

Resumen de beneficios y cobertura: Lo que cubre este plan y lo que usted paga por los servicios cubiertos
BCBS of MN - Coupe Health

Período de cobertura: 01/01/2026 - 12/31/2026
Cobertura: Individual + Familiar **Tipo de plan:** PPO



El Resumen de beneficios y cobertura (SBC) lo ayudará a elegir un [plan](#) médico. El SBC indica cómo usted y el [plan](#) compartirían el costo de los servicios de atención médica cubiertos. **NOTA:** Recibirá la información sobre el costo de este [plan](#) (llamado [prima](#)) por separado. Esto es solo un **resumen**. Para obtener más información sobre su cobertura o para obtener una copia de los términos completos de la cobertura, llame a su valet de Coupe Health al 1-833-749-1969 o visítenos en coupehealth.com. Términos generales y definiciones comunes, como [cantidad permitida](#), [facturación por saldos](#), [coseguro](#), después del [deducible](#) general, [copago](#), [deducible](#), [proveedor](#), o de otros términos subrayados, consulte el Glosario. Puede consultar el glosario en www.cciio.cms.gov o llamar al 1-833-749-1969 para pedir una copia.

Preguntas importantes	Respuestas		Por qué es importante:
¿Cuánto es el deducible general?	Nivel 1-3 Dentro de la red \$0	Nivel 4 Fuera de la red \$0	No hay deducible general para este plan.
¿Hay servicios que estén cubiertos antes de alcanzar el deducible ?	Nivel 1-3 Dentro de la red Sí. Sin deducible general por año calendario.	Nivel 4 Fuera de la red Sí. No hay deducible general por año calendario	No hay deducible general para este plan. Sin embargo, es posible que se aplique un copago o un coseguro . Por ejemplo, este plan cubre ciertos servicios preventivos sin costos compartidos . Consulte una lista de servicios preventivos cubiertos en https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/ .
¿Hay otros deducibles para servicios específicos?	No.		No tiene que alcanzar un deducible para servicios específicos.
¿Cuánto es el límite de gastos de bolsillo para este plan ?	Nivel 1-3 Dentro de la red Empleado \$2,000 Familiar \$4,000	Nivel 4 Fuera de la red Ilimitado	El límite de gastos de bolsillo es lo máximo que usted podría pagar en un año por los servicios cubiertos. Si tiene otros familiares en este plan , cada uno debe alcanzar su propio límite de gastos de bolsillo hasta que se alcance el límite de gastos de bolsillo familiar total. El límite de gastos de bolsillo para los niveles 1, 2 y 3 se aplica de manera conjunta.
¿Qué no está incluido en el límite de gastos de bolsillo ?	Primas , cargos de facturación del saldo , atención médica que este plan no cubre, costos compartidos para la mayoría de los beneficios fuera de la red y penalidades por certificación previa.		Aunque usted pague estos gastos, no cuentan para el límite de gastos de bolsillo .

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué es importante:
¿Pagará menos si lo atiende un proveedor dentro de la red ?	Sí. Visite cupehealth.com o llame al 1-833-708-0438 para obtener una lista de proveedores de red .	Este plan usa una red de proveedores . Usted pagará menos si usa un proveedor dentro la red del plan . Usted pagará más si usa un proveedor fuera de la red , y es posible que reciba la factura de un proveedor por la diferencia entre lo que el proveedor cobra y lo que su plan pagaría (facturación de saldo). Tenga en cuenta que su proveedor dentro de la red puede usar a un proveedor fuera de la red para algunos servicios (como análisis de laboratorio). Consulte con su proveedor antes de recibir los servicios.
¿Necesita una remisión para ver a un especialista ?	No.	Puede ver al especialista que elija sin una remisión .



Todos los costos de [copagos](#) y [coseguros](#) de este cuadro se aplican después de alcanzar su [deducible](#), si se aplica uno.

