

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

Período de cobertura: 07/01/2026 – 06/30/2027
Cobertura: Individual + Familiar **Tipo de plan:** PPO



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

Preguntas importantes	Respuestas		Por qué es importante:
¿Cuánto es el deducible general?	Nivel 1-3 Dentro de la red \$0	Nivel 4 Fuera de la red \$0	No hay un deducible general para este plan.
¿Hay servicios que estén cubiertos antes de alcanzar el deducible ?	Nivel 1-3 Dentro de la red Sí. No hay deducible general por año calendario	Nivel 4 Fuera de la red Sí. No hay deducible general por año calendario	No hay deducible general para este plan. Sin embargo, es posible que se aplique un copago o un coseguro . Por ejemplo, este plan cubre algunos servicios preventivos sin costos compartidos . Consulte una lista de servicios preventivos cubiertos en https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/ .
¿Hay otros deducibles para servicios específicos?	No.		No tiene que alcanzar un deducible para servicios específicos.
¿Cuánto es el límite de gastos de bolsillo para este plan ?	Nivel 1-3 Dentro de la red Empleado \$4,500 o familia \$9,000	Nivel 4 Fuera de la red Ilimitado	El límite de gastos de bolsillo es lo máximo que usted podría pagar en un año por los servicios cubiertos. Si tiene otros familiares en este plan , cada uno debe alcanzar su propio límite de gastos de bolsillo hasta que se alcance el límite de gastos de bolsillo familiar total. Se aplican gastos de bolsillo para los niveles 1, 2, 3 y 4 de manera conjunta.
¿Qué no está incluido en el límite de gastos de bolsillo ?	Primas , cargos por facturación del saldo , atención médica que este plan médico no cubre, costos compartidos para la mayoría de los beneficios fuera de la red y penalizaciones por certificación previa.		Aunque usted pague estos gastos, no cuentan para el límite de gastos de bolsillo .
¿Pagará menos si lo atiende un proveedor dentro de la red ?	Sí. Visite member.coupehealth.com o llame al 1-833-749-1969 para obtener una lista de proveedores dentro de la red .		Este plan usa una red de proveedores . Usted pagará menos si usa un proveedor dentro de la red del plan . Usted pagará más si usa un proveedor fuera de la red , y es posible que reciba la factura de un proveedor por la diferencia entre lo que el proveedor cobra y lo que su plan pagaría (facturación de saldo). Tenga en cuenta que su proveedor dentro de la red puede usar a un proveedor fuera de la red para algunos servicios (como análisis de laboratorio). Consulte con su proveedor antes de recibir los servicios.

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué es importante:
¿Necesita una remisión para ver a un especialista ?	No.	Puede ver al especialista que elija sin una remisión .



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

Circunstancia médica común	Servicios que podría necesitar	Nivel 1 - 3 Dentro de la red			Nivel 4 Fuera de la red	Limitaciones, excepciones y otra información importante
Si tiene una visita en el consultorio o la clínica de un proveedor de atención médica	Visita de atención primaria para tratar una lesión o enfermedad	\$15 de copago	\$25 de copago	\$60 de copago	\$75 de copago	Es posible que se requiera certificación previa para algunos medicamentos administrados por el proveedor ; si no se obtiene la certificación previa, no hay beneficios disponibles; salud conductual y atención médica urgente de Doctor on Demand sin costo para los niveles 1 a 3; atención primaria virtual – servicios médicos de Doctor on Demand con un cargo de \$15 por cita para los niveles 1 a 3.
	Visita a un especialista	\$30 de copago	\$40 de copago	\$90 de copago	\$130 de copago	
	Atención preventiva/ examen médico/ vacunas	Sin cargo				Llame a su valet de Coupe Health al 1-833-749-1969. Es posible que deba pagar los servicios que no sean preventivos. Pregúntele a su proveedor si los servicios necesarios son preventivos. Luego, consulte lo que su plan pagaría.
Si se hace una prueba	Prueba de diagnóstico (radiografía, análisis de sangre)	Análisis de laboratorios básicos: \$15 de copago Análisis de laboratorio avanzados: \$60 de copago Radiografías: \$50 de copago	Análisis de laboratorios básicos: \$20 de copago Análisis de laboratorio avanzados: \$80 de copago Radiografías: \$75 de copago	Análisis de laboratorios básicos: \$40 de copago Análisis de laboratorio avanzados: \$140 de copago Radiografías: \$130 de copago	Análisis de laboratorios básicos: \$60 de copago Análisis de laboratorio avanzados: \$170 de copago Radiografías: \$170 de copago	Los beneficios enumerados incluyen los gastos del centro y del médico; no se cobra por los laboratorios de diagnóstico básico y avanzado; es posible que se exija una certificación previa; si no se obtiene la certificación previa; no habrá beneficios disponibles.
	Diagnóstico por imágenes (CT/PET, MRI)	\$175 de copago	\$250 de copago	\$400 de copago	\$560 de copago	Es posible que se exija una certificación previa; si no se obtiene una certificación previa, no habrá beneficios disponibles.

