Este plan es de Quartz Health Benefit Plans Corporation



Preparado para: Programa de beneficios GORMAN & COMPANY LLC 9076959 - POS HDHP

Período de cobertura: 1/Enero/2025 - 31/Diciembre/2025

Beneficios médicos	Dentro de la red	Fuera de la red
Deducible anual	Individual: \$5,000 por año de beneficios	\$10,000 individual/\$20,000 familiar por
	Familiar: \$5,000/individual o \$10,000/	año de beneficios
	familiar, por año de beneficios	
Coaseguro	0% de coaseguro	20% de coaseguro
Máximo anual de gastos	Individual: \$5,000 por año de beneficios	\$20,000 individual/\$40,000 familiar por
de bolsillo	Familiar: \$5,000/individual o \$10,000/	año de beneficios
	familiar, por año de beneficios	
Servicios preventivos	Sin cargo	20% de coaseguro después del deducible
Edad del dependiente	26	
Información del	Este plan incluye un deducible. Si tiene otros familiares en el plan, cada familiar debe	
deducible	alcanzar su propio deducible individual anual hasta que la cantidad total de gastos de	
	deducibles que paguen todos los familiares alcance el deducible familiar anual.	
	La ayuda con los costos compartidos financiada por el fabricante para sus	
	prescripciones médicas no se acreditará a su deducible anual.	
Límite de gastos de	Si tiene otros familiares en el plan, cada familiar debe alcanzar su propio límite máximo	
bolsillo	anual de gastos de bolsillo hasta que se alcance el límite familiar.	
	La ayuda con los costos compartidos financiada por el fabricante para sus	
	prescripciones médicas no se acreditará a su	u límite máximo anual de gastos de bolsillo.
Plan calificado para	Sí	
cuenta de ahorros para		
gastos médicos (HSA)		
Autorización previa	Es posible que se necesite autorización previa para algunos servicios. Visite	
	www.QuartzBenefits.com/WIPAList o llame al (800) 362-3310 para obtener más	
	información.	

Servicios de médicos	Dentro de la red	Fuera de la red
Visita en el consultorio	Sin cargo después del deducible	20% de coaseguro después del deducible
Servicios de telesalud	Lo mismo que una visita en el consultorio,	Lo mismo que una visita en el
	a menos que sea una consulta de	consultorio, a menos que sea una
	bienestar mental, que califica para costos	consulta de bienestar mental, que califica
	compartidos reducidos	para costos compartidos reducidos
Consulta virtual	Sin cargo después del deducible	20% de coaseguro después del deducible
Visitas a quiroprácticos	Sin cargo después del deducible	20% de coaseguro después del deducible
Exámenes de audición	Sin cargo después del deducible	No está cubierto
Servicios de podología	Sin cargo después del deducible	20% de coaseguro después del deducible
Exámenes de la vista	Sin cargo después del deducible	20% de coaseguro después del deducible

¿Tiene preguntas? Visítenos en QuartzBenefits.com o llame al (800) 362-3310.

QA01875SP (0524) Tracking ID: N8R83R279

Servicios de hospital*	Dentro de la red	Fuera de la red
Servicios generales para	Sin cargo después del deducible	20% de coaseguro después del deducible
pacientes hospitalizados		
Cargos por parto y recién	Sin cargo después del deducible	20% de coaseguro después del deducible
nacidos		
Servicios para pacientes	Sin cargo después del deducible	20% de coaseguro después del deducible
ambulatorios		

Servicios de emergencia	Dentro de la red	Fuera de la red
Sala de emergencias	Sin cargo después del deducible	Sin cargo después del deducible
	Los reclamos en el extranjero por	Los reclamos en el extranjero por
	cuidados de emergencia están sujetos a	cuidados de emergencia están sujetos a
	un límite de \$20,000 por año de	un límite de \$20,000 por año de
	beneficios.	beneficios.
Cuidados de urgencia	Sin cargo después del deducible	20% de coaseguro después del deducible
Ambulancia	Sin cargo después del deducible	Sin cargo después del deducible
	Los reclamos en el extranjero por	Los reclamos en el extranjero por
	cuidados de emergencia están sujetos a	cuidados de emergencia están sujetos a
	un límite de \$20,000 por año de	un límite de \$20,000 por año de
	beneficios.	beneficios.