Circunstancia médica común	Servicios que podría necesitar	Nivel 1 Dentro de la red	Nivel 2 Dentro de la red	Nivel 3 Dentro de la red	Nivel 4 Fuera de la red	Limitaciones, excepciones y otra información importante
Si tiene una visita en el consultorio o la clínica de un proveedor de atención médica	Visita de atención primaria para tratar una lesión o enfermedad	\$15 de copago	\$25 de copago	\$40 de copago	No está cubierto	Doctor on Demand \$0 de copago ; se exige certificación previa para algunos medicamentos administrados por el proveedor ; sin certificación previa, no hay beneficios.
	Visita a un especialista	\$35 de copago	\$45 de copago	\$75 de copago	No está cubierto	
	Atención preventiva/examen médico/vacunas	Sin cargo			No está cubierto	Llame a Coupe Health Valet al 1-833-749-1969. Es posible que deba pagar los servicios que no sean preventivos. Pregúntele a su proveedor si los servicios necesarios son preventivos. Luego, consulte lo que su plan pagaría.
Si se hace una prueba	Prueba de diagnóstico (radiografía, análisis de sangre)	\$50 de copago (laboratorio de diagnóstico y rayos X)	\$65 de copago (laboratorio de diagnóstico y rayos X)	\$110 de copago (laboratorio de diagnóstico y rayos X)	No está cubierto	Los costos incluyen los cargos del centro médico y del médico ; puede exigirse certificación previa para algunos servicios; sin certificación previa, no se dan beneficios. Las pruebas de laboratorio de rutina cubiertas en el nivel 1 cuestan \$10, en el nivel 2 cuestan \$15 y en el nivel 3 cuestan \$25. No se aplica deducible .
	Diagnóstico por imágenes (CT/PET, MRI)	\$170 de copago	\$230 de copago	\$380 de copago	No está cubierto	

Circunstancia médica común	Servicios que podría necesitar	Nivel 1 Dentro de la red	Nivel 2 Dentro de la red	Nivel 3 Dentro de la red	Nivel 4 Fuera de la red	Limitaciones, excepciones y otra información importante
Si necesita medicamentos para tratar su enfermedad o condición Puede encontrar más información sobre cobertura de medicamentos con receta en cupehealth.com	Nivel 1: genérico preferido	\$5 de copago (farmacia) \$15 de copago (pedido por correo)			No está cubierto	Se exige certificación previa para ciertos medicamentos; sin certificación previa, no se dan beneficios. Los beneficios listados corresponden a un suministro para 30 días en farmacias retail y un suministro para 90 días por correo; se permite un suministro de mantenimiento de 31 - 90 días en farmacias con un copago por cada suministro de 30 días. Los medicamentos especializados solo están disponibles con un suministro para 30 días de un medicamento especializado de un proveedor dentro de la red.
	Nivel 2 (Medicamentos genéricos no preferidos)	\$25 de copago (farmacia) \$75 de copago (envío por correo)			No está cubierto	
	Nivel 3 (Marca preferida)	\$15 de copago (farmacia) \$45 de copago (pedido por correo)			No está cubierto	
	Nivel 4 (Marca no preferida)	\$25 de copago (farmacia) \$75 de copago (envío por correo)			No está cubierto	
	Nivel 5 (medicamentos especializados)	\$30 de copago (pedido por correo)			No está cubierto	
Si tiene una cirugía ambulatoria	Cargo del centro (p. ej., centro de cirugía ambulatoria)	\$550 de copago	\$740 de copago	\$1,235 de copago	No está cubierto	El cargo del centro indicado incluye los cargos del centro médico y de los médicos asociados con servicios ambulatorios y quirúrgicos; se puede exigir certificación previa; sin certificación previa, no habrá beneficios disponibles.
	Cargos del médico/ cirujano	Sin cargo			No está cubierto	Ninguna
Si necesita atención médica inmediata	Atención en la sala de emergencias	\$325 de copago	\$325 de copago	\$325 de copago	\$325 de copago	El cargo del centro indicado incluye los cargos del centro y los médicos asociados a los servicios de emergencias médicas; los servicios se aplican a los niveles 1-3 del límite de gastos de bolsillo
	Transporte médico de emergencia	\$325 de copago	\$325 de copago	\$325 de copago	\$325 de copago	Los servicios se aplican a los niveles 1-3 del límite de gastos de bolsillo
	Atención de urgencia	\$45 de copago	\$45 de copago	\$45 de copago	No está cubierto	Ninguna
Si lo hospitalizan	Cargo del centro (p. ej., habitación del hospital)	\$1,035 de copago	\$1,380 de copago	\$2,000 de copago	No está cubierto	El cargo del centro indicado incluye los cargos del centro y de los médicos asociados a los servicios para pacientes hospitalizados; se exige certificación previa; sin certificación previa, no habrá beneficios disponibles.
	Cargos del médico/ cirujano	Sin cargo			No está cubierto	Ninguna

