

# Healthfirst: Hoja de Bronce Premier

Duración de la póliza: 1/1/20 – 12/31/20

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

Periodo de cobertura: [Ver instrucciones]

Cobertura para: Todos los Tipos de Cobertura | Tipo de plan: HMO



El Resumen de beneficios y cobertura (SBC, por sus siglas en inglés) es un documento que le ayudará a elegir un [plan](#) médico. El SBC le muestra cómo usted y el [plan](#) compartirían el costo de los servicios médicos cubiertos. **NOTA: La información sobre el costo de este [plan](#) (llamada [prima](#)) se proporcionará aparte. Esto es solo un resumen.** Para más información sobre su cobertura, o para obtener una copia de los términos de cobertura completos, 1-888-250-2220. Para una definición de los términos de uso común, como [monto permitido](#), [facturación del saldo](#), [coseguro](#), [copago](#), [deducible](#), [proveedor](#) u otros términos [delineados](#) consulte el glosario. Puede ver una copia del glosario en [www.healthfirstny.org](http://www.healthfirstny.org) o llamar a 1-888-250-2220 para solicitar una copia.

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué es importante
¿Cuál es el <a href="#">deducible</a> general?	<b>\$4,300</b> por persona/ <b>\$8,600</b> por familia para proveedores dentro de la red No se aplica a las visitas o los servicios de atención preventiva.	Por lo general, deberá pagar todos los costos de los <a href="#">proveedores</a> hasta el <a href="#">deducible</a> antes de que este <a href="#">plan</a> comience a pagar.
¿Hay servicios cubiertos antes de que su deducible?	Sí. El cuidado preventivo, el cuidado prenatal y telemedicine son cubiertos antes de que usted encuentre su deducible	Este <a href="#">plan</a> cubre algunas partidas y servicios incluso si aún no ha cubierto el monto total del <a href="#">deducible</a> . Sin embargo, es posible que se aplique un <a href="#">copago</a> o <a href="#">coseguro</a> . “Por ejemplo, este <a href="#">plan</a> cubre algunos <a href="#">servicios preventivos</a> sin <a href="#">costos compartidos</a> y antes de que cumpla con su <a href="#">deducible</a> . Vea una lista de <a href="#">servicios preventivos</a> cubiertos en <a href="https://www.cuidadodesalud.gov/es/coverage/preventive-care-benefits/">https://www.cuidadodesalud.gov/es/coverage/preventive-care-benefits/.</a> ”
¿Hay algún otro <a href="#">deducible</a> por servicios específicos?	<b>No</b>	No tiene que pagar un <a href="#">deducible</a> por servicios específicos.
¿Cuál es el máximo en gastos directos del bolsillo de este <a href="#">plan</a> ?	<b>\$8,150</b> por persona/ <b>\$16,300</b> por familia	El <a href="#">límite a los gastos directos del bolsillo</a> es el máximo que podría pagar en un año por servicios cubiertos.
¿Qué no incluye el <a href="#">desembolso máximo</a> ?	Primas, saldos de facturación y los costos de servicios de atención médica que este plan no cubre.	Aunque usted pague estos costos, no cuentan para el <a href="#">límite de gastos directos del bolsillo</a> .

# Healthfirst: Hoja de Bronce Premier

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

Duración de la póliza: 1/1/20 – 12/31/20

Periodo de cobertura: [Ver instrucciones]

Cobertura para: Todos los Tipos de Cobertura | Tipo de plan: HMO

<p>¿Pagará un poco menos si acude a un <a href="#">proveedor dentro de la red medica?</a></p>	<p>Sí. Véa <a href="http://www.healthfirstny.org">www.healthfirstny.org</a> o llame al 1-888-250-2220 para una lista de <a href="#">proveedores dentro de la red</a>.</p>	<p>Este <a href="#">plan</a> no tiene un <a href="#">proveedor dentro de la red</a>. Usted pagará menos si acude a un <a href="#">proveedor</a> dentro de la <a href="#">red</a> del plan. Usted pagará más si acude a un <a href="#">proveedor fuera de la red</a>, y es posible que reciba una factura de un <a href="#">proveedor del saldo</a>. Tenga en mente que su <a href="#">proveedor dentro de la red</a> podría utilizar un <a href="#">proveedor fuera de la red</a> para algunos servicios (como laboratorios medicos). Consulte con su <a href="#">proveedor</a> antes de obtener servicios.</p>
<p>¿Necesita un referido para ver a un <a href="#">especialista</a>?</p>	<p>No.</p>	<p>Puede acudir al <a href="#">especialista</a> de su preferencia sin un <a href="#">referido</a>.</p>