Beneficios para medicamentos	Dentro de la red	Fuera de la red
HDHP, \$0 por medicamentos	Este plan cubre algunos medicamentos preferidos para el tratamiento de un grupo limitado de condiciones crónicas, sin costo para usted.	No está cubierto
Medicamentos genéricos/ preferidos/no preferidos	Sin cargo después del deducible	No está cubierto
Nivel 4	Sin cargo después del deducible	No está cubierto
Gastos máximos de bolsillo para medicamentos	Sujeto al máximo anual de gastos de bolsillo por año de beneficios	No está cubierto

Salud conductual	Dentro de la red	Fuera de la red
Pacientes hospitalizados	Sin cargo después del deducible	20% de coaseguro después del deducible
Pacientes de transición	Sin cargo después del deducible	20% de coaseguro después del deducible
Pacientes ambulatorios	Sin cargo después del deducible	20% de coaseguro después del deducible

Servicios de diagnóstico	Dentro de la red	Fuera de la red
Análisis de laboratorio	Sin cargo después del deducible	20% de coaseguro después del deducible
Radiografías	Sin cargo después del deducible	20% de coaseguro después del deducible
MRI/MRA	Sin cargo después del deducible	20% de coaseguro después del deducible
PET	Sin cargo después del deducible	20% de coaseguro después del deducible
CAT	Sin cargo después del deducible	20% de coaseguro después del deducible

Otros servicios	Dentro de la red	Fuera de la red
Equipo médico duradero	Sin cargo después del deducible	20% de coaseguro después del deducible
Servicios de atención	Sin cargo después del deducible	20% de coaseguro después del deducible
médica a domicilio		

Límite de atención médica a domicilio	60 visitas por año de beneficios	
Servicios de hospicio	Sin cargo después del deducible	20% de coaseguro después del deducible
Centro de atención de	Sin cargo después del deducible	20% de coaseguro después del deducible
enfermería especializada		
Límite de atención de	90 días por hospitalización	
enfermería especializada		
Servicios de terapia	Sin cargo después del deducible	20% de coaseguro después del deducible
Límite de terapia	40 visitas combinadas de fisioterapia, terapia del habla, terapia ocupacional y	
	rehabilitación pulmonar	
Beneficios para trastornos	Sin cargo después del deducible	20% de coaseguro después del deducible
de la articulación		
temporomandibular (TMJ)		

^{*}Servicios de hospital: incluyen habitación y comida diarias en el hospital, y servicios quirúrgicos, de anestesia y otros servicios de hospital.

EXCLUSIONES Y LIMITACIONES

ESTE ES SOLO UN RESUMEN. PARA OBTENER UNA LISTA COMPLETA DE LAS EXCLUSIONES, CONSULTE SU CERTIFICADO DE COBERTURA.

SERVICIOS QUIRÚRGICOS

- Procedimientos para corregir la obesidad. Esta exclusión no se aplica a los servicios de cirugía bariátrica que cubre el Certificado de cobertura.
- Cirugía plástica o cosmética.
- Cirugía reconstructiva, a menos que sea para corregir un defecto funcional.
- Aumento de senos (esto no se aplica a la reconstrucción de tejido afectado por una mastectomía).
- Cirugía refractiva para corregir la vista.

SERVICIOS MÉDICOS

- Exámenes obligatorios para empleos, licencias o seguros o que solicite un tercero, incluyendo los tratamientos que ordene un tribunal y que no tengan cobertura.
- Vacunas que cubra un empleador, una institución educativa o un tercero.
- Gastos para la preparación y presentación de informes y registros médicos.
- Programas de control de peso.
- Pruebas psicológicas y neuropsicológicas con fines educativos.
- Cuidados básicos y atención o terapia de mantenimiento y de apoyo.

SERVICIOS DE AMBULANCIA

Viajes y traslados a una consulta o para recibir un tratamiento que no sea de emergencia.

TERAPIAS

- Atención o terapia de mantenimiento y de apoyo para condiciones crónicas.
- Terapia de pareja.
- Rehabilitación vocacional, incluyendo programas de rehabilitación laboral.
- Terapia de masajes.