Circunstancia médica común	Servicios que podría necesitar	Nivel 1 Dentro de la red	Nivel 2 Dentro de la red	Nivel 3 Dentro de la red	Nivel 4 Fuera de la red	Limitaciones, excepciones y otra información importante
Si necesita servicios de salud mental, salud conductual o por abuso de sustancias	Servicios para pacientes ambulatorios	\$15 de copago	\$25 de copago	\$40 de copago	No está cubierto	Los servicios para pacientes hospitalizados incluyen los cargos del centro y los médicos; se exige certificación previa para servicios intensivos para pacientes ambulatorios, hospitalización parcial y hospitalización total; sin certificación previa, no habrá beneficios disponibles
	Servicios para pacientes hospitalizados	\$1,035 de copago	\$1,380 de copago	\$2,000 de copago	No está cubierto	
Si está embarazada	Visitas en el consultorio	Sin cargo			No está cubierto	No se aplican costos compartidos para los servicios preventivos . Según el tipo de servicio, podría aplicarse un copago , un coseguro o un deducible . La atención de maternidad puede incluir pruebas y servicios descritos en otras secciones del SBC (por ejemplo, ecografía); el cargo del centro indicado incluye los cargos del centro y de los médicos asociados con los servicios de maternidad; se exige certificación previa para algunos servicios de hospital; sin certificación previa, no hay beneficios; después del parto, no se cobra un copago por separado para el recién nacido si se trata de una estancia de bebé sano. Si se trata de una estancia en la NICU o de una estancia de un recién nacido enfermo, habrá un copago aparte para pacientes hospitalizados y la fecha del servicio generalmente es la fecha de inicio en la NICU.
	Servicios profesionales para el parto/nacimiento	Sin cargo			No está cubierto	
	Servicios del centro para el parto/nacimiento	\$1,035 de copago	\$1,380 de copago	\$2,000 de copago	No está cubierto	
Si necesita ayuda para recuperarse o tiene otras necesidades médicas especiales	Atención médica en casa	\$35 de copago	\$45 de copago	\$75 de copago	No está cubierto	Es posible que se exija certificación previa; sin certificación previa, no habrá beneficios disponibles; los beneficios también están disponibles para los servicios de infusión en casa.
	Servicios de rehabilitación	\$35 de copago	\$45 de copago	\$75 de copago	No está cubierto	Ninguna
	Servicios de habilitación	\$35 de copago	\$45 de copago	\$75 de copago	No está cubierto	

Circunstancia médica común	Servicios que podría necesitar	Nivel 1 Dentro de la red	Nivel 2 Dentro de la red	Nivel 3 Dentro de la red	Nivel 4 Fuera de la red	Limitaciones, excepciones y otra información importante
Si necesita ayuda para recuperarse o tiene otras necesidades médicas especiales (continuación)	Atención de enfermería especializada	\$930 de copago	\$1,240 de copago	\$2,000 de copago	No está cubierto	Limitado a 120 días por miembro por año calendario; se exige certificación previa; sin certificación previa, no hay beneficios disponibles
	Equipo médico duradero	\$75 de copago	\$100 de copago	\$170 de copago	No está cubierto	Es posible que se exija certificación previa; sin certificación previa, no hay beneficios disponibles.
	Servicios de hospicio	\$185 de copago	\$245 de copago	\$410 de copago	No está cubierto	Es posible que se exija certificación previa; sin certificación previa, no hay beneficios disponibles.
Si su hijo necesita atención dental o de la vista	Examen de la vista para niños	Sin cargo			No está cubierto	Llame a su Coupe Health Valet at 1-833-749-1969
	Anteojos para niños	No está cubierto				No está cubierto; el miembro paga el 100%
	Control dental para niños	No está cubierto				Llame a su Coupe Health Valet at 1-833-749-1969

Servicios excluidos y otros servicios cubiertos:

Servicios que su [plan](#), por lo general, NO cubre (lea la póliza o el documento del [plan](#) para obtener más información y una lista de otros [servicios excluidos](#).)

- | | | |
|----------------------------|--------------------------------|---------------------------------|
| • Cirugía cosmética | • Atención de largo plazo | • Cuidado de los pies de rutina |
| • Atención dental (adulto) | • Programas para bajar de peso | • Enfermería privada |

Otros servicios cubiertos (puede haber limitaciones en estos servicios. Esta no es una lista completa. Consulte el documento de su [plan](#)).