Circunstancia médica común	Servicios que podría necesitar	Nivel 1 - 3 Dentro de la red			Nivel 4 Fuera de la red	Limitaciones, excepciones y otra información importante
Si necesita medicamentos para tratar su enfermedad o condición Puede encontrar más información sobre la cobertura de medicamentos con receta en member.coupehealth.com	Nivel 1 (medicamentos genéricos preferidos)	\$10 de copago (farmacia) \$20 de copago (pedidos por correo) \$20 de copago (farmacia: medicamentos con receta para 90 días)			No está cubierto	Es posible que se requiera certificación previa para algunos medicamentos; si no se obtiene la certificación previa, no hay beneficios disponibles. Los medicamentos de venta en farmacia y los medicamentos especializados están limitados a un suministro para 31 días.
	Nivel 2 (medicamentos genéricos no preferidos)	\$45 de copago (farmacia) \$90 de copago (pedidos por correo) \$90 de copago (farmacia: medicamentos con receta para 90 días)			No está cubierto	
	Nivel 3 (medicamentos de marca preferidos)	\$45 de copago (farmacia) \$90 de copago (pedidos por correo) \$90 de copago (farmacia: medicamentos con receta para 90 días)			No está cubierto	
	Nivel 4 (medicamentos de marca no preferidos)	\$90 de copago (farmacia) \$180 de copago (pedidos por correo) \$180 de copago (farmacia: medicamentos con receta para 90 días)			No está cubierto	
	Nivel 5 (Medicamentos especializados)	\$200 de copago			No está cubierto	
Si tiene una cirugía ambulatoria	Cargo del centro (p. ej., centro de cirugía ambulatoria)	\$600 de copago	\$900 de copago	\$1,500 de copago	\$1,850 de copago	El cargo del centro indicado incluye los cargos del centro y los cargos del médico asociados a los servicios del centro y de cirugía para pacientes ambulatorios; es posible que se exija una certificación previa; si no se obtiene una certificación previa, no habrá beneficios disponibles.
	Cargos del médico/ cirujano	Sin cargo				Ninguna
Si necesita atención médica inmediata	Atención en la sala de emergencias	\$250 de copago				El cargo del centro indicado incluye los cargos del centro y de los médicos asociados a los servicios de emergencia médica; los servicios se aplican al máximo de gastos de bolsillo de los niveles 1 -3
	Transporte médico de emergencia	\$250 de copago				Los servicios se aplican al máximo de gastos de bolsillo de los niveles 1-3
	Atención de urgencia	\$45 de copago				Ninguna

