



The Summary of Benefits and Coverage (SBC) document will help you choose a health plan. The SBC shows you how you and the plan would share the cost for covered health care services. **NOTE: Information about the cost of this plan (called the premium) will be provided separately. This is only a summary.** For more information about your coverage, or to get a copy of the complete terms of coverage, call 1-800-607-0546 (TTY: 711) or visit us at <https://www.premera.com/SBC>. For general definitions of common terms, such as allowed amount, balance billing, coinsurance, copayment, deductible, Provider, or other underlined terms see the Glossary. You can view the Glossary at <https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/> or call 1-800-607-0546 (TTY: 711) to request a copy.

Important Questions	Answers	Why this Matters:
What is the overall <u>deductible</u>?	<u>In-network</u> : \$4,100 Individual / \$8,200 Family.	Generally, you must pay all of the costs from <u>providers</u> up to the <u>deductible</u> amount before this <u>plan</u> begins to pay. If you have other family members on the <u>plan</u> , each family member must meet their own individual <u>deductible</u> until the total amount of <u>deductible</u> expenses paid by all family members meets the overall family <u>deductible</u> .
Are there services covered before you meet your <u>deductible</u>?	Yes. Does not apply to <u>copayments</u> , certain <u>prescription drugs</u> and services listed below as "No charge."	This <u>plan</u> covers some items and services even if you haven't yet met the <u>deductible</u> amount. But a <u>copayment</u> or <u>coinsurance</u> may apply. For example, this <u>plan</u> covers certain preventive services without <u>cost-sharing</u> and before you meet your <u>deductible</u> . See a list of covered preventive services at https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/ .
Are there other <u>deductibles</u> for specific services?	No.	You don't have to meet <u>deductibles</u> for specific services.
What is the <u>out-of-pocket limit</u> for this <u>plan</u>?	<u>In-network</u> : \$6,600 Individual / \$13,200 Family.	The <u>out-of-pocket limit</u> is the most you could pay in a year for covered services. If you have other family members in this <u>plan</u> , they have to meet their own out-of-pocket limits until the overall family <u>out-of-pocket limit</u> has been met.
What is not included in the <u>out-of-pocket limit</u>?	<u>Premium</u> , <u>balance-billed</u> charges, penalties for failure to obtain pre-authorization for services, and health care this plan doesn't cover.	Even though you pay these expenses, they don't count toward the <u>out-of-pocket limit</u> .
Will you pay less if you use a <u>network provider</u>?	Yes. See Individual Signature medical network. For a list of <u>in-network providers</u> , see http://www.premera.com or call 1-800-607-0546.	This <u>plan</u> uses a <u>provider network</u> . You will pay less if you use a <u>provider</u> in the <u>plan's network</u> . You will pay the most if you use an <u>out-of-network provider</u> , and you might receive a bill from a <u>provider</u> for the difference between the <u>provider's</u> charge and what your <u>plan</u> pays (<u>balance billing</u>). Be aware your <u>network provider</u> might use an <u>out-of-network provider</u> for some services (such as lab work). Check with your <u>provider</u> before you get services.
Do you need a referral to see a <u>specialist</u>?	No.	You can see the <u>specialist</u> you choose without a <u>referral</u> .



All copayment and coinsurance costs shown in this chart are after your overall deductible has been met, if a deductible applies.

Common Medical Event	Services You May Need	What You Will Pay		Limitations, Exceptions, & Other Important Information
		Network <u>Provider</u> (You will pay the least)	Out-Of-Network <u>Provider</u> (You will pay the most)	
If you visit a health care provider's office or clinic	Primary care visit to treat an injury or illness	\$25 <u>copayment</u>	Not covered	<u>Deductible</u> does not apply. No charge for first 2 visits per calendar year from designated primary care physician.
	<u>Specialist</u> visit	\$60 <u>copayment</u>	Not covered	<u>Deductible</u> does not apply.
	<u>Preventive care</u> / <u>screening</u> / immunization	No charge	Not covered	<u>Deductible</u> does not apply. You may have to pay for services that aren't <u>preventive</u> . Ask your <u>provider</u> if the services needed are <u>preventive</u> . Then check what your <u>plan</u> will pay for.
If you have a test	<u>Diagnostic test</u> (x-ray, blood work)	30% <u>coinsurance</u>	Not covered	<u>Deductible</u> applies.
	Imaging (CT/PET scans, MRIs)	30% <u>coinsurance</u>	Not covered	<u>Deductible</u> applies. Prior authorization required for some outpatient imaging tests. Penalty for out-of-network: no coverage.
If you need drugs to treat your illness or condition More information about <u>prescription drug coverage</u> is available at https://www.premera.com/documents/052146_2022.pdf .	Preferred Generic drugs	\$25 <u>copayment</u> (retail) \$75 <u>copayment</u> (mail)	Not covered	<u>Deductible</u> does not apply. Covers up to a 30 day supply (retail), covers up to a 90 day supply (mail). No charge for specific preventive drugs. Prior authorization required for some drugs.
	Preferred brand drugs	\$60 <u>copayment</u> (retail) \$180 <u>copayment</u> (mail)	Not covered	<u>Deductible</u> does not apply. Covers up to a 30 day supply (retail), covers up to a 90 day supply (mail). Prior authorization required for some drugs.
	Non-preferred brand drugs	50% <u>coinsurance</u>	Not covered	<u>Deductible</u> applies. Covers up to a 30 day supply (retail), covers up to a 90 day supply (mail). Prior authorization required for some drugs.