SERVICIOS DENTALES

• Procedimientos dentales de rutina (p. ej., limpiezas, extracciones de dientes, tratamientos de conducto, rellenos o coronas), a menos que se contraten beneficios dentales.

SERVICIOS DE REPRODUCCIÓN

- Reversión de procedimientos de esterilización voluntarios y procedimientos relacionados.
- Parto en casa.
- Cargos relacionados con los servicios de una madre subrogada cuando esta no sea miembro de Quartz.

MEDICAMENTOS BAJO PRESCRIPCIÓN PARA PACIENTES AMBULATORIOS

- Medicamentos bajo prescripción recetados con fines cosméticos o para condiciones o tratamientos que no tengan cobertura.
- Medicamentos bajo prescripción no aprobados por la Administración Federal de Alimentos y Medicamentos.

EQUIPO MÉDICO DURADERO Y SUMINISTROS MÉDICOS DESCARTABLES

- Almohadillas para pies, protectores de juanetes, baterías, antisépticos, cinta, plantillas de venta libre, apoyos y bandas elásticas, calzado ortopédico.
- Artículos para el bienestar o de conveniencia (p. ej., dispositivos de monitoreo en casa, productos personales de amplificación del sonido [PSAP], etc.); suministros, equipo o prótesis adicionales.
- Personalización de vehículos o elevadores para sillas de ruedas y scooters; todas las modificaciones de la casa de un miembro y los artículos que estén relacionados con las modificaciones de la casa.
- Reparación o reemplazo de suministros, equipos o prótesis si se pierden, se los roban o dejan de funcionar por uso incorrecto, maltrato o descuido.

SERVICIOS GENERALES

- Todo servicio, suministro o equipo que sea experimental, de investigación o que no sea médicamente necesario.
- Servicios obtenidos sin autorización previa o servicios que excedan la autorización previa dada.
- Cargos por servicios o artículos que el miembro no tenga la obligación legal de pagar.
- Hipnoterapia.
- Servicios de un masajista o masoterapeuta.
- Programas de estimulación durante el coma.
- Ortóptica (ejercicio/entrenamiento de la vista).
- Toda condición, discapacidad o cargo que surja o que se sufra como resultado de una ocupación ilegal o de la perpetración o del intento de perpetración de una agresión o de un acto delictivo.
- Los tratamientos, servicios y suministros que superen cualquier límite máximo de beneficios especificado en esta póliza.

ESTE ES SOLO UN RESUMEN. PARA OBTENER UNA LISTA COMPLETA DE LAS EXCLUSIONES, CONSULTE SU CERTIFICADO DE COBERTURA.

<u>Prueba de reclamo</u>

El miembro debe presentar una prueba de reclamo en un plazo de 90 días a partir de la fecha del servicio. Circunstancias que excedan el control del miembro pueden hacer que este límite de tiempo no sea razonable. Si es así, el miembro debe presentar el reclamo en cuanto pueda.

<u>Limitaciones de proveedores</u>

Todos los miembros de los planes HMO o POS deben elegir un médico de cabecera (PCP) del Directorio de proveedores. Para acceder a este directorio en línea, visite nuestro sitio web, QuartzBenefits.com/findadoctor. No hay requisitos de PCP para los miembros del plan PPO.

Para recibir servicios de salud conductual (salud mental), comuníquese con la Administración de Atención de la Salud Conductual (Behavioral Health Care Management) de UW Health llamando al (800) 683-2300 para contactarse con un proveedor de la red.



Aviso de no discriminación, disponibilidad de servicios de ayuda lingüística y ayudas y servicios auxiliares

Quartz es el nombre de marca de un grupo de compañías comprometidas con su salud: Quartz Health Benefit Plans Corporation, Quartz Health Insurance Corporation, Quartz Health Plan Corporation y Quartz Health Plan MN Corporation. Estas compañías son entidades legales independientes. En este aviso, "nosotros" se refiere a todas las compañías de Quartz.

Para obtener ayuda para entender este material en un idioma distinto del inglés, llame al (800) 362-3310, y un representante de Éxito de los Clientes lo ayudará. Los usuarios de TTY deben llamar al 711 o al (800) 877-8973.