- | | | |
|--|---|--|
| • Acupuntura (limitada a un máximo de 20 visitas por miembro por año calendario únicamente para categorías de diagnóstico de la póliza médica) | • Tratamiento de infertilidad (limitado a un máximo combinado de medicamentos con receta y médicos de por vida de \$25,000) | • Aparatos auditivos (se aplican limitaciones) |
| • Cirugía bariátrica | • Atención que no sea de emergencia cuando viaje fuera de los EE. UU. | • Atención de la vista de rutina (adulto) |
| • Atención quiropráctica | | |

Su derecho a mantener la cobertura: Hay agencias que pueden ayudarlo si quiere mantener la cobertura después de que esta finalice. La información de contacto de esas agencias es: Administración de Seguridad de Beneficios de los Empleados del Departamento de Trabajo (Department of Labor), llamando al 1-866-444-EBSA (3272) o visitando <https://www.dol.gov/agencies/ebsa/about-ebsa/ask-a-question/ask-ebsa> o puede llamar al administrador de su plan al número de teléfono que figura en su manual de beneficios. Es posible que haya otras opciones de cobertura para usted, como contratar una cobertura de seguro individual en el [Mercado](#) de [seguros médicos](#). Para obtener más información sobre el [Mercado](#) de seguros, visite www.HealthCare.gov o llame al 1-800-318-2596.

Su derecho a presentar una queja formal o una apelación: Hay agencias que pueden ayudarlo si tiene una queja sobre su [plan](#) por la denegación de un [reclamo](#). Esta queja se llama [queja formal](#) o [apelación](#). Para obtener más información sobre sus derechos, lea la explicación de beneficios que recibirá por ese [reclamo](#) médico. Los documentos de su [plan](#) también dan toda la información para presentar un [reclamo](#), una [apelación](#) o una [queja formal](#) a su [plan](#) por cualquier motivo. Para obtener más información sobre sus derechos, este aviso o si necesita ayuda, comuníquese con El administrador de su plan, llamando al número de teléfono que está en su manual de beneficios. También puede comunicarse con la Administración de Seguridad de Beneficios de los Empleados del Departamento de Trabajo de los EE. UU., llamando al 1-866-444-EBSA (3272) o visitando <https://www.dol.gov/agencies/ebsa/about-ebsa/ask-a-question/ask-ebsa>.

¿Da este [plan](#) cobertura esencial mínima? Sí

La [cobertura esencial mínima](#) generalmente incluye [planes](#), [seguro médico](#) disponible mediante el [Mercado](#) de seguros u otras pólizas de mercado individuales, Medicare, Medicaid, CHIP, TRICARE y otras coberturas. Si es elegible para obtener determinados tipos de [cobertura esencial mínima](#), puede que no sea elegible para recibir el [crédito fiscal por las primas](#).

¿Cumple este [plan](#) el estándar de valor mínimo? Sí

Si su [plan](#) no cumple los [estándares de valor mínimo](#), usted puede ser elegible para recibir un [crédito fiscal por las primas](#) que lo ayudará a pagar un [plan](#) mediante el [Mercado](#) de seguros.

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

Sobre estos ejemplos de cobertura:



Esto no es una calculadora de costos. Los tratamientos que se muestran son solo ejemplos de cómo este [plan](#) podría cubrir la atención médica. Sus costos reales serán diferentes, dependiendo de la atención que reciba, los precios que cobren sus [proveedores](#) y muchos otros factores. Fíjese en las cantidades de [costos](#) compartidos ([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 dentro de diferentes [planes](#) médicos. Tenga en cuenta 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 un hospital)

■ Deducible general del plan	\$0
■ Copago por especialista	\$35
■ Copago por hospital (centro)	\$1,035
■ Otro copago	\$325

Este EJEMPLO de acontecimiento incluye servicios como:

Visitas en el consultorio del [especialista](#) (atención prenatal)
Servicios profesionales para el parto/nacimiento
Servicios del centro para el parto/nacimiento
[Pruebas de diagnóstico](#) (ultrasonidos y análisis de sangre)
Visita al [especialista](#) (anestesia)

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

En este ejemplo, Peg pagaría:

Costos compartidos	
Deducibles	\$0
Copagos	\$1,600
Coseguro	\$0
Lo que no está cubierto	
Límites o exclusiones	\$60
El total que Peg pagaría es	\$1,660

