientes ambulatorios: 25 % de <u>coseguro</u> .	Visitas al consultorio y otros servicios para pacientes ambulatorios: sin cobertura.	Ninguna.
	Servicios para pacientes hospitalizados	10 % de <u>coseguro</u> .	25 % de <u>coseguro</u> .	Sin cobertura.	Ninguna.
Si está embarazada	Visitas al consultorio	Sin cargo; \$40 de copago por la visita inicial para confirmar el embarazo, no se aplica el <u>deducible</u> .	Sin cargo; \$75 de copago por la visita inicial para confirmar el embarazo, no se aplica el <u>deducible</u> .	Sin cobertura.	El <u>costo compartido</u> no se aplica a los <u>servicios preventivos</u> . La atención durante la maternidad puede incluir exámenes y servicios descritos en este resumen (por ejemplo, ecografía).
	Servicios profesionales para el nacimiento y el parto	\$500 de copago/embarazo, no se aplica el <u>deducible</u> .	\$500 de copago/embarazo, no se aplica el <u>deducible</u> .	Sin cobertura.	
	Servicios hospitalarios para el nacimiento y el parto	Sin cargo.	Sin cargo.	Sin cobertura.	

Circunstancia médica común	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará			Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor del nivel preferido de MH (Usted pagará el mínimo)	Proveedor del nivel básico (Usted pagará más)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará el máximo)	
Si necesita servicios de recuperación o tiene otras necesidades especiales de salud	<u>Atención médica en el hogar</u>	10 % de <u>coseguro</u> .	25 % de <u>coseguro</u> .	Sin cobertura.	60 visitas/año del <u>plan</u> .
	<u>Servicios de rehabilitación</u>	\$15 de <u>copago</u> /visita, no se aplica el <u>deducible</u> .	\$30 de <u>copago</u> /visita, no se aplica el <u>deducible</u> .	Sin cobertura.	75 visitas/año del <u>plan</u> para fisioterapia, terapias ocupacional y del habla combinadas, incluidos los servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios.
	<u>Servicios de habilitación</u>	No se aplica el <u>deducible</u> : \$25 de <u>copago</u> /visita; \$15 de <u>copago</u> /visita para autismo.	\$30 de <u>copago</u> /visita, no se aplica el <u>deducible</u> .	Sin cobertura.	
	<u>Atención de enfermería especializada</u>	10 % de <u>coseguro</u> .	25 % de <u>coseguro</u> .	Sin cobertura.	120 visitas/año del <u>plan</u> .
	<u>Equipo médico duradero</u>	10 % de <u>coseguro</u> .	25 % de <u>coseguro</u> .	Sin cobertura.	Limitado a 1 <u>equipo médico duradero</u> con el mismo objetivo o uno similar. Se excluyen las reparaciones por mal uso o abuso.
	<u>Servicios en un programa de cuidados paliativos</u>	10 % de <u>coseguro</u> .	25 % de <u>coseguro</u> .	Sin cobertura.	Ninguna.
Si su hijo necesita servicios dentales o de la vista	Examen de la vista para niños	Sin cobertura.	Sin cobertura.	Sin cobertura.	Sin cobertura.
	Anteojos para niños	Sin cobertura.	Sin cobertura.	Sin cobertura.	Sin cobertura.
	Control dental para niños	Sin cobertura.	Sin cobertura.	Sin cobertura.	Sin cobertura.

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 cosmética.
- Atención dental (adultos y niños).
- Anteojos (niños).
- Atención a largo plazo.
- Atención que no es de emergencia para viajes fuera de los EE. UU.
- Enfermería particular.
- Atención de rutina para la vista (adultos y niños).
- Atención de rutina para los pies.

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

- Acupuntura: 20 visitas por año del plan para tratar una enfermedad, una lesión o un dolor crónico.
- Cirugía bariátrica.
- Cuidado quiropráctico: 10 visitas por año del plan.
- Audífonos: 2 audífonos por oído cada 36 meses.
- Tratamiento para la infertilidad: Limitado al diagnóstico y al tratamiento de la afección médica subyacente. Inseminación artificial, inducción de la ovulación y tecnología de reproducción asistida: máximo de \$15,000 combinadas/de por vida.
- Programas para la pérdida de peso, excepto los servicios preventivos requeridos.