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

Eventos médicos comunes	Servicios que podría necesitar	Lo que usted paga		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor en la red (Usted pagará lo mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará lo máximo)	
Si acude a la oficina o clínica de un <a href="#">proveedor</a> de salud	Visita de atención primaria para tratar una lesión o enfermedad	\$35 de copago	Sin cobertura	-----Ninguna-----
	Visita al <a href="#">especialista</a>	Coseguro del 50% después del deducible	Sin cobertura	-----Ninguna-----
	<a href="#">Atención preventiva/examen colectivo</a> /vacuna	Sin cargo	Sin cobertura	-----Ninguna-----
Si se realiza un examen	<a href="#">Prueba diagnóstica</a> (radiografía, análisis de sangre)	Coseguro del 50% después del deducible	Sin cobertura	Se requiere autorización previa.
	Estudios de imágenes (tomografía computarizada, estudio PET, resonancia magnética)	Coseguro del 50% después del deducible	Sin cobertura	Se requiere autorización previa.

HF-BSBC-NS-20(SP)

\* Para más información acerca de las limitaciones y excepciones, consulte el documento del plan o la póliza en [www.healthfirstny.org](http://www.healthfirstny.org) 2 of 9

# Healthfirst: Hoja de Bronce Premier

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

Duración de la póliza: 1/1/20 – 12/31/20

Periodo de cobertura: [Ver instrucciones]

Cobertura para: Todos los Tipos de Cobertura | Tipo de plan: HMO

Eventos médicos comunes	Servicios que podría necesitar	Lo que usted paga		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor en la red (Usted pagará lo mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará lo máximo)	
<b>Si necesita medicamentos para tratar su enfermedad o infección.</b> Hay más información disponible acerca de la <a href="http://www.healthfirstny.org">cobertura de medicamentos con receta en www.healthfirstny.org</a>	Medicamentos genéricos	\$8 de copago por receta después del deducible de 30 días (minorista) y \$16 de copago por receta después del deducible de 90 días (pedido por correo)	Sin cobertura	Con cobertura de hasta un suministro de 30 días (receta minorista) o hasta un suministro de 90 días (pedido de receta por correo por correo)
	Medicamentos de marcas preferidas	\$60 de copago por receta después del deducible de 30 días (minorista) y \$120 de copago por receta después del deducible de 90 días (pedido por correo)	Sin cobertura	Con cobertura de hasta un suministro de 30 días (receta minorista) o hasta un suministro de 90 días (pedido de receta por correo por correo)
	Medicamentos de marcas no preferidas	\$95 de copago por receta después del deducible de 30 días (minorista) y \$190 de copago por receta después del deducible de 90 días (pedido por correo)	Sin cobertura	Con cobertura de hasta un suministro de 30 días (receta minorista) o hasta un suministro de 90 días (pedido de receta por correo por correo)
	<a href="#">Medicamentos especializados</a>	\$95 de copago por receta después del deducible de 30 días (minorista) y \$190 de copago por receta después del deducible	Sin cobertura	Con cobertura de hasta un suministro de 30 días (receta minorista) o hasta un suministro de 90 días (pedido de receta por correo por correo)

HF-BSBC-NS-20(SP)

\* Para más información acerca de las limitaciones y excepciones, consulte el documento del plan o la póliza en [www.healthfirstny.org](http://www.healthfirstny.org) 3 of 9

# Healthfirst: Hoja de Bronce Premier

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

Duración de la póliza: 1/1/20 – 12/31/20

Periodo de cobertura: [Ver instrucciones]