Manejo de la diabetes tipo 2 de Joe

(un año de atención de rutina dentro de la red por una condición bien controlada)

■ Deducible general del plan	\$0
■ Copago por especialista	\$35
■ Copago por hospital (centro)	\$1,035
■ Otro copago	\$325

Este EJEMPLO de acontecimiento incluye servicios como:

Visitas en el consultorio del [médico de atención primaria](#) (incluyendo educación sobre enfermedades)
[Pruebas de diagnóstico](#) (análisis de sangre)
[Medicamentos con receta](#)
[Equipo médico duradero](#) (glucómetro)

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

En este ejemplo, Joe pagaría:

Costos compartidos	
Deducibles	\$0
Copagos	\$700
Coseguro	\$0
Lo que no está cubierto	
Límites o exclusiones	\$40
El total que Joe pagaría es	\$740

Fractura simple de Mia

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

■ Deducible general del plan	\$0
■ Copago por especialista	\$35
■ Copago por hospital (centro)	\$1,035
■ Otro copago	\$325

Este EJEMPLO de acontecimiento incluye servicios como:

[Atención en la sala de emergencias](#) (incluyendo suministros médicos)
[Pruebas 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	\$0
Copagos	\$1,300
Coseguro	\$0
Lo que no está cubierto	
Límites o exclusiones	\$0
El total que Mia pagaría es	\$1,300

Nota: Estas cantidades son para pacientes que no participan en el programa de bienestar del [plan](#). Si usted participa en el programa de bienestar del [plan](#), podría reducir sus costos. Para obtener más información sobre el programa de bienestar, comuníquese con [coupehealth.com](#).

Aviso de no discriminación y accesibilidad

En Coupe Health, tratamos a todos de manera justa. No lo excluimos ni lo tratamos de manera menos favorable debido a su raza, color, país de origen, edad, estado de discapacidad o sexo (incluyendo la orientación sexual; las características sexuales, incluyendo los rasgos intersexuales; el embarazo o condiciones relacionadas; la identidad de género y los estereotipos sexuales). Cumplimos las leyes federales de derechos civiles y no discriminamos a nadie por estos rasgos.

Si se comunica mejor en un idioma distinto del inglés, puede solicitar servicios gratis de asistencia lingüística.

Si tiene alguna discapacidad visual, auditiva o del habla, podemos comunicarnos de la manera que mejor se adapte a usted. Esto puede incluir el uso de intérpretes de lenguaje de señas, documentos en letra grande o en Braille, grabaciones de audio u otras ayudas sin cargo.

¿Necesita estos servicios? Llame al 1-833-749-1969 TTY: 711.

La discriminación es ilegal

Si no le prestamos servicios o lo discriminamos de otra manera por su raza, color, país de origen, edad, estado de discapacidad o sexo (incluyendo la orientación sexual; las características sexuales, incluyendo los rasgos intersexuales; el embarazo o condiciones relacionadas; la identidad de género y los estereotipos sexuales), puede presentar una queja ante nuestro coordinador de derechos civiles.

Los formularios de quejas por discriminación y la ayuda para completar el formulario están disponibles llamando al **1-833-749-1969** (TTY: **711**) o enviando un email a HealthValet@coupehealth.com.

Envíe el formulario completo por email a Civil.Rights.Coord@coupehealth.com o por correo a:

Coupe Health
ATTN: Civil Rights Coordinator P3-2
PO Box 64560
Eagan, MN 55164-0560

También puede presentar una queja de derechos civiles ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. (U.S. Department of Health and Human Services)

- electrónicamente mediante el portal de quejas de la Oficina de Derechos Civiles: ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf
- por correo: U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue SW, Room 509F, HHH Building, Washington, D.C. 20201
- o por teléfono: 1-800-368-1019, 1-800-537-7697 (TDD)

Los formularios de quejas sobre derechos civiles están disponibles en hhs.gov/ocr/office/file/index.html.

Visite coupehealth.com e inicie sesión en su portal para miembros para ver una versión electrónica de este aviso.

ENGLISH

ATTENTION: If you speak a language other than English, language services are available free of charge. If you have a vision, hearing, or speech impairment, we can communicate in a way that works best for you. This may include using sign language interpreters, providing documents in large print or Braille, audio recordings, or other aids at no charge. Call 1-833-749-1969 (TTY 711).