Circunstancia médica común	Servicios que podría necesitar	Nivel 1 - 3 Dentro de la red			Nivel 4 Fuera de la red	Limitaciones, excepciones y otra información importante
Si lo hospitalizan	Cargo del centro (p. ej., habitación del hospital)	\$1,600 de copago	\$2,200 de copago	\$3,800 de copago	\$6,000 de copago	El cargo del centro indicado incluye los cargos del centro y de los médicos asociados a los servicios para pacientes hospitalizados; se exige una certificación previa; si no se obtiene una certificación previa, no habrá beneficios disponibles.
	Cargos del médico/ cirujano	Sin cargo				Ninguna
Si necesita servicios de salud mental, salud conductual o por abuso de sustancias	Servicios para pacientes ambulatorios	Consultorio del médico: \$15 de copago Paciente ambulatorio: \$600 de copago	Consultorio del médico: \$25 de copago Paciente ambulatorio: \$900 de copago	Consultorio del médico: \$60 de copago Paciente ambulatorio: \$1,500 de copago	Consultorio del médico: \$75 de copago Paciente ambulatorio: \$1,850 de copago	Se requiere certificación previa para atención ambulatoria intensiva, hospitalización parcial y hospitalización en régimen de ingreso; si no se obtiene la certificación previa, no hay beneficios disponibles; la tarifa del centro listada para los servicios de hospitalización incluye el centro y el médico
	Servicios para pacientes hospitalizados	\$1,600 de copago	\$2,200 de copago	\$3,800 de copago	\$6,000 de copago	
Si está embarazada	Visitas en el consultorio	Visita inicial: \$15 de copago Visita de seguimiento: Sin cargo	Visita inicial: \$25 de copago Visita de seguimiento: Sin cargo	Visita inicial: \$60 de copago Visita de seguimiento: Sin cargo	Visita inicial: \$75 de copago Visita de seguimiento: Sin cargo	No se aplican costos compartidos para los servicios preventivos . Según el tipo de servicio, podría aplicarse un copago , un coseguro o un deducible . La atención de maternidad puede incluir exámenes y servicios descritos en otra parte del Resumen de beneficios y cobertura (por ejemplo, ultrasonido); la tarifa del centro indicada incluye el centro y los servicios del médico asociados con los servicios de maternidad; es posible que se requiera precertificación para algunos servicios ambulatorios; si no se obtiene la precertificación, no hay beneficios disponibles. Después del parto, un recién nacido no genera un copago aparte si se trata de una estancia de bebé sano. Si se trata de una estancia en la NICU o de una estancia de un recién nacido enfermo, habrá un copago aparte para pacientes hospitalizados y la fecha del servicio generalmente es la fecha de inicio en la NICU.
	Servicios profesionales para el parto/ nacimiento	Sin cargo				
	Servicios del centro para el parto/ nacimiento	\$1,600 de copago	\$2,200 de copago	\$3,800 de copago	\$6,000 de copago	

Circunstancia médica común	Servicios que podría necesitar	Nivel 1 - 3 Dentro de la red			Nivel 4 Fuera de la red	Limitaciones, excepciones y otra información importante
Si necesita ayuda para recuperarse o tiene otras necesidades médicas especiales	Atención médica en casa	\$30 de copago	\$60 de copago	\$100 de copago	\$140 de copago	Es posible que se exija certificación previa; si no se obtiene la certificación previa, no hay beneficios disponibles; los beneficios también están disponibles para los servicios de infusión en casa.
	Servicios de rehabilitación	\$30 de copago	\$60 de copago	\$100 de copago	\$140 de copago	Limitado a 120 citas combinadas por miembro por período de beneficios para terapia ocupacional, fisioterapia y terapia del habla; los servicios de salud conductual no están sujetos a estos límites.
	Servicios de habilitación	\$30 de copago	\$60 de copago	\$100 de copago	\$140 de copago	
	Atención de enfermería especializada	\$1,350 de copago	\$1,800 de copago	\$3,100 de copago	\$5,000 de copago	Es posible que se requiera certificación previa; si no se obtiene la certificación previa, no hay beneficios disponibles; limitado a 120 días por miembro por año calendario
	Equipo médico duradero	\$65 de copago	\$90 de copago	\$150 de copago	\$275 de copago	Es posible que se requiera certificación previa; si no se obtiene la certificación previa, no hay beneficios disponibles; los beneficios se proporcionan para pelucas para casos de alopecia y cáncer, y están limitados a una por miembro por período de beneficios; los implantes cocleares están cubiertos
	Servicios de hospicio	\$290 de copago	\$390 de copago	\$650 de copago	\$780 de copago	Es posible que se exija certificación previa; sin certificación previa, no hay beneficios disponibles.
Si su hijo necesita atención dental o de la vista	Examen de la vista para niños	Sin cargo				Llame a su valet de Coupe Health al 1-833-749-1969
	Anteojos para niños	No está cubierto				No está cubierto; el miembro paga el 100%
	Control dental para niños	No está cubierto				No está cubierto; el miembro paga el 100%