Common Medical Event	Services You May Need	What You Will Pay		Limitations, Exceptions, & Other Important Information
		Network <u>Provider</u> (You will pay the least)	Out-Of-Network <u>Provider</u> (You will pay the most)	
	<u>Specialty drugs</u>	50% <u>coinsurance</u>	Not covered	<u>Deductible</u> applies. Covers up to a 30 day supply. Only covered at specific contracted specialty pharmacies. Prior authorization required for some drugs.
If you have outpatient surgery	Facility fee (e.g., ambulatory surgery center)	30% <u>coinsurance</u>	Not covered	<u>Deductible</u> applies. Prior authorization required for some services. Penalty for out-of-network: no coverage.
	Physician/surgeon fees	30% <u>coinsurance</u>	Not covered	<u>Deductible</u> applies.
If you need immediate medical attention	<u>Emergency room care</u>	\$250 <u>copayment</u> , then 30% <u>coinsurance</u>	\$250 <u>copayment</u> , then 30% <u>coinsurance</u>	<u>Deductible</u> applies. Emergency room <u>copayment</u> waived if admitted to hospital.
	<u>Emergency medical transportation</u>	30% <u>coinsurance</u>	30% <u>coinsurance</u>	<u>Deductible</u> applies.
	<u>Urgent care</u>	Hospital-based: \$250 <u>copayment</u> , then 30% <u>coinsurance</u> Freestanding center: \$60 <u>copayment</u>	Hospital-based: \$250 <u>copayment</u> , then 30% <u>coinsurance</u> Freestanding center: Not covered	Hospital based: <u>Deductible</u> applies. Freestanding center: <u>Deductible</u> does not apply.
If you have a hospital stay	Facility fee (e.g., hospital room)	30% <u>coinsurance</u>	Not covered	<u>Deductible</u> applies. Prior authorization required for all planned inpatient stays. Penalty for out-of-network: no coverage.
	Physician/surgeon fee	30% <u>coinsurance</u>	Not covered	<u>Deductible</u> applies.
If you need mental health, behavioral health, or substance abuse services	Outpatient services	Office Visit: \$60 <u>copayment</u> Facility: 30% <u>coinsurance</u>	Not covered	Office visit: <u>Deductible</u> does not apply. Facility: <u>Deductible</u> applies.
	Inpatient services	30% <u>coinsurance</u>	Not covered	<u>Deductible</u> applies. Prior authorization required for all planned inpatient stays. Penalty for out-of-network: no coverage.

Common Medical Event	Services You May Need	What You Will Pay		Limitations, Exceptions, & Other Important Information
		Network <u>Provider</u> (You will pay the least)	Out-Of-Network <u>Provider</u> (You will pay the most)	
If you are pregnant	Office visits	30% <u>coinsurance</u>	Not covered	<u>Deductible</u> applies. <u>Cost-sharing</u> does not apply for <u>preventive services</u> . Depending on the type of services, a <u>coinsurance</u> may apply. Maternity care may include tests and services described elsewhere in the SBC (such as, ultrasound).
	Childbirth/delivery professional services	30% <u>coinsurance</u>	Not covered	<u>Deductible</u> applies. Prior authorization is not required. <u>Cost-sharing</u> does not apply for <u>preventive services</u> . Depending on the type of services, a <u>coinsurance</u> may apply. Maternity care may include tests and services described elsewhere in the SBC (such as, ultrasound).
	Childbirth/delivery facility services	30% <u>coinsurance</u>	Not covered	<u>Deductible</u> applies. <u>Cost-sharing</u> does not apply for <u>preventive services</u> . Depending on the type of services, a <u>coinsurance</u> may apply. Maternity care may include tests and services described elsewhere in the SBC (such as, ultrasound). Prior authorization is not required. However, you should notify the carrier of your admission for delivery as soon as reasonably possible.
If you need help	Home health care	30% <u>coinsurance</u>	Not covered	<u>Deductible</u> applies. Limited to 130 visits per calendar year

Common Medical Event	Services You May Need	What You Will Pay		Limitations, Exceptions, & Other Important Information
		Network <u>Provider</u> (You will pay the least)	Out-Of-Network <u>Provider</u> (You will pay the most)	
recovering or have other special health needs	Rehabilitation services	30% <u>coinsurance</u>	Not covered	<u>Deductible</u> applies. Limited to 25 outpatient visits per calendar year, limited to 30 inpatient days per calendar year. Prior authorization required for all planned inpatient stays. Penalty for out-of-network: no coverage.
	Habilitation services	30% <u>coinsurance</u>	Not covered	<u>Deductible</u> applies. Limited to 25 outpatient visits per calendar year, limited to 30 inpatient days per calendar year. Prior authorization required for all planned inpatient stays. Penalty for out-of-network: no coverage.
	Skilled nursing care	30% <u>coinsurance</u>	Not covered	<u>Deductible</u> applies. Limited to 60 days per calendar year. Prior authorization required for all planned inpatient stays. Penalty for out-of-network: no coverage.
	Durable medical equipment	30% <u>coinsurance</u>	Not covered	<u>Deductible</u> applies. Prior authorization required to buy some medical equipment over \$750. Penalty for out-of-network: no coverage.
	Hospice service	30% <u>coinsurance</u>	Not covered	<u>Deductible</u> applies. Respite care limited to 14 days lifetime.
If your child needs dental or eye care	Children's eye exam	\$30 <u>copayment</u>	\$30 <u>copayment</u>	<u>Deductible</u> does not apply. Limited to one exam per calendar year (under age 19).
	Children's glasses	No charge	No charge	<u>Deductible</u> does not apply. Frames and lenses limited to 1 pair per calendar year.
	Children's dental check-up	Not covered	Not covered	—————none—————

Excluded Services & Other Covered Services:

Services Your Plan Generally Does NOT Cover (Check your policy or plan document for more information and a list of any other excluded services.)