Cobertura para: Todos los Tipos de Cobertura | Tipo de plan: HMO

Eventos médicos comunes	Servicios que podría necesitar	Lo que usted paga		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor en la red (Usted pagará lo mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará lo máximo)	
		de 90 días (pedido por correo)		
<b>Si se somete a una operación ambulatoria</b>	Cargo de instalaciones (p. ej., centro de cirugía ambulatoria)	Coseguro del 50% después del deducible	Sin cobertura	Se requiere autorización previa.
	Honorarios del médico/cirujano	Coseguro del 50% después del deducible	Sin cobertura	Se aplica solo a cirugías realizadas en hospitales de atención ambulatoria, incluidos los centros quirúrgicos independientes, pero no a cirugías realizadas en el consultorio.
<b>Si necesita atención médica inmediata</b>	<a href="#">Atención en la sala de emergencias</a>	Coseguro del 50% después del deducible	Coseguro del 50% después del deducible	Sin copago/coseguro en caso de internamiento
	<a href="#">Transporte médico de emergencia</a>	Coseguro del 50% después del deducible	Coseguro del 50% después del deducible	-----Ninguna-----
	<a href="#">Atención de urgencia</a>	Coseguro del 50% después del deducible	Sin cobertura	-----Ninguna-----
<b>Si le hospitalizan</b>	Cargo de instalaciones (p. ej., habitación de hospital)	Coseguro del 50% después del deducible	Sin cobertura	Se requiere autorización previa. Sin embargo, para ingresos de emergencia, no se requiere autorización previa
	Honorarios del médico/cirujano	Coseguro del 50% después del deducible	Sin cobertura	Aplica sólo a cirugías realizadas en hospitales de internamiento o de atención ambulatoria, incluidos los centros quirúrgicos independientes, pero no a cirugías realizadas en el consultorio.

HF-BSBC-NS-20(SP)

\* Para más información acerca de las limitaciones y excepciones, consulte el documento del plan o la póliza en [www.healthfirstny.org](http://www.healthfirstny.org) 4 of 9

# Healthfirst: Hoja de Bronce Premier

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

Duración de la póliza: 1/1/20 – 12/31/20

Periodo de cobertura: [Ver instrucciones]

Cobertura para: Todos los Tipos de Cobertura | Tipo de plan: HMO

Eventos médicos comunes	Servicios que podría necesitar	Lo que usted paga		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor en la red (Usted pagará lo mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará lo máximo)	
<b>Si necesita servicios de salud mental, conductual o toxicomanías</b>	Sevicios ambulatorios	\$35 de copago	Sin cobertura	-----Ninguna-----
	Servicios internos	Coseguro del 50% después del deducible	Sin cobertura	Se requiere autorización previa. Sin embargo, para ingresos de emergencia, no se requiere autorización previa
<b>Si está embarazada</b>	Visitas al consultorio	Cubierta en su totalidad	Sin cobertura	Si la atención prestada de conformidad con las directrices generales apoyadas por USPSTF y HRSA
	Servicios de parto profesionales	Coseguro del 50% después del deducible	Sin cobertura	Se requiere autorización previa.
	Servicios de instalaciones de partos profesionales	Coseguro del 50% después del deducible	Sin cobertura	Se requiere autorización previa
<b>Si necesita ayuda recuperándose o tiene otras necesidades de salud especiales</b>	<a href="#">Cuidado de la salud en el hogar</a>	Coseguro del 50% después del deducible	Sin cobertura	Autorización previa necesaria. 40 visitas por año del plan
	<a href="#">Servicios de rehabilitación</a>	Coseguro del 50% después del deducible	Sin cobertura	Se requiere autorización previa; 60 visitas por enfermedad, por año del plan por terapias combinadas.
	<a href="#">Servicios de habilitación</a>	Coseguro del 50% después del deducible	Sin cobertura	Se requiere autorización previa; 60 visitas por enfermedad, por año del plan por terapias combinadas.
	<a href="#">Cuidado de enfermería especializada</a>	Coseguro del 50% después del deducible	Sin cobertura	Se requiere autorización previa; 200 días por año del plan.