ESPAÑOL (Spanish)

ATENCIÓN: Si habla Español, puede solicitar servicios gratuitos de asistencia lingüística. Si tiene una deficiencia visual, auditiva o del habla, podemos comunicarnos de la manera que le resulte mejor a usted. Esto puede incluir el uso de intérpretes de lengua de señas, el suministro de documentos en letra grande o braille, grabaciones de audio u otras ayudas sin cargo. Llame al 1-833-749-1969 (TTY 711).

العربية (Arabic)

تنبيه: إذا كنت تتحدث العربية، يمكنك طلب خدمات المساعدة اللغوية المجانية. إذا كنت تعاني من إعاقة بصرية أو سمعية أو نطقية، يمكننا التواصل معك بالطريقة التي تناسبك. وقد يشمل ذلك استخدام مترجمين للغة الإشارة، أو توفير المستندات بحروف كبيرة أو بطريقة برايل، أو تسجيلات صوتية، أو غيرها من الوسائل المساعدة من دون مقابل. اتصل على الرقم 1-833-749-1969 (الهاتف النصي 711).

አማርኛ (Amharic)

ትኩረት ይሰጥ፡- አማርኛ ቋንቋ የሚናገሩ ከሆነ፣ ነጻ የቋንቋ እገዛ አገልግሎቶችን መጠየቅ ይችላሉ። የማየት፣ የመስማት ወይም የመናገር ችግር ካለብዎት ለእርስዎ በተሻለ በሚሠራው መንገድ መግባባት እንችላለን። ይህ ደግሞ የምልክት ቋንቋ አስተርጓሚዎችን መጠቀምን፣ በትላልቅ ህትመቶች ወይም በብሬይል የተጻፉ ሰነዶችን፣ የድምፅ ቅጂዎችን ወይም ሌሎች መርጃዎችን ያለ ክፍያ ማቅረብን ይጨምራል። 1-833-749-1969 (TTY 711) ላይ ይደውሉ።

LUS HMOOB (Hmong)

LUS CEEV TSHWJ XEEB: Yog hais tias koj hais Lus Hmoob, koj tuaj yeem thov cov kev pab cuam uas pab hom lus tau dawb. Yog hais tias koj qhov muag tsis pom kev zoo, tsis hnov lus, los sis hais tsis tau lus, peb tuaj yeem sib txuas lus hauv ib txoj hau kev uas ua hauj lwm tau zoo tshaj plaws rau koj. Qhov no tej zaum yuav muaj xam nrog kev siv cov neeg txhais lus piav tes, kev muab cov ntaub ntawv luam tawm ua tus ntawv loj los sis Ua Ntawv Su Rau Cov Neeg Tsis Pom Kev Siv Tau (Braille), kev kaw ua suab lus, los sis lwm yam kev pab yam tsis tau them nqi. Hu rau 1-833-749-1969 (TTY 711).

廣東話 (Cantonese – Traditional Chinese)

請注意：如果您說 廣東話 您可要求免費語言協助服務。如果您有視力、聽力或言語障礙，我們會以最適合您的方式與您溝通 這可能包括使用手語傳譯員、免費提供大字體或點字文件、錄音或其他輔助工具。請致電 1-833-749-1969 聽障熱線 (TTY 711)。

简体中文 (Chinese Simplified)

注意：如果您说普通话，则可以免费申请语言协助服务。如果您有视力、听力或语言障碍，我们可以用最适合您的方式 与您交流。这可能包括免费提供手语翻译、大字体或盲文文件、录音或其他辅助工具。请致电 1-833-749-1969（文字电话 711）。

SOOMALI (Somali)

XASUUSIN: Haddii aad ku hadasho Soomali, waxaad codsan kartaa adeegyada caawimaadda luqada oo bilaash ah. Haddii aad laxaad la'aan kataahy aragga, maqalka, ama hadalka, waxaanu kugula xidhiidhi karnaa habka adiga kuugu habboon. Tan waxaa ka mid ah in aan isticmaalno turjumaanada luuqada dhegoolaha, in la bixiyo waraaqo ku qoran xarfaha waaweyn ama qoraalka indhoolayaasha, in la sameeyo cajalado la duubay, ama in la helo waxyaabo kale oo caawimaad ah oo bilaash ah. Wac 1-833-749-1969 (TTY 711).