Nosotros cumplimos las leyes federales aplicables de derechos civiles y no discriminamos por motivos de raza, color, país de origen, edad, discapacidad ni sexo (incluyendo características sexuales, como características intersexuales; embarazo o condiciones relacionadas; orientación sexual; identidad de género; y estereotipos sexuales). Quartz no discrimina, no excluye a las personas ni las trata de manera menos favorable por motivos de raza, color, país de origen, edad, discapacidad ni sexo.

Hacemos modificaciones razonables y damos ayudas y servicios auxiliares gratuitos apropiados a las personas con discapacidades para que se comunicen eficazmente con nosotros y para que participen en programas o actividades de salud, como:

- Intérpretes calificados de lenguaje de señas
- Información en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, entre otros)

Prestamos servicios gratuitos de idiomas a las personas cuyo idioma principal no sea el inglés, como:

- Intérpretes calificados
- Información escrita en otros idiomas

Si necesita estos servicios, comuníquese con Éxito de los Clientes llamando al (800) 362-3310.

Si cree que no le prestamos estos servicios o que lo discriminamos de otra manera por motivos de raza, color, país de origen, edad, discapacidad o sexo, puede presentar una queja formal a:

Chief Compliance Officer 2650 Novation Parkway Fitchburg, WI 53713 Teléfono: (800) 362-3310

TTY: 711 u (800) 877-8973 (línea gratuita)

Fax: (608) 644-3500

Email: AppealsSpecialists@QuartzBenefits.com

Puede presentar una queja formal en persona o por correo, por fax o por email. Si necesita ayuda para presentar una queja formal, nuestro jefe de Cumplimiento, puede ayudarlo. También puede presentar una queja de derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles (Office for Civil Rights) del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. (U.S. Department of Health and Human Services) de forma electrónica mediante el Portal de quejas de la Oficina de Derechos Civiles, en ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf, o por correo o teléfono:

U.S. Department of Health and Human Services 200 Independence Avenue, SW Room 509F, HHH Building Washington, D.C. 20201 (800) 368-1019; (800) 537-7697 (TDD)

Puede encontrar los formularios de quejas en hhs.gov/ocr/office/file/index.html. En ciertos estados, Quartz es un emisor calificado de Planes de Salud en Health Insurance Marketplace*. Para obtener más información, visite el sitio web de Health Insurance Marketplace* en HealthCare.gov.

ATTENTION: Free language assistance services are available to you. Appropriate auxiliary aids and services to provide information in accessible formats are also available free of charge. Call (800) 362-3310, TTY: 711 / (800) 877-8973.

Spanish - ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. También están disponibles de forma gratuita ayuda y servicios auxiliares apropiados para proporcionar información en formatos accesibles. Llame al (800) 362-3310. TTY: 711 / (800) 877-8973 o hable con su proveedor.

Chinese -<mark>注意:如果您说[中文],我</mark>们将免费为您提供语言协助服务。我们还免费提供适当的辅助工具和服务,以无障碍格式提供信息。致电 (800) 362-3310. TTY: 711 / (800) 877-8973 或咨询您的服务提供商。

Hmong - LUS CEEV TSHWJ XEEB: Yog hais tias koj hais Lus Hmoob muaj cov kev pab cuam txhais lus pub dawb rau koj. Cov kev pab thiab cov kev pab cuam ntxiv uas tsim nyog txhawm rau muab lus qhia paub ua cov hom ntaub ntawv uas tuaj yeem nkag cuag tau rau los kuj yeej tseem muaj pab dawb tsis xam tus nqi dab tsi ib yam nkaus. Hu rau (800) 362-3310. TTY: 711 / (800) 877-8973 los sis sib tham nrog koj tus kws muab kev saib xyuas kho mob.

Russian - ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русский, вам доступны бесплатные услуги языковой поддержки. Соответствующие вспомогательные средства и услуги по предоставлению информации в доступных форматах также предоставляются бесплатно. Позвоните по телефону (800) 362-3310. ТТҮ: 711 / (800) 877-8973 или обратитесь к своему поставщику услуг.