HF-BSBC-NS-20(SP)

\* Para más información acerca de las limitaciones y excepciones, consulte el documento del plan o la póliza en [www.healthfirstny.org](http://www.healthfirstny.org) 5 of 9

# Healthfirst: Hoja de Bronce Premier

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

Duración de la póliza: 1/1/20 – 12/31/20

Periodo de cobertura: [Ver instrucciones]

Cobertura para: Todos los Tipos de Cobertura | Tipo de plan: HMO

Eventos médicos comunes	Servicios que podría necesitar	Lo que usted paga		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor en la red (Usted pagará lo mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará lo máximo)	
	<a href="#">Equipo médico duradero</a>	Coseguro del 50% después del deducible	Sin cobertura	Se requiere autorización previa.
	<a href="#">Servicios de cuidados paliativos o enfermos terminales</a>	Coseguro del 50% después del deducible	Sin cobertura	Se requiere autorización previa; 210 días por año del plan (pacientes internados); 5 visitas para asesoramiento familiar debido a una desgracia (pacientes ambulatorios).
Si su niño necesita servicios odontológicos o de la vista	Examen de la vista pediátrico	Coseguro del 50% después del deducible	Sin cobertura	Un examen cada 12 meses
	Anteojos para niños	Coseguro del 50% después del deducible	Sin cobertura	Unos lentes recetados y una montura cada 12 meses
	Chequeo dental pediátrico	Coseguro del 50% después del deducible	Sin cobertura	Un examen dental y una limpieza cada 6 meses

## Servicios excluidos y otros servicios cubiertos

<p>Servicios que su <a href="#">plan</a> generalmente NO cubre (consulte el documento de su plan o póliza para encontrar más información y una lista de otros <a href="#">servicios excluidos</a>.)</p>			
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Acupuntura</li> <li>• Cirugía cosmética</li> <li>• Cuidado a largo plazo</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Atención que no es de emergencia cuando viaja fuera de los EE. UU.</li> <li>• Enfermería privada</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cuidado de los pies de rutina</li> <li>• Programas para bajar de peso</li> </ul>	

HF-BSBC-NS-20(SP)

\* Para más información acerca de las limitaciones y excepciones, consulte el documento del plan o la póliza en [www.healthfirstny.org](http://www.healthfirstny.org) 6 of 9

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

- Cirugía bariátrica
- Atención quiropráctica
- Audífonos
- Atención de la vista de rutina (adultos)
- Servicios dentales (adultos)
- Los servicios de aborto
- Tratamiento de la infertilidad

**Sus derechos a continuar con su cobertura** Hay agencias que pueden ayudarle si desea continuar con su cobertura cuando esta termine. La información de contacto de estas agencias es: Departamento de Servicios Financieros del Estado de Nueva York al 1-800-342-5756 o [www.dfs.ny.gov/](http://www.dfs.ny.gov/). Podría tener también otras opciones de cobertura, como comprar cobertura de seguro individual a través del [Mercado](#) de Seguro Médico. Para más información acerca del [Mercado](#), visite [www.CuidadDeSalud.gov](http://www.CuidadDeSalud.gov) or call 1-800-318-2596 or NY State of Health Marketplace at 1-855-355-5777 or [www.nystateofhealth.ny.gov](http://www.nystateofhealth.ny.gov)

**Sus derechos para presentar quejas o apelaciones:** Hay agencias que pueden ayudarle si tiene una queja contra su [plan](#) por negarle una [reclamación](#). Esta queja se llama [reclamo](#) o [apelación](#). Para más información acerca de sus derechos, consulte la explicación de beneficios que recibirá para este [reclamo](#) médico. Sus documentos del [plan](#) también incluirán información completa sobre cómo presentar un [reclamo](#), [apelación](#) o una [queja](#) a su [plan](#) por cualquier motivo. Para más información sobre sus derechos, esta notificación o para recibir asistencia, comuníquese con:

Departamento de Servicios Financieros del Estado de Nueva York  
Una calle del estado  
Nueva York, NY 10004-1511  
800-342-3736

Además, un programa de asistencia al consumidor puede ayudarle a presentar su apelación. Contacto: Defensores de Salud Comunitaria  
633 Third Ave, 10th FL  
Nueva York, NY. 10017  
888-614-5400  
[cha@cssny.org](mailto:cha@cssny.org)

**¿Este plan proporciona cobertura esencial mínima? Sí**

Si no tiene [cobertura esencial mínima](#) durante un mes, tendrá que realizar un pago con su declaración de impuestos, a menos que califique para una exención del requisito de tener cobertura médica ese mes.