Servicios excluidos y otros servicios cubiertos:

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

- | | | |
|----------------------------|-----------------------------|----------------------|
| • Cirugía cosmética | • Tratamiento de fertilidad | • Enfermería privada |
| • Atención dental (adulto) | • Atención de largo plazo | |

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

- | | | |
|--|---|--|
| • Acupuntura (limitada a 15 citas por miembro por período de beneficios) | • Atención quiropráctica | • Atención de la vista de rutina (adulto) |
| • Cirugía bariátrica (aplican limitaciones) | • Atención que no sea de emergencia cuando viaje fuera de los EE. UU. | • Cuidado de los pies de rutina (aplican limitaciones) |
| | | • Programas de pérdida de peso (aplican limitaciones) |

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

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

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

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

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

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

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

Sobre estos ejemplos de cobertura:



Esto no es una calculadora de costos. Los tratamientos que se muestran son solo ejemplos de cómo este [plan](#) podría cubrir la atención médica. Sus costos reales serán diferentes, dependiendo de la atención que reciba, los precios que cobren sus [proveedores](#) y muchos otros factores. Fíjese en las cantidades de [costos compartidos](#) ([deducibles](#), [copagos](#) y [coseguro](#)) y en los [servicios excluidos](#) por el [plan](#). Use esta información para comparar la parte de los costos que podría pagar dentro de diferentes [planes](#) médicos. Tenga en cuenta que estos ejemplos de cobertura se basan solo en una cobertura individual.

Peg va a tener un bebé

(9 meses de atención prenatal dentro de la red y parto en un hospital)

■ Deducible general del plan	\$0
■ Copago por especialista	\$30
■ Copago por hospital (centro)	\$1,600
■ Otro copago	\$250

Este EJEMPLO de acontecimiento incluye servicios como:

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

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

En este ejemplo, Peg pagaría:

Costos compartidos	
Deducibles	\$0
Copagos	\$2,200
Coseguro	\$0
Lo que no está cubierto	
Límites o exclusiones	\$60
El total que Peg pagaría es	\$2,260

Manejo de la diabetes tipo 2 de Joe

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

■ Deducible general del plan	\$0
■ Copago por especialista	\$30
■ Copago por hospital (centro)	\$1,600
■ Otro copago	\$250

Este EJEMPLO de acontecimiento incluye servicios como:

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

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

En este ejemplo, Joe pagaría:

Costos compartidos	
Deducibles	\$0
Copagos	\$900
Coseguro	\$0
Lo que no está cubierto	
Límites o exclusiones	\$40
El total que Joe pagaría es	\$940

Fractura simple de Mia

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

■ Deducible general del plan	\$0
■ Copago por especialista	\$30
■ Copago por hospital (centro)	\$1,600
■ Otro copago	\$250

Este EJEMPLO de acontecimiento incluye servicios como:

[Atención en la sala de emergencias](#) (incluyendo suministros médicos)
[Pruebas de diagnóstico](#) (radiografías)
[Equipo médico duradero](#) (muletas)
[Servicios de rehabilitación](#) (fisioterapia)

Costo total del ejemplo	\$2,800
--------------------------------	----------------

En este ejemplo, Mia pagaría:

Costos compartidos	
Deducibles	\$0
Copagos	\$1,100
Coseguro	\$0
Lo que no está cubierto	
Límites o exclusiones	\$0
El total que Mia pagaría es	\$1,100

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

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

Aviso de no discriminación y accesibilidad

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

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

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

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

La discriminación es ilegal

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

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

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

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

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

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

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

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

ENGLISH

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

ESPAÑOL (Spanish)

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

العربية (Arabic)

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

አማርኛ (Amharic)

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

LUS HMOOB (Hmong)

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

廣東話 (Cantonese – Traditional Chinese)

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

简体中文 (Chinese Simplified)

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

SOOMALI (Somali)

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

FRANÇAIS (French)

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

ខ្មែរ (Khmer)