Vietnamese - LƯU Ý: Nếu bạn nói tiếng Việt, chúng tôi cung cấp miễn phí các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ. Các hỗ trợ dịch vụ phù hợp để cung cấp thông tin theo các định dạng dễ tiếp cận cũng được cung cấp miễn phí. Vui lòng gọi theo số (800) 362-3310. TTY: 711 / (800) 877-8973 hoặc trao đổi với người cung cấp dịch vụ của bạn.

Laotian - ເຊີນຊາບ: ຖ້າທ່ານເວົ້າພາສາ ລາວ, ຈະມີບໍລິການຊ່ວຍດ້ານພາສາແບບບເສຍຄ່າໃຫ້ທ່ານ. ມີເຄືອງຊ່ວຍ ແລະ ການບໍລິການແບບບເສຍຄ່າທີເໝາະສົມເພື່ອໃຫ້ຂັມນູໃນຮຸບແບບທີ່ສາມາດເຂົ້າເຖິງໄດ້. ໂທຫາເບີ (800) 362-3310. TTY: 711 / (800) 877-8973 ຫຼື ລົມກັບຜູ້ໃຫ້ບໍລິການຂອງທ່ານ.

German - ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlose Sprachassistenzdienste zur Verfügung. Entsprechende Hilfsmittel und Dienste zur Bereitstellung von Informationen in barrierefreien Formaten stehen ebenfalls kostenlos zur Verfügung. Rufen Sie (800) 362-3310. TTY: 711 / (800) 877-8973 an oder sprechen Sie mit Ihrem Provider.

Pennsylvania Dutch - LET OP: als je Nederlands spreekt, zijn er gratis taalhulpdiensten voor je beschikbaar. Passende hulpmiddelen en diensten om informatie in toegankelijke formaten te verstrekken, zijn ook gratis beschikbaar. Bel (800) 362-3310. TTY: 711 / (800) 877-8973 of spreek met je provider."

/ 362-3310. TTY: 711 (1800) تنبيه: إذا كنت تتحدث اللغة المربية، فستتوفر لك خدمات المساعدة اللغوية المجانية. كما تتوفر وسائل مساعدة وخدمات مناسبة لتوفير المملومات بتنسيقات يمكن الوصول إليها مجاثا. اتصل على الرقم - Arabic

."أو تحدث إلى مقدم الخدمة 8973-877 (800)

Polish - UWAGA: Osoby mówiące po polsku mogą skorzystać z bezpłatnej pomocy językowej. Dodatkowe pomoce i usługi zapewniające informacje w dostępnych formatach są również dostępne bezpłatnie. Zadzwoń pod numer (800) 362-3310. TTY: 711 / (800) 877-8973 lub porozmawiaj ze swoim dostawcą.

French - ATTENTION: Si vous parlez Français, des services d'assistance linguistique gratuits sont à votre disposition. Des aides et services auxiliaires appropriés pour fournir des informations dans des formats accessibles sont également disponibles gratuitement. Appelez le (800) 362-3310. TTY: 711 / (800) 877-8973 ou parlez à votre fournisseur.

Hindi - थ्यान दें: यद िआप हिंदी बोलते हैं, तो आपके लिए निःशुल्क भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध होती हैं। सुनभ प्रारूपों में जानकारी प्रदान करने के लिए उपयुक्त सहायक साधन और सेवाएँ भी निःशुल्क उपलब्ध हैं। । (800) 362-3310. TTY / TDD: 711 / (800) 877-8973 पर कॉल करें या अपने प्रदाता से बात करें।

Korean -주의: [한국어]를 사용하시는 경우 무료 언어 지원 서비스를 이용하실 수 있습니다. 이용 가능한 형식으로 정보를 제공하는 적절한 보조 기구 및 서비스도 무료로 제공됩니 다. (800) 362-3310. TTY: 711 / (800) 877-8973 번으로 전화하거나 서비스 제공업체에 문의하십시오.

Albanian - VINI RE: Nëse flisni [shqip], shërbime falas të ndihmës së gjuhës janë në dispozicion për ju. Ndihma të përshtatshme dhe shërbime shtesë për të siguruar informacion në formate të përdorshme janë gjithashtu në dispozicion falas. Telefononi (800) 362-3310. TTY: 711 / (800) 877-8973 ose bisedoni me ofruesin tuaj të shërbimit.