**¿Este plan cumple con los estándares de valor mínimo? Sí**

Si su [plan](#) no cumple con los [estándares de valor mínimo](#), usted podría calificar para un [crédito fiscal para las primas](#) para ayudarle a pagar un [plan](#) a través del [Mercado](#).

## Healthfirst: Hoja de Bronce Premier

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

Duración de la póliza: 1/1/20 – 12/31/20

Período de cobertura: [Ver instrucciones]

Cobertura para: Todos los Tipos de Cobertura | Tipo de plan: HMO

### Servicios lingüísticos:

Spanish (Español): Para obtener asistencia en Español, llame al 1-888-250-2220.

Tagalog (Tagalog): Kung kailangan ninyo ang tulong sa Tagalog tumawag sa 1-888-250-2220.

Chinese (中文): 如果需要中文的帮助, 请拨打这个号码 1-888-250-2220.

Navajo (Dine): Dinek'ehgo shika at'ohwol ninisingo, kwijigo holne' 1-888-250-2220.

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



**Acerca de los ejemplos de cobertura:**



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

**Peg está embarazada**

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

- El [deducible](#) general del [plan](#) \$4,300
- [Especialista](#) [costo compartido] 50%
- Hospital (instalaciones) [costo compartido] 50%
- Otro [costo compartido] 50%

**Este EJEMPLO incluye servicios como:**

Visitas al especialista (*atención prenatal*)  
 Servicios de parto profesionales  
 Servicios de instalaciones de partos profesionales  
 Pruebas diagnósticas (*sonogramas y análisis de sangre*)  
 Visita al especialista (*anestesia*)

**Costo total hipotético \$12,731**

**En este ejemplo, Peg pagaría:**

Costo compartido	
Deducibles	\$3,123
Copagos	\$0
Coseguro	\$5,027
Qué no está cubierto	
Límites o exclusiones	\$0
<b>El total que Peg pagaría es</b>	<b>\$8,150</b>

**Control de la diabetes tipo 2 de Joe**

(un año de atención en la red de rutina de una enfermedad bien manejada)

- El [deducible](#) general del [plan](#) \$4,300
- [Especialista](#) [costo compartido] 50%
- Hospital (instalaciones) [costo compartido] 50%
- Otro [costo compartido] 50%

**Este EJEMPLO incluye servicios como:**

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

**Costo total hipotético \$7,389**

**En este ejemplo, Joe pagaría:**

Costo compartido	
Deducibles	\$3,775
Copagos	\$240
Coseguro	\$3,224
Qué no está cubierto	
Límites o exclusiones	\$0
<b>El total que Joe pagaría es</b>	<b>\$7,239</b>

**Fractura simple de Mia**

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

- El [deducible](#) general del [plan](#) \$4,300
- [Especialista](#) [costo compartido] 50%
- Hospital (instalaciones) [costo compartido] 50%
- Otro [costo compartido] 50%

**Este EJEMPLO incluye servicios como:**

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

**Costo total hipotético \$1,925**

**En este ejemplo, Mia pagaría:**

Costo compartido	
Deducibles	\$963
Copagos	\$0
Coseguro	\$963
Qué no está cubierto	
Límites o exclusiones	\$0
<b>El total que Mia pagaría es</b>	<b>\$1,925</b>

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

**Healthfirst** complies with Federal civil rights laws. Healthfirst does not exclude people or treat them differently because of race, color, national origin, age, disability, or sex.

**Healthfirst** provides the following:

- Free aids and services to people with disabilities to help you communicate with us, such as:
  - Qualified sign language interpreters
  - Written information in other formats (large print, audio, accessible electronic formats, other formats)
- Free language services to people whose first language is not English, such as:
  - Qualified interpreters
  - Information written in other languages

If you need these services, call **Healthfirst** at 1-866-305-0408. For TTY/TDD services, call 1-888-542-3821.