FRANÇAIS (French)

ATTENTION : Si vous parlez Français, vous pouvez demander des services d'assistance linguistique gratuits. Si vous avez une déficience visuelle, auditive ou vocale, nous pouvons communiquer de la manière qui vous convient le mieux. Il peut s'agir d'interprètes en langue des signes, de documents en gros caractères ou en braille, d'enregistrements audio ou d'autres aides gratuites. Composez le 1-833-749-1969 (ATS 711).

ខ្មែរ (Khmer)

ការជូនដំណឹង៖ ប្រសិនបើអ្នកនិយាយភាសា ខ្មែរ អ្នកអាចស្នើសុំសេវាជំនួយបកប្រែភាសាដោយឥតគិតថ្លៃ។ ប្រសិនបើអ្នកមើលមិនឃើញ ស្តាប់មិនឮ ឬនិយាយមិនបាន យើងអាចប្រាស្រ័យទាក់ទងជាមួយអ្នកតាមរបៀបផ្សេងដែលមានប្រសិទ្ធភាពល្អបំផុតសម្រាប់អ្នក។ ការប្រាស្រ័យទាក់ទងនេះអាចមានដូចជា អ្នកបកប្រែភាសាសញ្ញា ការផ្តល់ឯកសារដែលបោះពុម្ពអក្សរធំៗ ឬអក្សរស្តាប ឬការថតទុកជាសំឡេង ឬជំនួយផ្សេងទៀត ដោយឥតគិតថ្លៃ។ ទូរសព្ទទៅលេខ 1-833-749-1969 (TTY 711)។

한국어 (Korean)

주의: 한국어를 사용하시는 경우 귀하는 무료 언어 지원 서비스를 요청하실 수 있습니다. 시각 장애, 청각 장애 또는 언어 장애가 있는 경우 저희는 귀하에게 가장 적합한 방법으로 연락을 드릴 수 있습니다. 여기에는 수화통역사 이용, 대형 활자 또는 점자로 작성된 문서 제공, 음성 녹음 또는 기타 무료 지원이 포함될 수 있습니다. 1-833-749-1969 (TTY 711) 번으로 전화하십시오.

ကညီကျိန် (Karen)

ဟ်သုဉ်ဟ်သး- နမ့ၢ်ကတိၤ ကညီကျိန် န့ၣ်,
နယုကျိန်ဂ့ၢ်တိၤတိၤစၢၤမၤစၢၤလၢတလၢ်ဘူးလဲ သ့န့ၣ်လီၤ
နမ့ၢ်အိၣ်ဒီးတၢ်တလၢတပုၤလၢ မဲၢ်တၢ်ထံၣ်, တၢ်နၢ်ဟူ, မ့တမ့ၢ်
တၢ်စံးကတိၤတၢ်န့ၣ် ပဆဲးကျၢဆဲးကျိးတၢ်လၢ
ကျဲကဲထီၣ်လိာ်ထီၣ်အဂ့ၢ်ကတၢ်လၢနီၣ်သ့န့ၣ်လီၤ တၢ်အံၤ
ပၣ်ယုဒီး တၢ်စူးကါ နီၣ်ခိၣ်ဂီၤကျိန်အပူၤကျိန်ထံတၢ်တဖၣ်,
တၢ်ဟ့ၣ်လံာ်လံာ်တဖၣ်လၢ အလံာ်ဖျါၣ်ဖးဒိၣ်, မ့တမ့ၢ်
ပုၤမဲာ်ဘျီၣ်အလံာ်, တၢ်ကလုာ်, မ့တမ့ၢ် တၢ်မၤစၢၤလၢတဖၣ်
လၢတလၢ်အဘူးလဲန့ၣ်လီၤ ကိးလီၤတဲစိဆူ
1-833-749-1969 (TTY 711) တက့ၢ်

မြန်မာဘာသာ (Burmese)

သတိပြုရန်- သင်သည် မြန်မာဘာသာ စကားကို ပြောပါက၊
အခမဲ့ ဘာသာစကား အကူအညီ ဝန်ဆောင်မှုများကို
တောင်းဆိုနိုင်ပါသည်။ သင့်တွင် အမြင်အာရုံ၊ အကြားအာရုံ
သို့မဟုတ် စကားပြောခြင်း ချို့ယွင်းမှုရှိနေပါက သင့်အတွက်
အသင့်လျော်ဆုံးဖြစ်မည့်နည်းလမ်းဖြင့် ကျွန်ုပ်တို့ထံသို့
ဆက်သွယ်နိုင်ပါသည်။ ၎င်းတွင် လက်ဟန်ပြဘာသာစကား
စကားပြန်များကို အသုံးပြုခြင်း၊ စာရွက်စာတမ်းများကို
ပုံနှိပ်စာလုံးကြီးများ သို့မဟုတ် မျက်မမြင်စာဖြင့် ပံ့ပိုးပေးခြင်း၊
အသံဖမ်းယူခြင်းများ သို့မဟုတ်
အခြားအထောက်အကူများဖြင့် အခမဲ့ပံ့ပိုးပေးခြင်းတို့
ပါဝင်ပါသည်။ 1-833-749-1969
(TTY 711) သို့ ဖုန်းခေါ်ဆိုပါ။

