

# EPO Total de Plata de Healthfirst

Duración de la póliza: 1/1/19 – 12/31/19

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: EPO



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, 1-855-789-3668. 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 1-855-789-3668 para solicitar una copia.

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué es importante
¿Cuál es el <a href="#">deducible</a> general?	<b>\$2,950</b> por persona/ <b>\$5,900</b> por familia para proveedores dentro de la red No se aplica a medicamentos recetados, o visitas o servicios de atención médica.	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?	No.	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>\$7,900</b> por persona/ <b>\$15,800</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> .
¿Pagará un poco menos si acude a un <a href="#">proveedor</a> ?	Sí. Véa	Este <a href="#">plan</a> no tiene un <a href="#">proveedor dentro de la red</a> . Usted pagará menos si acude

# EPO Total de Plata de Healthfirst

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

Duración de la póliza: 1/1/19 – 12/31/19

Periodo de cobertura: [Ver instrucciones]

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

<b>dentro de la red medica?</b>	<a href="http://www.healthfirstny.org">www.healthfirstny.org</a> o llame al 1-855-789-3668 para una lista de <a href="#">proveedores dentro de la red</a> .	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</a> por la diferencia en el costo del proveedor y lo que su <a href="#">plan</a> paga ( <a href="#">facturación 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.
<b>¿Necesita un referido para ver a un especialista?</b>	No.	Puede acudir al <a href="#">especialista</a> de su preferencia sin <a href="#">un referido</a> .



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)	
<b>Si acude a la oficina o clínica de un <a href="#">proveedor</a> de salud</b>	Visita de atención primaria para tratar una lesión o enfermedad	\$35 de copago por visita no sujeto a deducible	Sin cobertura	-----Ninguna-----
	Visita al <a href="#">especialista</a>	\$70 de copago por visita no sujeto a deducible	Sin cobertura	-----Ninguna-----
	<a href="#">Atención preventiva/examen colectivo/vacuna</a>	Sin cargo	Sin cobertura	-----Ninguna-----
<b>Si se realiza un examen</b>	<a href="#">Prueba diagnóstica</a> (radiografía, análisis de sangre)	\$35 de copago por visita no sujeto a deducible cuando se realizan en el consultorio de un PCP o \$70 de copago por visita no sujeto a deducible cuando se realizan en un centro de atención ambulatoria	Sin cobertura	Se requiere autorización previa.

## EPO Total de Plata de Healthfirst

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

Duración de la póliza: 1/1/19 – 12/31/19

Periodo de cobertura: [Ver instrucciones]

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

	Estudios de imágenes (tomografía computarizada, estudio PET, resonancia magnética)	\$70 de copago por visita después del deducible	Sin cobertura	Se requiere autorización previa.
<p><b>Si necesita medicamentos para tratar su enfermedad o infección.</b> Hay más información disponible acerca de la <a href="#">cobertura de medicamentos con receta</a> en <a href="#">www.[insert].com</a></p>	Medicamentos genéricos	\$20 de copago por receta de 30 días no sujeto a deducible (minorista) y \$40 de copago por receta de 90 días no sujeto a deducible (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)
	Medicamentos de marcas preferidas	\$60 de copago por receta de 30 días (minorista) no sujeto a deducible y \$120 de copago por receta de 90 días no sujeto a deducible (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)
	Medicamentos de marcas no preferidas	\$110 de copago por receta de 30 días (minorista) no sujeto a deducible y \$220 de copago por receta de 90 días no sujeto a deducible (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)
	<a href="#">Medicamentos especializados</a>	\$110 de copago por receta de 30 días (minorista) no sujeto a deducible y \$220 de copago por receta de 90 días no sujeto a deducible (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)

HFIC-SSBC-TOTAL-19(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)

## EPO Total de Plata de Healthfirst

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

Duración de la póliza: 1/1/19 – 12/31/19

Periodo de cobertura: [Ver instrucciones]