- | | | |
|--------------------------------|-----------------------|----------------------------|
| • Assisted fertility treatment | • Dental care (Adult) | • Private-duty nursing |
| • Bariatric surgery | • Hearing aids | • Routine eye care (Adult) |
| • Cosmetic surgery | • Long-term care | • Weight loss programs |

Other Covered Services (Limitations may apply to these services. This isn't a complete list. Please see your plan document.)

- | | | |
|---------------|---|--|
| • Abortion | • Chiropractic care or other spinal manipulations | • Foot care |
| • Acupuncture | | • Non-emergency care when traveling outside the U.S. |

Your Rights to Continue Coverage: There are agencies that can help if you want to continue your coverage after it ends. The contact information for those agencies is: 1-800-562-6900 for the state insurance department, or the insurer at 1-800-607-0546 or TTY 711. Other coverage options may be available to you too, including buying individual insurance coverage through the Health Insurance Marketplace. For more information about the Marketplace, visit www.HealthCare.gov or call 1-800-318-2596.

Your Grievance and Appeals Rights: There are agencies that can help if you have a complaint against your plan for a denial of a claim. This complaint is called a grievance or appeal. For more information about your rights, look at the explanation of benefits you will receive for that medical claim. Your plan documents also provide complete information to submit a claim, appeal, or grievance for any reason to your plan. For more information about your rights, this notice, or assistance, contact: your plan at 1-800-607-0546, or the state insurance department at 1-800-562-6900.

Does this plan provide Minimum Essential Coverage? **Yes.**

Minimum Essential Coverage generally includes plans, health insurance available through the Marketplace or other individual market policies, Medicare, Medicaid, CHIP, TRICARE, and certain other coverage. If you are eligible for certain types of Minimum Essential Coverage, you may not be eligible for the premium tax credit.

Does this plan meet Minimum Value Standards? **Not Applicable.**

If your plan doesn't meet the Minimum Value Standards, you may be eligible for a premium tax credit to help you pay for a plan through the Marketplace.

Language Access Services:

Spanish (Español): Para obtener asistencia en Español, llame al 1-800-607-0546 or TTY 711.

Tagalog (Tagalog): Kung kailangan ninyo ang tulong sa Tagalog tumawag sa 1-800-607-0546 or TTY 711.

Chinese (中文): 如果需要中文的帮助, 请拨打这个号码1-800-607-0546 or TTY 711.

Navajo (Dine): Dinekehgo shika at'ohwol ninisingo, kwijigo holne' 1-800-607-0546 or TTY 711.

—————To see examples of how this plan might cover costs for a sample medical situation, see the next section.—————

About these Coverage Examples:



This is not a cost estimator. Treatments shown are just examples of how this plan might cover medical care. Your actual costs will be different depending on the actual care you receive, the prices your providers charge, and many other factors. Focus on the cost sharing amounts (deductibles, copayments and coinsurance) and excluded services under the plan. Use this information to compare the portion of costs you might pay under different health plans. Please note these coverage examples are based on self-only coverage.

Peg is Having a baby (9 months of in-network pre-natal care and a hospital delivery)

■ The <u>plan's</u> overall <u>deductible</u>	\$4,100
■ <u>Specialist copayment</u>	\$60
■ <u>Hospital (facility) coinsurance</u>	30%
■ <u>Other coinsurance</u>	30%

This **EXAMPLE** event includes services like:

Specialist office visits (*prenatal care*)
 Childbirth/Delivery Professional Services
 Childbirth/Delivery Facility Services
 Diagnostic tests (*ultrasounds and blood work*)
Specialist visit (*anesthesia*)

Total Example Cost	\$12,700
---------------------------	-----------------

In this example, Peg would pay:

Cost Sharing	
<u>Deductibles</u>	\$4,100
<u>Copayments</u>	\$0
<u>Coinsurance</u>	\$2,500
What isn't covered	
Limits or exclusions	\$60
The Total Peg would pay is	\$6,660

Managing Joe's type 2 diabetes (a year of routine in-network care of a well-controlled condition)

■ The <u>plan's</u> overall <u>deductible</u>	\$4,100
■ <u>Specialist copayment</u>	\$60
■ <u>Hospital (facility) coinsurance</u>	30%
■ <u>Other coinsurance</u>	30%

This **EXAMPLE** event includes services like:

Primary care physician office visits (*including disease education*)
 Diagnostic tests (*blood work*)
 Prescription drugs
 Durable medical equipment (*glucose meter*)

Total Example Cost	\$5,600
---------------------------	----------------

In this example, Joe would pay:

Cost Sharing	
<u>Deductibles</u>	\$200
<u>Copayments</u>	\$1,800
<u>Coinsurance</u>	\$0
What isn't covered	
Limits or exclusions	\$20
The Total Joe would pay is	\$2,020

Mia's Simple Fracture (in-network emergency room visit and follow up care)

■ The <u>plan's</u> overall <u>deductible</u>	\$4,100
■ <u>Specialist copayment</u>	\$60
■ <u>Hospital (facility) coinsurance</u>	30%
■ <u>Other coinsurance</u>	30%

This **EXAMPLE** event includes services like:

Emergency room care (*including medical supplies*)
 Diagnostic test (*x-ray*)
 Durable medical equipment (*crutches*)
 Rehabilitation services (*physical therapy*)

Total Example Cost	\$2,800
---------------------------	----------------

In this example, Mia would pay:

Cost Sharing	
<u>Deductibles</u>	\$1,800
<u>Copayments</u>	\$700
<u>Coinsurance</u>	\$0
What isn't covered	
Limits or exclusions	\$0
The Total Mia would pay is	\$2,500

The plan would be responsible for the other costs of these **EXAMPLE** covered services.