ការជូនដំណឹង៖ ប្រសិនបើអ្នកនិយាយភាសាខ្មែរ អ្នកអាចស្នើសុំសេវាជំនួយបកប្រែភាសាដោយឥតគិតថ្លៃ។ ប្រសិនបើអ្នកមើលមិនឃើញ ស្តាប់មិនឮ ឬនិយាយមិនបាន យើងអាចប្រាស្រ័យទាក់ទងជាមួយអ្នកតាមរបៀបផ្សេងដែលមានប្រសិទ្ធភាពល្អបំផុតសម្រាប់អ្នក។ ការប្រាស្រ័យទាក់ទងនេះអាចមានដូចជាអ្នកបកប្រែភាសាសញ្ញា ការផ្តល់ឯកសារដែលបោះពុម្ពអក្សរធំៗ ឬអក្សរស្តាប ឬការថតទុកជាសំឡេង ឬជំនួយផ្សេងទៀត ដោយឥតគិតថ្លៃ។ ទូរសព្ទទៅលេខ 1-833-749-1969 (TTY 711)។

한국어 (Korean)

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

ကညီကို (Karen)

ဟ်သုဉ်ဟ်သး- နမ့ၢ်ကတိၤ ကညီကို န့ၣ်,
နယုကိုၣ်ဂ့ၢ်တိၤတိၤစၢၤမၤစၢၤလၢတလၢ်ဘူးလဲ သ့န့ၣ်လီၤ
နမ့ၢ်အိၣ်ဒီးတၢ်တလၢတပုၤလၢ မဲၢ်တၢ်ထံၣ်, တၢ်နီၤဟူ, မ့တမ့ၢ်
တၢ်စံးကတိၤတၢ်န့ၣ် ပဆဲးကျၢဆဲးကျိးတၢ်လၢ
ကျဲကဲထီၣ်လိာ်ထီၣ်အဂ့ၤကတၢ်လၢနီၤသ့န့ၣ်လီၤ တၢ်အံၤ
ပၣ်ဃုာ်ဒီး တၢ်စူးကါ နီၤခိက့ၢ်ဂီၤကျိၣ်အပူၤကျိၣ်ထံတၢ်တဖၣ်,
တၢ်ဟ့ၣ်လံာ်လံာ်တဖၣ်လၢ အလံာ်ဖျါၣ်ဖးဒိၣ်, မ့တမ့ၢ်
ပုၤမဲၢ်ဘျီၣ်အလံာ်, တၢ်ကလုာ်, မ့တမ့ၢ် တၢ်မၤစၢၤဂ့ၢ်တိၤတဖၣ်
လၢတလၢ်အဘူးလဲန့ၣ်လီၤ ကိးလီၤတဲစိဆူ
1-833-749-1969 (TTY 711) တက့ၢ်

မြန်မာဘာသာ (Burmese)

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

OROMOO (Oromo)

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

РУССКИЙ (Russian)

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

ພາສາລາວ (Lao)

ເອົາໃຈໃສ່: ຖ້າທ່ານເວົ້າ ພາສາລາວ,
ທ່ານສາມາດຂໍບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາໄດ້ໂດຍບໍ່ເສຍຄ່າ.
ຖ້າທ່ານມີຄວາມບໍ່ປະສານງານດ້ານສາຍຕາ, ການໄດ້ຍິນ ຫຼື
ການປາກເວົ້າ,
ພວກເຮົາສາມາດສ້າງນັກວິທິທີ່ເໝາະສົມກັບທ່ານທີ່ສຸດ.
ອັນນີ້ອາດຈະລວມເຖິງການໃຊ້ນ້ຳຍພາສາມື,
ການຈັດກຽມເອກະສານເປັນໂຕເພີມໃຫຍ່ ຫຼື ອັກສອນນູນ,
ການບັນທຶກສຽງ ຫຼື
ການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານສື່ອື່ນໆໂດຍບໍ່ເສຍຄ່າໃຊ້ຈ່າຍໃດໆ. ໂທ
1-833-749-1969 (TTY 711).

Tagalog (Tagalog)

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

VIETNAMESE (Vietnamese)

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