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

<b>Si se somete a una operación ambulatoria</b>	Cargo de instalaciones (p. ej., centro de cirugía ambulatoria)	Coseguro del 40% después del deducible	Sin cobertura	Se requiere autorización previa.
	Honorarios del médico/cirujano	\$200 de copago por visita	Sin cobertura	Aplica sólo 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>	\$600 de copago por visita después del deducible	\$600 de copago por visita después del deducible	Sin copago/coseguro en caso de internamiento
	<a href="#">Transporte médico de emergencia</a>	\$300 de copago por visita después del deducible	\$300 de copago por visita después del deducible	-----Ninguna-----
	<a href="#">Atención de urgencia</a>	\$70 de copago por visita no sujeto a deducible	Sin cobertura	-----Ninguna-----
<b>Si le hospitalizan</b>	Cargo de instalaciones (p. ej., habitación de hospital)	Coseguro del 40% después del deducible	Sin cobertura	Se requiere autorización previa. Sin embargo, para ingresos de emergencia, no se requiere autorización previa
	Honorarios del médico/cirujano	\$200 de copago por visita	Sin cobertura	Aplica sólo a cirugías realizadas en hospitales de internación o de atención ambulatoria, incluidos los centros quirúrgicos independientes, pero no a cirugías realizadas en el consultorio.
<b>Si necesita servicios de salud mental, conductual o toxicomanías</b>	Sevicios ambulatorios	\$35 copago por visita no sujeto a deducible	Sin cobertura	Se requiere autorización previa
	Servicios internos	Coseguro del 40% 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	\$200 de copago	Sin cobertura	Se requiere autorización previa

**HFIC-SSBC-TOTAL-19(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)

## EPO Total de Plata de Healthfirst

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

Duración de la póliza: 1/1/19 – 12/31/19

Periodo de cobertura: [Ver instrucciones]

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

	profesionales	después del deducible		
	Servicios de instalaciones de partos profesionales	Coseguro del 40% 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>	\$35 de copago después del deducible	Sin cobertura	Autorización previa necesaria. 40 visitas por año del plan
	<a href="#">Servicios de rehabilitación</a>	\$70 de copago por visita no sujeto a deducible	Sin cobertura	Se requiere autorización previa; 60 visitas por enfermedad, por año del plan por terapias combinadas.
	<a href="#">Servicios de habilitación</a>	\$70 de copago por visita no sujeto a 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 40% después del deducible	Sin cobertura	Se requiere autorización previa; 200 días por año del plan.
	<a href="#">Equipo médico duradero</a>	Coseguro del 40% después del deducible	Sin cobertura	Se requiere autorización previa.
	<a href="#">Servicios de cuidados paliativos o enfermos terminales</a>	Coseguro del 40% después del deducible (pacientes internados) o \$35 de copago por visita no sujeto a deducible (pacientes ambulatorios)	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).
<b>Si su niño necesita servicios odontológicos o de la vista</b>	Examen de la vista pediátrico	\$10 de copago por visita no sujeto a deducible	Sin cobertura	Un examen cada 12 meses
	Anteojos para niños	\$25 de copago no sujeto a deducible	Sin cobertura	Se requiere autorización previa. Sin embargo, para ingresos de emergencia, no se requiere autorización previa
	Chequeo dental pediátrico	\$35 de copago no sujeto a deducible	Sin cobertura	-----Ninguna-----

### Servicios excluidos y otros servicios cubiertos

Servicios que su [plan](#) generalmente NO cubre (consulte el documento de su plan o póliza para encontrar más información y una lista de otros [servicios excluidos](#).)

HFIC-SSBC-TOTAL-19(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)

## EPO Total de Plata de Healthfirst

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

Duración de la póliza: 1/1/19 – 12/31/19

Periodo de cobertura: [Ver instrucciones]

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

<ul style="list-style-type: none"><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>
---	---	--

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

<ul style="list-style-type: none"><li>• Acupuntura</li><li>• Cirugía bariátrica</li><li>• Atención quiropráctica</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Atención de la vista de rutina (adultos)</li><li>• Servicios dentales (adultos)</li><li>• Audífonos</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Los servicios de aborto</li><li>• Tratamiento de la infertilidad</li></ul>
--	---	--

**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**

## EPO Total de Plata de Healthfirst

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

Duración de la póliza: 1/1/19 – 12/31/19

Periodo de cobertura: [Ver instrucciones]

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

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](#).