Discrimination is Against the Law

Premera Blue Cross (Premera) complies with applicable Federal civil rights laws and does not discriminate on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex. Premera does not exclude people or treat them differently because of race, color, national origin, age, disability, sex, gender identity, or sexual orientation. Premera provides free aids and services to people with disabilities to communicate effectively with us, such as qualified sign language interpreters and written information in other formats (large print, audio, accessible electronic formats, other formats). Premera provides free language services to people whose primary language is not English, such as qualified interpreters and information written in other languages. If you need these services, contact the Civil Rights Coordinator. If you believe that Premera has failed to provide these services or discriminated in another way on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex, you can file a grievance with: Civil Rights Coordinator — Complaints and Appeals, PO Box 91102, Seattle, WA 98111, Toll free: 855-332-4535, Fax: 425-918-5592, TTY: 711, Email AppealsDepartmentInquiries@Premera.com. You can file a grievance in person or by mail, fax, or email. If you need help filing a grievance, the Civil Rights Coordinator is available to help you. You can also file a complaint with the Washington State Office of the Insurance Commissioner, electronically at <https://www.insurance.wa.gov/file-complaint-or-check-your-complaint-status>, or by mail or phone at: Washington Consumer Assistance Program, 5000 Capitol Blvd SE, Tumwater, WA 98501, 800-562-6900, TDD: 360-586-0241. You can also file a civil rights complaint with the U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights, electronically through the Office for Civil Rights Complaint Portal, available at <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, or by mail or phone at: U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Ave SW, Room 509F, HHH Building, Washington, D.C. 20201, 1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD). Complaint forms are available at <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

Language Assistance

ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 800-607-0546 (TTY: 711).

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 800-607-0546 (TTY: 711)。

CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 800-607-0546 (TTY: 711).

주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 800-607-0546 (TTY: 711) 번으로 전화해 주십시오.

ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 800-607-0546 (телетайп: 711).

PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 800-607-0546 (TTY: 711).

УВАГА! Якщо ви розмовляєте українською мовою, ви можете звернутися до безкоштовної служби мовної підтримки. Телефонуйте за номером 800-607-0546 (телетайп: 711).

ប្រយ័ត្ន: បើសិនជាអ្នកនិយាយភាសាខ្មែរ, សេវាជំនួយផ្នែកភាសា ដោយមិនគិតថ្លៃ គឺអាចមានសំរាប់អ្នក។ ចូរទូរស័ព្ទ 800-607-0546 (TTY: 711)។

注意事項: 日本語を話される場合、無料の言語支援をご利用いただけます。800-607-0546 (TTY: 711) まで、お電話にてご連絡ください。

ማስታወሻ: የሚናገሩት ቋንቋ አማርኛ ከሆነ የትርጉም አርዳታ ድርጅቶች በነጻ ሊያግዝዎት ተዘጋጅተዋል፡ ወደ ሚከተለው ቁጥር ይደውሉ፡ 800-607-0546 (መስማት ለተሳናቸው: 711)፡፡

XIYYEEFFANNA: Afaan dubbattu Oroomiffa, tajaajila gargaarsa afaanii, kanfaltiidhaan ala, ni argama. Bilbilaa 800-607-0546 (TTY: 711).
ملحوظة: إذا كنت تتحدث اذكر اللغة، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم 800-607-0546 (رقم هاتف الصم والبكم: 711).

ਧਿਆਨ ਦਿਓ: ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਪੰਜਾਬੀ ਬੋਲਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਸਹਾਇਤਾ ਸੇਵਾ ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਮੁਫਤ ਉਪਲਬਧ ਹੈ। 800-607-0546 (TTY: 711) 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ।

ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung.
Rufnummer: 800-607-0546 (TTY: 711).

ໂປດຊາບ: ຖ້າວ່າ ທ່ານເວົ້າພາສາ ລາວ, ການບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາ, ໂດຍບໍ່ເສັຽຄ່າ, ແມ່ນມີພ້ອມໃຫ້ ທ່ານ. ໂທ 800-607-0546 (TTY: 711).

ATANSYON: Si w pale Kreyòl Ayisyen, gen sèvis èd pou lang ki disponib gratis pou ou. Rele 800-607-0546 (TTY: 711).

ATTENTION: Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le 800-607-0546 (ATS : 711).

UWAGA: Jeżeli mówisz po polsku, możesz skorzystać z bezpłatnej pomocy językowej. Zadzwoń pod numer 800-607-0546 (TTY: 711).

ATENÇÃO: Se fala português, encontram-se disponíveis serviços linguísticos, grátis. Ligue para 800-607-0546 (TTY: 711).

ATTENZIONE: In caso la lingua parlata sia l'italiano, sono disponibili servizi di assistenza linguistica gratuiti. Chiamare il numero 800-607-0546 (TTY: 711).

توجه: اگر بہ زبان فارسی گفتگو می کنید، تسهیلات زبانی بصورت رایگان برای شما فراهم می باشد. با 800-607-0546 (TTY: 711) تماس بگیرید.



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 (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, llame al 1-800-607-0546 (TTY: 711) o visite <https://www.primera.com/SBC>. 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 el glosario en <https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/> o llamar al 1-800-607-0546 (TTY: 711) para solicitar una copia.