OROMOO (Oromo)

Xiyyeeffannoon haa kennamu:- Oromo Afaan kan
dubbatan yoo ta'e, tajaajiloota gargaarsa afaanii
bilisaa gaafachuu ni dandeessu. Rakkoo ilaaluu,
dhaga'u ykn dubbachuu yoo qabaattan, karaa isiniif
mijatuun haala isiniif galuun mari'achuu ni
dandeenya. Kunis of keessatti kan qabatu, hiiktota
afaan mallattoo fayyadamuun maxxansa gurguddaa
ykn bireeyyii, waraabbiiwwan sagalee ykn gargaarsota
biroo kaffaltii tokkoo malee gaafachuu dha.
1-833-749-1969 (TTY 711) irratti bilbilaa.

РУССКИЙ (Russian)

ВНИМАНИЕ: Если ваш язык — РУССКИЙ, вы можете
запросить бесплатные услуги языковой поддержки.
Если у вас есть нарушение зрения, слуха или речи, мы
можем общаться таким образом, который лучше всего
подходит вам. Это может включать бесплатное
использование переводчиков на языке жестов,
предоставление документов крупным шрифтом или
шрифтом Брайля, использование аудиозаписей или
других вспомогательных средств. Звоните по телефону
1-833-749-1969 (TTY 711).

ພາສາລາວ (Lao)

ເອົາໃຈໃສ່: ຖ້າທ່ານເວົ້າ ພາສາລາວ,
ທ່ານສາມາດຂໍບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາໄດ້ໂດຍບໍ່ເສຍຄ່າ.
ຖ້າທ່ານມີຄວາມບໍ່ກະຕືລືຢູ່ດ້ານສາຍຕາ, ການໄດ້ຍິນ ຫຼື
ການປາກເວົ້າ,
ພວກເຮົາສາມາດສະໜອງບໍລິການທີ່ເໝາະສົມກັບທ່ານທີ່ສຸດ.
ອັນນີ້ອາດຈະລວມເຖິງການໃຊ້ພາສາພາສາມື,
ການຈັດກຽມເອກະສານເປັນໂຕເພີ່ມໃຫຍ່ ຫຼື ອັກສອນນູນ,
ການບັນທຶກສຽງ ຫຼື
ການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານສື່ອື່ນໆໂດຍບໍ່ເສຍຄ່າໃຊ້ຈ່າຍໃດໆ. ໂທ
1-833-749-1969 (TTY 711).

Tagalog (Tagalog)

PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari
kang humingi ng mga libreng serbisyo na tulong sa
wika. Kung may kapansanan ka sa paningin, pandinig,
o pananalita, maaari tayong mag-usap sa paraan na
pinakamabuti para sa iyo. Maaaring kabilang dito ang
paggamit ng mga interpreter ng sign language,
pagbibigay ng mga dokumento na malalaki ang
pagkaprinta o Braille, mga audio recording, o iba
pang mga tulong nang walang bayad. Tumawag sa
1-833-749-1969 (TTY 711).

VIETNAMESE (Vietnamese)

LƯU Ý: Nếu quý vị nói Vietnamese, quý vị có thể yêu
cầu dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí. Nếu quý vị bị
khiếm thị, khiếm thính hoặc khuyết tật về âm ngữ,
chúng tôi có thể giao tiếp theo cách phù hợp nhất
với quý vị. Điều này có thể bao gồm việc sử dụng
thông dịch viên ngôn ngữ ký hiệu, cung cấp tài liệu
dạng bản in cỡ chữ lớn hoặc chữ nổi, bản ghi âm
hoặc các phương tiện hỗ trợ khác miễn phí. Xin gọi
số 1-833-749-1969 (TTY 711).