Tagalog - PAALALA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, magagamit mo ang mga libreng serbisyong tulong sa wika. Magagamit din nang libre ang mga naaangkop na auxiliary na tulong at serbisyo upang magbigay ng impormasyon sa mga naa-access na format. Tumawag sa (800) 362-3310. TTY: 711 / (800) 877-8973 o makipag-usap sa iyong provider.

Somali - FIIRO GAAR AH: Haddaad ku hadasho Soomaali, adeegyo kaalmada luuqadda ah oo bilaash ah ayaad heli kartaa. Qalab caawinaad iyo adeegyo oo habboon si loogu bixiyo macluumaadka qaabab la adeegsan karo ayaa sidoo kale bilaa lacag heli karaa. Wac (800) 362-3310. TTY: 711 / (800) 877-8973 ama la hadal bixiyahaaga. Gargaarsi gargaaraa fi tajaajilli sirrii ta'ee fi odeeffannoo bifa dhaqqabamaa ta'een kennuunis bilisaan ni argama.

Cushite (Oromo) - XIYYEEFFANNOO: Afaan Kushii yoo dubbattan tajaajilli gargaarsa afaanii bilisaan isiniif ni kennama. Gargaarsi gargaaraa fi tajaajilli sirrii ta'ee fi odeeffannoo bifa dhaqqabamaa ta'een kennuunis bilisaan ni argama. (800) 362-3310 bilbili. TTY: 711 / (800) 877-8973 ykn dhiyeessaa keessan waliin haasa'aa.

Amharic - ማስሰቢያ፦ አማርኛ የሚናገሩ ከሆነ፣ የቋንቋ ድጋፍ አገልግሎት በነፃ ይቀርብልዎታል። መረጃን በተደራሽ ቅርጾት ለማቅረብ ተገቢ የሆኑ ተጨማሪ እንዛዎች እና አገልግሎቶች እንዲሁ በነፃ ይገኛሉ። በስልክ ቁጥር (800) 362-3310. TTY: 711 / (800) 877-8973 ይደውሉ ወይም አገልግሎት አቅራቢዎን ያናግሩ።

Karen - ဆူ– နမ့်၊ကတိၤ ထၢနာ်လီၤဖဲအံၤ အဃိ, တါအိဉ်ဒီး ကျိာ်တါဆီဉ်ထွဲမၤစၢၤ လ၊တလာ် ဘူဉ်လာ်စ္ၤလာနဂ်ီးလီၤ. တါအိဉ်ဒီး တါမၤစၢၤတာ်န်၊ဟူပီးလီဒီး တါမၤစၢၤတါမၤ လ၊အ ကြးအဘဉ် လၢကဟုဉ်တါကို၊ လ၊တါမၤနာ်အီၤသုတဖဉ် လ၊တလာ်ဘူဉ်လာ်စ္၊ လၢနဂ်ီးလီၤ. ကိး (800) 362-3310. TTY: 711 / (800) 877-8973 မှတမ့ါ ကတိၤတါဒီး နပုၤလ၊ဟုဉ် နၤတါကွါထွဲမၤစၢၤတက္ပါ.

Mon-Khmer, Cambodian (Khmer) - សូមយកចិត្តកនុកដាក់រៈ បុរសិនប**ី**អុនកនិយាយ កាសាខុមរៃ សវោកម្មមង់នួយភាសាឥតគិតថ្មល់គើមានសម្បាប់អុនក។ ង់នួយ និងសវោកម្មមនលែជាការជួយន៍សមរម្មយ កុនុងការផុតលំព័ត៌មានតាមទម្សង់នលែអាចចូលបុរ**ី**បុរស់បាន ក៍អាចរកបានន**ោយឥតគិតថ្**លផែងនរែ។ ហ**ៅទូរសពុទទ**ៅ (800) 362-3310. TTY: 711 / (800) 877-8973 ឬនិយាយទ**ៅកាន់អុនក**ផុតល់សវោរបស់អុនក។

Serbo-croatian (Serbian) - ПАЖЊА: Ако говорите српскохрватски, доступне су вам бесплатне језичке услуге. Бесплатна су и одговарајућа помоћна помагала и услуге за пружање информација у приступачним форматима. Позовите (800) 362-3 ТТИ: 711 / (800) 877-8973 или разговарајте са својим провајдером.