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué es importante:
¿Cuánto es el <u>deducible</u> total?	<u>Dentro de la red</u> : \$4,100 por individuo / \$8,200 por familia.	Por lo general, debe pagar todos los costos de los <u>proveedores</u> hasta la cantidad del <u>deducible</u> antes de que este <u>plan</u> comience a pagar. Si hay otros miembros de la familia cubiertos por el <u>plan</u> , cada familiar deberá pagar su propio <u>deducible</u> individual hasta que el monto total de los gastos del <u>deducible</u> que pagan todos los familiares alcance el <u>deducible</u> familiar general.
¿Hay servicios cubiertos antes de alcanzar su <u>deducible</u> ?	Sí. No se aplica a <u>copagos</u> , determinados <u>medicamentos con receta</u> ni a los servicios enumerados a continuación como "Sin cargo".	Este <u>plan</u> cubre algunos artículos y servicios incluso si aún no ha cubierto el monto del <u>deducible</u> . Sin embargo, es posible que se aplique un <u>copago</u> o <u>coseguro</u> . Por ejemplo, este <u>plan</u> cubre algunos servicios preventivos sin <u>costos compartidos</u> y antes de que cumpla con su <u>deducible</u> . Vea una lista de servicios preventivos cubiertos en https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/ .
¿Hay otros <u>deducibles</u> para servicios específicos?	No.	No tiene que pagar <u>deducibles</u> para servicios específicos.
¿Cuánto es el <u>límite de gastos de bolsillo</u> para este <u>plan</u> ?	<u>Dentro de la red</u> : \$6,600 por individuo / \$13,200 por familia.	El <u>límite de gastos de bolsillo</u> es el máximo que podría pagar en un año por servicios cubiertos. Si hay otros miembros de la familia cubiertos por el <u>plan</u> , ellos deben pagar sus propios límites de gastos de bolsillo 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> ?	Las <u>primas</u> los cargos por <u>facturación del saldo</u> , las penalizaciones en caso de no obtener una autorización previa para los servicios y los servicios de atención médica que este <u>plan</u> no cubre.	Aunque usted pague estos costos, no cuentan para el <u>límite de gastos de bolsillo</u> .

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué es importante:
¿Pagará menos si acude a un <u>proveedor dentro de la red</u> ?	Sí. Consulte Red médica Individual Signature. Vea http://www.premera.com o llame al 1-800-607-0546 para una lista de <u>proveedores dentro de la red</u> .	Este <u>plan</u> tiene una <u>red de proveedores</u> . Usted pagará menos si acude a un <u>proveedor</u> dentro de la <u>red</u> del <u>plan</u> . Usted 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 en el costo del <u>proveedor</u> y lo que su <u>plan</u> paga (<u>facturación de saldo</u>). Tenga en mente que su <u>proveedor dentro de la red</u> podría utilizar un <u>proveedor fuera de la red</u> para algunos servicios (como análisis de laboratorio). Consulte con su <u>proveedor</u> antes de obtener servicios.
¿Necesita una derivación para atenderse con un <u>especialista</u> ?	No.	Puede acudir al <u>especialista</u> de su preferencia sin una <u>derivación</u> .



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

Circunstancia médica común	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		<u>Proveedor dentro de la red</u> (Usted pagará el mínimo)	<u>Proveedor fuera de la red</u> (Usted pagará el máximo)	
Si acude al consultorio o clínica del <u>proveedor</u>	Consulta con su médico de atención primaria para tratar una afección o lesión	\$25 de <u>copago</u>	Sin cobertura	No se aplica el <u>deducible</u> . Sin cargo para las primeras 2 visitas por año calendario de un médico de atención primaria designado.
	Visita al <u>especialista</u>	\$60 de <u>copago</u>	Sin cobertura	No se aplica el <u>deducible</u> .
	<u>Atención preventiva</u> / <u>evaluación</u> / vacunas	Sin cargo	Sin cobertura	No se aplica el <u>deducible</u> . Usted tendrá que pagar los servicios que no sean <u>preventivos</u> . Consulte con su <u>proveedor</u> si los servicios necesarios son <u>preventivos</u> . Luego verifique lo que su <u>plan</u> pagará.
Si se realiza un examen	<u>Exámenes de diagnóstico</u> (radiografías, análisis de sangre)	30% de <u>coseguro</u>	Sin cobertura	Se aplica el <u>deducible</u> .
	Estudios de imágenes (tomografía computarizada, estudio PET, resonancia magnética)	30% de <u>coseguro</u>	Sin cobertura	Se aplica el <u>deducible</u> . Se requiere autorización previa para algunos exámenes por imágenes ambulatorios. Penalización por servicios fuera de la red: sin cobertura.

Circunstancia médica común	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor dentro de la red (Usted pagará el mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará el máximo)	
Si necesita un medicamento para tratar su enfermedad o condición médica. Hay más información disponible sobre la cobertura de medicamentos con receta médica en https://www.premiera.com/documents/052146_2022.pdf .	Medicamentos genéricos preferidos	\$25 de <u>copago</u> (por venta minorista), \$75 de <u>copago</u> (por pedido por correo)	Sin cobertura	No se aplica el <u>deducible</u> . Cubre un suministro de hasta 30 días (por venta minorista), cubre un suministro de hasta 90 días (por pedido por correo). Sin cargo para los medicamentos preventivos específicos. Algunos medicamentos necesitan autorización previa.
	Medicamentos de marca preferidos	\$60 de <u>copago</u> (por venta minorista), \$180 de <u>copago</u> (por pedido por correo)	Sin cobertura	No se aplica el <u>deducible</u> . Cubre un suministro de hasta 30 días (por venta minorista), cubre un suministro de hasta 90 días (por pedido por correo). Algunos medicamentos necesitan autorización previa.
	Medicamentos de marca no preferidos	50% de <u>coseguro</u>	Sin cobertura	Se aplica el <u>deducible</u> . Cubre un suministro de hasta 30 días (por venta minorista), cubre un suministro de hasta 90 días (por pedido por correo). Algunos medicamentos necesitan autorización previa.
	<u>Medicamentos de especialidad</u>	50% de <u>coseguro</u>	Sin cobertura	Se aplica el <u>deducible</u> . Cubre un suministro de hasta 30 días. Solo con cobertura en determinadas farmacias de especialidad contratadas. Algunos medicamentos necesitan autorización previa.
Si le hacen una cirugía ambulatoria	Tarifa del centro (p. ej., centro de cirugía ambulatoria)	30% de <u>coseguro</u>	Sin cobertura	Se aplica el <u>deducible</u> . Se requiere autorización previa para algunos servicios. Penalización por servicios fuera de la red: sin cobertura.
	Tarifas del médico / cirujano	30% de <u>coseguro</u>	Sin cobertura	Se aplica el <u>deducible</u> .