### Servicios lingüísticos:

Spanish (Español): Para obtener asistencia en Español, llame al 1-855-789-3668.

Tagalog (Tagalog): Kung kailangan ninyo ang tulong sa Tagalog tumawag sa 1-855-789-3668.

Chinese (中文): 如果需要中文的帮助, 请拨打这个号码 1-855-789-3668.

Navajo (Dine): Dinek'ehgo shika at'ohwol ninisingo, kwijijigo holne' 1-855-789-3668.

—————*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.

<b>Peg está embarazada</b> (nueve meses de atención prenatal en la red y parto en el hospital)	
■ El <a href="#">deducible</a> general del <a href="#">plan</a>	\$2,950
■ <a href="#">Especialista</a> [costo compartido]	\$70
■ Hospital (instalaciones) [costo compartido]	40%
■ Otro [costo compartido]	\$70
<b>Este EJEMPLO incluye servicios como:</b> Visitas al especialista ( <i>atención prenatal</i> ) Servicios de parto profesionales Servicios de instalaciones de partos profesionales Pruebas diagnósticas ( <i>sonogramas y análisis de sangre</i> ) Visita al especialista ( <i>anestesia</i> )	
<b>Costo total hipotético</b>	<b>\$13,579</b>
<b>En este ejemplo, Peg pagaría:</b>	
<i>Costo compartido</i>	
Deducibles	\$2,950
Copagos	\$1,366
Coseguro	\$3,584
<i>Qué no está cubierto</i>	
Límites o exclusiones	\$60
<b>El total que Peg pagaría es</b>	<b>\$6,758</b>

<b>Control de la diabetes tipo 2 de Joe</b> (un año de atención en la red de rutina de una enfermedad bien manejada)	
■ El <a href="#">deducible</a> general del <a href="#">plan</a>	\$2,950
■ <a href="#">Especialista</a> [costo compartido]	\$70
■ Hospital (instalaciones) [costo compartido]	40%
■ Otro [costo compartido]	\$70
<b>Este EJEMPLO incluye servicios como:</b> Visitas al consultorio del médico primario ( <i>incluye sesiones informativas sobre la enfermedad</i> ) Pruebas diagnósticas ( <i>análisis de sangre</i> ) Medicamentos por recetas Equipo médico duradero ( <i>medidor de glucosa</i> )	
<b>Costo total hipotético</b>	<b>\$9,745</b>
<b>En este ejemplo, Joe pagaría:</b>	
<i>Costo compartido</i>	
Deducibles	\$1,170
Copagos	\$3,660
Coseguro	\$691
<i>Qué no está cubierto</i>	
Límites o exclusiones	\$55
<b>El total que Joe pagaría es</b>	<b>\$4,169</b>

<b>Fractura simple de Mia</b> (visita a la sala de emergencias dentro de la red y visitas de seguimiento)	
■ El <a href="#">deducible</a> general del <a href="#">plan</a>	\$2,950
■ <a href="#">Especialista</a> [costo compartido]	\$70
■ Hospital (instalaciones) [costo compartido]	40%
■ Otro [costo compartido]	\$70
<b>Este EJEMPLO incluye servicios como:</b> Sala de emergencias ( <i>incluye materiales médicos</i> ) Prueba diagnóstica ( <i>radiografía</i> ) Equipo médico duradero ( <i>muletas</i> ) Servicios de rehabilitación ( <i>terapia física</i> )	
<b>Costo total hipotético</b>	<b>\$2,889</b>
<b>En este ejemplo, Mia pagaría:</b>	
<i>Costo compartido</i>	
Deducibles	\$55
Copagos	<b>\$4,169</b>
Coseguro	\$55
<i>Qué no está cubierto</i>	
Límites o exclusiones	\$0
<b>El total que Mia pagaría es</b>	<b>\$2,884</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 פאַרהאַן פאַר אײך שפּראַך הילף סערוויסעס פּרײַ פּון 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 করুনঃ 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