Thai - หมายเหตุ: หากคุณใช้ภาษา ไทย เรามีบริการความช่วยเหลือด้านภาษาฟรี นอกจากนี้ ยังมีเครื่องมือและบริการช่วยเหลือเพื่อให้ข้อมูลในรูปแบบทีเข้าถึงได้โดยไม่เสียค่าใช้จ่าย โปรดโทรติดต่อ (800) 362-3310. TTY: 711 / (800) 877-8973 หรือปรึกษาผู้ให้บริการของคุณ″

Gujarati - ધ્યાન આપો: જો તમે ગુજરાતી બોલો છો, તો તમારા માટે મફત ભાષા સહાય સેવાઓ ઉપલબ્ધ છે. સુવભ ફોર્મેટમાં માહિતી પ્રદાન કરવા માટે યોગ્ય સહાયક સહાય અને સેવાઓ પણ મફતમાં ઉપલબ્ધ છે. કોલ કરો (800) 362-3310. TTY: / (800) 877-8973 અથવા તમારા પરદાતા સાથે વાત કરો.

پر کال کریں۔ 3310-3310 (800توجہ: اگر آپ ار دو بولئے ہیں، تو آپ کے لیے مفت زبان کی مدد کی خدمات دستیاب ہیں۔ قابل رسائی فار میٹس میں معلومات فر اہم کرنے کے لیے مناسب معاون امداد اور خدمات بھی مفت دستیاب ہیں۔ 17 :TTY: 711 (800) 877-8978 ورم کا اللہ عربیہ 17 :TTY: 711 (800) 877-8978

Italian - ATTENZIONE: se parli Italiano, sono disponibili servizi di assistenza linguistica gratuiti. Sono inoltre disponibili gratuitamente ausili e servizi ausiliari adeguati per fornire informazioni in formati accessibili. Chiama l'(800) 362-3310. TTY: 711 / (800) 877-8973 o parla con il tuo fornitore.

Greek - ΠΡΟΣΟΧΗ: Εάν μιλάτε ελληνικά, υπάρχουν διαθέσιμες δωρεάν υπηρεσίες υποστήριξης στη συγκεκριμένη γλώσσα. Διατίθενται δωρεάν κατάλληλα βοηθήματα και υπηρεσίες για παροχή πληροφοριών σε προσβάσιμες μορφές. Καλέστε το (800) 362-3310. ΤΤΥ: 711 / (800) 877-8973 ή απευθυνθείτε στον πάροχό σας.

Nepali - थ्यान दिनुहोस्: यदि तपाईँ नेपाली बोल्नुहुन्छ भने, तपाईँलाई निःशुल्क भाषा सहायता सेवाहरू उपलब्ध छन्। पहुँचयोग्य ढाँचाहरूमा जानकारी प्रदान गर्न उपयुक्त सहायक सहायताहरू र सेवाहरू पनि निःशलक उपलब्ध छन्। कल (800) 362-3310। TTY: 711 / (800) 877-8973 वा आफ्नो प्रदायकसँग करा गर्नहोस।

Ukrainian - УВАГА: Якщо ви розмовляєте українська мова, вам доступні безкоштовні мовні послуги. Відповідні допоміжні засоби та послуги для надання інформації у доступних форматах також доступні безкоштовно. Зателефонуйте за номером (800) 362-3310. ТТҮ: 711 / (800) 877-8973 або зверніться до свого постачальника.

Tibetan - র্জুল্বালাক ট্রির নেলীলাক্রির নিলাক্টির নেলাকর উল্পের্টার নিলাক্রির ট্রাক্সাক্রের ট্রাক্সাক্রের ট্রাক্সাক্রের ট্রাক্সাকর ক্রিক্তার ক্রে

Wolof - FÀTTAL: Sooy wax Wolof, ay serwiis yu lay jàppale ci làkk wi doo fay. Ay ndimbal ak ay serwiis yu war ngir joxe leeral ci formaa yu yomb am nañu ci te doo fay. Woowal (800) 362-3310. TTY: 711 / (800) 877-8973 wala nga waxtaan ak sa joxekat.