Circunstancia médica común	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor dentro de la red (Usted pagará el mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará el máximo)	
Si necesita atención médica inmediata	<u>Atención en la sala de emergencias</u>	\$250 de <u>copago</u> , después 30% de <u>coseguro</u>	\$250 de <u>copago</u> , después 30% de <u>coseguro</u>	Se aplica el <u>deducible</u> . No se aplica el <u>copago</u> de la sala de emergencias si es admitido en el hospital.
	<u>Transporte médico de emergencia</u>	30% de <u>coseguro</u>	30% de <u>coseguro</u>	Se aplica el <u>deducible</u> .
	<u>Atención de urgencia</u>	En el hospital: \$250 de <u>copago</u> , después 30% de <u>coseguro</u> En el centro independiente: \$60 de <u>copago</u>	En el hospital: \$250 de <u>copago</u> , después 30% de <u>coseguro</u> En el centro independiente: Sin cobertura	En el hospital: Se aplica el <u>deducible</u> . En el centro independiente: No se aplica el <u>deducible</u> .
Si necesita hospitalización	Tarifa del centro (p. ej., habitación del hospital)	30% de <u>coseguro</u>	Sin cobertura	Se aplica el <u>deducible</u> . Todas las estadías planificadas como paciente hospitalizado necesitan autorización previa. Penalización por servicios fuera de la red: sin cobertura.
	Tarifas del médico / cirujano	30% de <u>coseguro</u>	Sin cobertura	Se aplica el <u>deducible</u> .
Si necesita servicios de salud mental, salud conductual o de abuso de sustancias	Servicios para pacientes ambulatorios	Visitas al consultorio: \$60 de <u>copago</u> Centro de atención: 30% de <u>coseguro</u>	Sin cobertura	Visita al consultorio: No se aplica el <u>deducible</u> . Centro de atención: Se aplica el <u>deducible</u> .
	Servicios para pacientes hospitalizados	30% de <u>coseguro</u>	Sin cobertura	Se aplica el <u>deducible</u> . Todas las estadías planificadas como paciente hospitalizado necesitan autorización previa. Penalización por servicios fuera de la red: sin cobertura.

Circunstancia médica común	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		<u>Proveedor dentro de la red</u> (Usted pagará el mínimo)	<u>Proveedor fuera de la red</u> (Usted pagará el máximo)	
Si está embarazada	Visitas al consultorio	30% de <u>coseguro</u>	Sin cobertura	Se aplica el <u>deducible</u> . El <u>costo compartido</u> no se aplica a los <u>servicios preventivos</u> . Según el tipo de servicios, puede aplicarse un <u>coseguro</u> . La atención por maternidad puede incluir exámenes y servicios descritos en otra parte del SBC (es decir, ecografía).
	Servicios profesionales para el nacimiento y el parto	30% de <u>coseguro</u>	Sin cobertura	Se aplica el <u>deducible</u> . No se necesita autorización previa. El <u>costo compartido</u> no se aplica a los <u>servicios preventivos</u> . Según el tipo de servicios, puede aplicarse un <u>coseguro</u> . La atención por maternidad puede incluir exámenes y servicios descritos en otra parte del SBC (es decir, ecografía).
	Servicios hospitalarios para el nacimiento y el parto	30% de <u>coseguro</u>	Sin cobertura	Se aplica el <u>deducible</u> . El <u>costo compartido</u> no se aplica a los <u>servicios preventivos</u> . Según el tipo de servicios, puede aplicarse un <u>coseguro</u> . La atención por maternidad puede incluir exámenes y servicios descritos en otra parte del SBC (es decir, ecografía). No se necesita autorización previa. Sin embargo, debe notificar a la compañía de seguros sobre su admisión para el parto tan pronto como sea razonablemente posible.

Circunstancia médica común	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor dentro de la red (Usted pagará el mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará el máximo)	
Si necesita servicios de recuperación o tiene otras necesidades especiales de salud	Atención médica en el hogar	30% de <u>coseguro</u>	Sin cobertura	Se aplica el <u>deducible</u> . Límite de 130 visitas por año calendario.
	Servicios de rehabilitación	30% de <u>coseguro</u>	Sin cobertura	Se aplica el <u>deducible</u> . Límite de 25 visitas para pacientes ambulatorios por año calendario, límite de 30 días para pacientes hospitalizados por año calendario. Todas las estadías planificadas como paciente hospitalizado necesitan autorización previa. Penalización por servicios fuera de la red: sin cobertura.
	Servicios de habilitación	30% de <u>coseguro</u>	Sin cobertura	Se aplica el <u>deducible</u> . Límite de 25 visitas para pacientes ambulatorios por año calendario, límite de 30 días para pacientes hospitalizados por año calendario. Todas las estadías planificadas como paciente hospitalizado necesitan autorización previa. Penalización por servicios fuera de la red: sin cobertura.
	Cuidado de enfermería especializada	30% de <u>coseguro</u>	Sin cobertura	Se aplica el <u>deducible</u> . Límite de 60 días por año calendario. Todas las estadías planificadas como paciente hospitalizado necesitan autorización previa. Penalización por servicios fuera de la red: sin cobertura.
	Equipo médico duradero	30% de <u>coseguro</u>	Sin cobertura	Se aplica el <u>deducible</u> . Se requiere autorización previa para comprar determinado equipo médico superior a \$750. Penalización por servicios fuera de la red: sin cobertura.
	Servicios en un programa de cuidados paliativos	30% de <u>coseguro</u>	Sin cobertura	Se aplica el <u>deducible</u> . La atención de relevo está limitada a 14 días de por vida.