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:

- Para obtener más información sobre sus derechos a continuar con la cobertura, comuníquese con el plan al 1-800-334-9778.
- Si su cobertura de salud de grupo está sujeta a la Ley de Seguridad de Ingresos de Jubilación de Empleados (ERISA), también puede comunicarse con la Administración para la Seguridad de los Beneficios del Trabajador del Departamento de Trabajo al 1-866-444-EBSA (3272) o visitar <http://www.dol.gov/ebsa/healthreform>.
- Para planes de salud de grupo gubernamentales no federales, también puede comunicarse con el Centro de Información al Consumidor y Supervisión de Seguros del Departamento de Salud y Servicios Humanos al 1-877-267-2323 (interno 61565) o visitar www.cciio.cms.gov.
- Si está cubierto por un plan de la iglesia, tenga en cuenta que dichos planes no están cubiertos por las normas de continuidad de cobertura de la ley federal COBRA. Si la cobertura está asegurada, las personas deben comunicarse con el regulador de seguros del estado para conocer los posibles derechos de continuidad de la cobertura según la ley estatal.

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.HealthCare.gov o llame al 1-800-318-2596.

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:

- Si su cobertura de salud de grupo está sujeta a la Ley de Seguridad de Ingresos de Jubilación de Empleados (ERISA), puede comunicarse con Aetna, directamente, al número de teléfono gratuito que figura en su tarjeta de identificación médica, o al número general 1-800-334-9778. También puede comunicarse con la Administración para la Seguridad de los Beneficios del Trabajador del Departamento de Trabajo al 1-866-444-EBSA (3272) o visitar <http://www.dol.gov/ebsa/healthreform>.
- Para planes de salud de grupo gubernamentales no federales, también puede comunicarse con el Centro de Información al Consumidor y Supervisión de Seguros del Departamento de Salud y Servicios Humanos al 1-877-267-2323 (interno 61565) o visitar www.cciio.cms.gov.
- Asimismo, el programa de asistencia al consumidor puede ayudarlo a presentar una apelación. La información de contacto se encuentra en <http://www.aetna.com/individuals-families-health-insurance/rights-resources/complaints-grievances-appeals/index.html>.

¿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.

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

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 (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 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 \$750
- Copago de especialista \$40
- Coseguro del hospital (establecimiento) 10 %
- Otro coseguro 10 %

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:	
<u>Costos compartidos</u>	
<u>Deducibles*</u>	\$0
<u>Copagos</u>	\$540
<u>Coseguro</u>	\$0
<u>Lo que no está cubierto</u>	
Límites o exclusiones	\$60
El total que Peg pagaría es	\$600

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 \$750
- Copago de especialista \$40
- Coseguro del hospital (establecimiento) 10 %
- Otro coseguro 10 %

Este EJEMPLO de evento incluye servicios como:
Visitas en el consultorio del proveedor de atención primaria (incluye la educación sobre enfermedades)
Exámenes de diagnóstico (análisis de sangre)
Medicamentos con receta médica
Suministros para diabéticos (glucómetro)

Costo total del ejemplo	\$5,600
En este ejemplo, Joe pagaría:	
<u>Costos compartidos</u>	
<u>Deducibles*</u>	\$200
<u>Copagos</u>	\$1,100
<u>Coseguro</u>	\$0
<u>Lo que no está cubierto</u>	
Límites o exclusiones	\$20
El total que Joe pagaría es	\$1,320

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

- El deducible general del plan \$750
- Copago de especialista \$40
- Coseguro del hospital (establecimiento) 10 %
- Otro coseguro 10 %

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:	
<u>Costos compartidos</u>	
<u>Deducibles*</u>	\$800
<u>Copagos</u>	\$400
<u>Coseguro</u>	\$50
<u>Lo que no está cubierto</u>	
Límites o exclusiones	\$0
El total que Mía pagaría es	\$1,250

* Nota: Este plan incluye otros deducibles para servicios específicos que se muestran en este ejemplo de cobertura. Consulte la fila “¿Hay otros deducibles para servicios específicos?” que figura más arriba.