If you believe that **Healthfirst** has not given you these services or treated you differently because of race, color, national origin, age, disability, or sex, you can file a grievance with **Healthfirst** by:

<b>Mail</b>	Healthfirst Member Services P.O. Box 5165 New York, NY 10274-5165
<b>Phone</b>	1-866-305-0408 (for TTY/TDD services, call 1-888-542-3821)
<b>Fax</b>	1-212-801-3250
<b>In person</b>	100 Church Street, New York, NY 10007
<b>Email</b>	<a href="http://healthfirst.org/members/contact/">http://healthfirst.org/members/contact/</a>

You can also file a civil rights complaint with the U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights by:

<b>Web</b>	Office for Civil Rights Complaint Portal at <a href="https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf">https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf</a>
<b>Mail</b>	U.S. Department of Health and Human Services 200 Independence Avenue SW. Room 509F, HHH Building Washington, DC 20201 Complaint forms are available at <a href="http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html">http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html</a>
<b>Phone</b>	1-800-368-1019 (TTY/TDD 800-537-7697)

ATTENTION: Language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-866-305-0408 (TTY/TDD: 1-888-542-3821).	English
ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-866-305-0408 (TTY/TDD: 1-888-867-4132).	Spanish
注意: 如果您使用繁體中文, 您可以免費獲得語言援助服務。請致電 1-866-305-0408 (TTY/TDD: 1-888-542-3821).	Chinese
ملحوظة: إذا كنت تتحدث العربية، فسوف تتوفر خدمات المساعدة اللغوية لك بالمجان. اتصل برقم 1-866-305-0408 (رقم هاتف الصم والبكم). (TTY/TDD: 1-888-542-3821).	Arabic
주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 1-866-305-0408 (TTY/TDD: 1-888-542-3821)번으로 전화해 주십시오.	Korean
ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 1-866-305-0408 (TTY/TDD: 1-888-542-3821).	Russian
ATTENZIONE: In caso la lingua parlata sia l'italiano, sono disponibili servizi di assistenza linguistica gratuiti. Chiamare il numero 1-866-305-0408 (TTY/TDD: 1-888-542-3821).	Italian
ATTENTION: Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le 1-866-305-0408 (TTY/TDD: 1-888-542-3821).	French
ATANSYON: Si w pale Kreyòl Ayisyen, gen sèvis èd pou lang ki disponib gratis pou ou. Rele 1-866-305-0408 (TTY/TDD: 1-888-542-3821).	French Creole
אויפּמערקזאַם: אויב איר רעדט אידיש, זענען פארהאן פאר אייך שפראך הילף סערוויסעס פריי פון אפצאל. רופט 1-866-305-0408 (TTY/TDD: 1-888-542-3821).	Yiddish
UWAGA: Jeżeli mówisz po polsku, możesz skorzystać z bezpłatnej pomocy językowej. Zadzwoń pod numer 1-866-305-0408 (TTY/TDD: 1-888-542-3821).	Polish
PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 1-866-305-0408 (TTY/TDD: 1-888-542-3821).	Tagalog
লক্ষ্য করুন: যদি আপনিথা বাংলা, ক বলতে পারেন, তাহলে নিঃখরচায় ভাষা সহায়তা পরিষেবা উপলব্ধ আছে। ফোন করুন ১ 1-866-305-0408 (TTY/TDD: 1-888-542-3821).	Bengali
KUJDES: Nëse flitni shqip, për ju ka në dispozicion shërbime të asistencës gjuhësore, pa pagesë. Telefononi në 1-866-305-0408 (TTY/TDD: 1-888-542-3821).	Albanian
ΠΡΟΣΟΧΗ: Αν μιλάτε ελληνικά, στη διάθεσή σας βρίσκονται υπηρεσίες γλωσσικής υποστήριξης, οι οποίες παρέχονται δωρεάν. Καλέστε 1-866-305-0408 (TTY/TDD: 1-888-542-3821).	Greek
خبردار: اگر آپ اردو بولتے ہیں، تو آپ کو زبان کی مدد کی خدمات مفت میں دستیاب ہیں۔ کال کریں 1-866-305-0408 (TTY/TDD: 1-888-542-3821)۔	Urdu