Circunstancia médica común	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		<u>Proveedor dentro de la red</u> (Usted pagará el mínimo)	<u>Proveedor fuera de la red</u> (Usted pagará el máximo)	
Si su hijo necesita servicios dentales o de la vista	Examen de la vista para niños	\$30 de <u>copago</u>	\$30 de <u>copago</u>	No se aplica el <u>deducible</u> . Límite de un examen por año calendario (menores de 19 años).
	Anteojos para niños	Sin cargo	Sin cargo	No se aplica el <u>deducible</u> . Marcos y lentes limitados a 1 par por año calendario.
	Chequeo dental pediátrico	Sin cobertura	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).

- | | | |
|--------------------------------------|-----------------------------|--|
| • Tratamiento de fertilidad asistida | • Atención dental (adultos) | • Servicios de enfermería privada |
| • Cirugía bariátrica | • Audífonos | • Atención de la vista de rutina (adultos) |
| • Cirugía estética | • Atención a largo plazo | • Programas de pérdida de peso |

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

- | | | |
|--------------|---|--|
| • Aborto | • Atención quiropráctica u otras manipulaciones espinales | • Atención de los pies |
| • Acupuntura | | • Atención que no sea de emergencia durante viajes fuera de los Estados Unidos |

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: 1-800-562-6900 para el Departamento Estatal de Seguros, o con la aseguradora al 1-800-607-0546 o TTY 711. 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.HealthCare.gov o llame al 1-800-318-2596.

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 denomina queja formal 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 su plan llamando al 1-800-607-0546 o con el Departamento Estatal de Seguros, al 1-800-562-6900.

¿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.

¿Este plan cumple con los estándares de valor mínimo? No se aplica.

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.

Servicio de acceso a idiomas:

Español (Spanish): Para obtener asistencia en español, llame al 1-800-607-0546 o TTY 711.

Tagalog (Tagalog): Kung kailangan ninyo ang tulong sa Tagalog tumawag sa 1-800-607-0546 or TTY 711.

Chino (中文): 如果需要中文的帮助, 请拨打这个号码 1-800-607-0546 or TTY 711.

Navajo (Dine): Dine'ehgo shika at'ohwol ninisingo, kwijigo holne' 1-800-607-0546 or TTY 711.

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

Acerca de los 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 está embarazada (nueve meses de atención prenatal en la red y parto en el hospital)	
■ El <u>deducible</u> general del <u>plan</u>	\$4,100
■ <u>Copago</u> al especialista	\$60
■ <u>Coseguro</u> del hospital (establecimiento)	30%
■ Otro <u>coseguro</u>	30%
Este EJEMPLO de evento incluye servicios como:	
Visitas al <u>especialista</u> (<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 <u>especialista</u> (<i>anestesia</i>)	
Costo total del ejemplo	\$12,700
En este ejemplo, Peg pagaría:	
<i>Costos compartidos</i>	
<u>Deducibles</u>	\$4,100
<u>Copagos</u>	\$0
<u>Coseguro</u>	\$2,500
<i>Lo que no está cubierto</i>	
Límites o exclusiones	\$60
El total que Peg pagaría es	\$6,660

Control de la diabetes tipo 2 de Joe (un año de atención en la red de rutina de una enfermedad bien manejada)	
■ El <u>deducible</u> general del <u>plan</u>	\$4,100
■ <u>Copago</u> al especialista	\$60
■ <u>Coseguro</u> del hospital (establecimiento)	30%
■ Otro <u>coseguro</u>	30%
Este EJEMPLO de evento incluye servicios como:	
Visitas en el consultorio del médico de atención primaria (<i>incluye la educación sobre enfermedades</i>)	
Exámenes de diagnóstico (<i>análisis de sangre</i>)	
Medicamentos con receta médica	
Equipo médico duradero (<i>glucómetro</i>)	
Costo total del ejemplo	\$5,600
En este ejemplo, Joe pagaría:	
<i>Costos compartidos</i>	
<u>Deducibles</u>	\$200
<u>Copagos</u>	\$1,800
<u>Coseguro</u>	\$0
<i>Lo que no está cubierto</i>	
Límites o exclusiones	\$20
El total que Joe pagaría es	\$2,020

Fractura simple de Mia (visita a la sala de emergencias dentro de la red y visitas de seguimiento)	
■ El <u>deducible</u> general del <u>plan</u>	\$4,100
■ <u>Copago</u> al especialista	\$60
■ <u>Coseguro</u> del hospital (establecimiento)	30%
■ Otro <u>coseguro</u>	30%
Este EJEMPLO de evento incluye servicios como:	
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>)	
Costo total del ejemplo	\$2,800
En este ejemplo, Mia pagaría:	
<i>Costos compartidos</i>	
<u>Deducibles</u>	\$1,800
<u>Copagos</u>	\$700
<u>Coseguro</u>	\$0
<i>Lo que no está cubierto</i>	
Límites o exclusiones	\$0
El total que Mia pagaría es	\$2,500

El plan sería responsable de los demás costos de los servicios cubiertos de este EJEMPLO.

045683spa_2022 (10-01-2021) Primera Blue Cross es un licenciatario independiente de Blue Cross Blue Shield Association MET-INDIV-WA 49831WA1940004-01

Este documento ha sido traducido del inglés. Esta traducción de ninguna manera cambia los requisitos de elegibilidad, beneficios, exclusiones, limitaciones ni otras provisiones del plan de salud o del contrato en grupo. En caso de un conflicto o diferencia entre este documento traducido y la versión en el idioma inglés, prevalecerá la versión en inglés.