[Tecnología de asistencia](#)

Es posible que las personas que utilizan tecnología de asistencia no puedan acceder por completo a la siguiente información. Para obtener asistencia, llame al 1-800-334-9778.

[Teléfono inteligente o tableta](#)

Para ver los documentos desde un teléfono inteligente o una tableta, se necesita la aplicación gratuita WinZip. Puede estar disponible en App Store.

TTY: 711

English -	To access language services at no cost to you, call 1-800-334-9778.
Amharic -	የቋንቋ አገልግሎቶችን ያለክፍያ ለማግኘት፣ በ 1-800-334-9778 ይደውሉ።.
Arabic -	للحصول على الخدمات اللغوية دون أي تكلفة، الرجاء الاتصال على الرقم 1-800-334-9778.
Armenian -	Անվճար լեզվական ծառայություններից օգտվելու համար գանգահարեք 1-800-334-9778 հեռախոսահամարով:
Carolinian (Kapasal Falawasch) -	ngere aukke ghut alillis reel kapasal Falawasch au fafaingi tilifon ye 1-800-334-9778.
Chamorro -	Para un hago' i setbision lengguåhi ni dibåtde para hågu, ågang 1-800-334-9778.
Chinese Traditional -	如欲使用免費語言服務，請致電 1-800-334-9778.
Cushitic-Oromo	Tajaajiloota afaanii garuu bilisaa ati argaachuuf,bilbili 1-800-334-9778.
French -	Afin d'accéder aux services langagiers sans frais, composez le 1-800-334-9778.
French Creole (Haitian)-	Pou jwenn sèvis lang gratis, rele 1-800-334-9778.
German -	Um auf für Sie kostenlose Sprachdienstleistungen zuzugreifen, rufen Sie 1-800-334-9778 an.
Greek -	Για να επικοινωνήσετε χωρίς χρέωση με το κέντρο υποστήριξης πελατών στη γλώσσα σας, τηλεφωνήστε στον αριθμό 1-800-334-9778.
Gujarati -	તમારેકોઇ જાતના ખર્ચવિના ભાષાની સે વિના ઓની પછોર માટે, કોલ કરો 1-800-334-9778.
Hindi -	आपकेलिए बिना ककसी कीमत केभाषा सेवाओंका उपयोग करनेकेलिए, 1-800-334-9778 पर कॉल करें।.
Hmong -	Xav tau kev pab txhais lus tsis muaj nqi them rau koj, hu 1-800-334-9778.
Italian -	Per accedere ai servizi linguistici, senza alcun costo per lei, chiami il numero 1-800-334-9778.
Japanese -	言語サービスを無料でご利用いただくには、1-800-334-9778 までお電話ください。
Karen -	လၢတၢ်ကမၤန့ၢ်ကိၣ်အတၢ်မၤစၢအတၢ်ဖံးတၢ်မၤတဖၣ်လၢတအိၣ်ဒီးအပူၤလၢကဘၣ်ဟ့ၣ်အိၣ်အဂီၢ်ဘၣ်န့ၣ် ကိး 1-800-334-9778 တက့ၢ်.
Korean -	무료 언어 서비스를 이용하려면 1-800-334-9778 번으로 전화해 주십시오.
Laotian -	ເພື່ອເຂົ້າໃຊ້ການບໍລິການພາສາໂດຍບໍ່ເສຍຄ່າຕໍ່ກັບທ່ານ, ໃຫ້ໂທຫາຕົວ 1-800-334-9778.
Mon-Khmer, Cambodian -	ដើម្បីទទួលបានសេវាភាសាដោយឥតគិតថ្លៃសម្រាប់លោកអ្នក សូមហៅទូរស័ព្ទទៅកាន់លេខ 1-800-334-9778 ។