La discriminación está prohibida por la ley

Premera Blue Cross (Premera) cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. Premera no excluye a las personas ni las trata de manera diferente por su raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad, sexo, identidad de género u orientación sexual.

Premera:

- Proporciona asistencia y servicios gratuitos a las personas con discapacidades para que se comuniquen de manera eficaz con nosotros, como los siguientes:
 - Intérpretes de lenguaje de señas capacitados.
 - Información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos)
- Proporciona servicios lingüísticos gratuitos a personas cuya lengua materna no es el inglés, como los siguientes:
 - Intérpretes capacitados.
 - Información escrita en otros idiomas.

Si necesita recibir estos servicios, comuníquese con el Civil Rights Coordinator (Coordinador de Derechos Civiles).

Si considera que Premera no le proporcionó estos servicios o lo discriminó de otra manera por motivos de origen étnico, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, puede presentar un reclamo a la siguiente persona:

Civil Rights Coordinator — Complaints and Appeals

PO Box 91102, Seattle, WA 98111

Toll free 855-332-4535, Fax 425-918-5592, TTY 711

Email AppealsDepartmentInquiries@Premera.com.

Puede presentar el reclamo en persona o por correo postal, fax o correo electrónico. Si necesita ayuda para hacerlo, el Civil Rights Coordinator está a su disposición para brindársela.

También puede presentar una queja ante la Oficina del Comisionado de Seguros del Estado de Washington de manera electrónica en <https://www.insurance.wa.gov/file-complaint-or-check-your-complaint-status>, o bien, por correo postal a la siguiente dirección o por teléfono a los números que figuran a continuación: Washington Consumer Assistance Program, 5000 Capitol Blvd SE, Tumwater, WA 98501, 800-562-6900, TDD: 360-586-0241.

También puede presentar un reclamo de derechos civiles ante la Office for Civil Rights (Oficina de Derechos Civiles) del Department of Health and Human Services (Departamento de Salud y Servicios Humanos) de EE. UU. de manera electrónica a través de Office for Civil Rights Complaint Portal, disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o bien, por correo postal a la siguiente dirección o por teléfono a los números que figuran a continuación:

U.S. Department of Health and Human Services

200 Independence Ave SW, Room 509F, HHH Building

Washington, D.C. 20201, 1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD)

Puede obtener los formularios de reclamo en el sitio web <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

Asistencia lingüística

ATTENTION: If you speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 800-607-0546 (TTY: 711).

ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 800-607-0546 (TTY: 711).

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 800-607-0546 (TTY: 711)。

CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 800-607-0546 (TTY: 711).

주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 800-607-0546 (TTY: 711) 번으로 전화해 주십시오.

ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 800-607-0546 (телетайп: 711).

PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 800-607-0546 (TTY: 711).

УВАГА! Якщо ви розмовляєте українською мовою, ви можете звернутися до безкоштовної служби мовної підтримки. Телефонуйте за номером 800-607-0546 (телетайп: 711).

ប្រយ័ត្ន: បើសិនជាអ្នកនិយាយភាសាខ្មែរ, សេវាជំនួយផ្នែកភាសា ដោយមិនគិតថ្លៃ គឺអាចមានសំរាប់លើអ្នក។ ចូរ ទូរស័ព្ទ 800-607-0546 (TTY: 711)។

注意事項: 日本語を話される場合、無料の言語支援をご利用いただけます。800-607-0546 (TTY: 711) まで、お電話にてご連絡ください。

ማሳሰቢያ: የሚናገሩት ቋንቋ አማርኛ ከሆነ የትርጉም እርዳታ ድርጅቶች በነጻ ሊያግዝዎት ተዘጋጅተዋል፡ ወደ ሚከተለው ቁጥር ይደውሉ 800-607-0546 (መስማት ለተሳናቸው: 711)፡

XIYYEEFFANNA: Afaan dubbattu Oroomiffa, tajaajila gargaarsa afaanii, kanfaltiidhaan ala, ni argama. Bilbilaa 800-607-0546 (TTY: 711).
ملحوظة: إذا كنت تتحدث اذكر اللغة، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم 800-607-0546 (رقم هاتف الصم والبكم: 711).

ਧਿਆਨ ਦਿਓ: ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਪੰਜਾਬੀ ਬੋਲਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਸਹਾਇਤਾ ਸੇਵਾ ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਮੁਫਤ ਉਪਲਬਧ ਹੈ। 800-607-0546 (TTY: 711) 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ।

ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung.
 Rufnummer: 800-607-0546 (TTY: 711).

ໂປດຊາບ: ຖ້າວ່າ ທ່ານເວົ້າພາສາ ລາວ, ການບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາ, ໂດຍບໍ່ເສັຽຄ່າ, ແມ່ນມີພ້ອມໃຫ້ ທ່ານ. ໂທ 800-607-0546 (TTY: 711).

ATANSYON: Si w pale Kreyòl Ayisyen, gen sèvis èd pou lang ki disponib gratis pou ou. Rele 800-607-0546 (TTY: 711).

ATTENTION: Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le 800-607-0546 (ATS: 711).

UWAGA: Jeżeli mówisz po polsku, możesz skorzystać z bezpłatnej pomocy językowej. Zadzwoń pod numer 800-607-0546 (TTY: 711).

ATENÇÃO: Se fala português, encontram-se disponíveis serviços linguísticos, grátis. Ligue para 800-607-0546 (TTY: 711).

ATTENZIONE: In caso la lingua parlata sia l'italiano, sono disponibili servizi di assistenza linguistica gratuiti. Chiamare il numero 800-607-0546 (TTY: 711).

توجه: اگر به زبان فارسی گفتگو می کنید، تسهیلات زبانی بصورت رایگان برای شما فراهم می باشد. با 800-607-0546 (TTY: 711) تماس بگیرید.