



El documento del Resumen de Beneficios y de Cobertura (SBC, en inglés) lo ayudará a elegir el seguro de gastos médicos. En el SBC se muestra de qué manera compartirán usted y el plan los costos de los servicios de atención médica incluidos. **NOTA: La información acerca del costo de este plan (llamado prima de la póliza) se proporcionará por separado. Este es solo un resumen.** Para obtener más información acerca de la cobertura o si desea obtener una copia de los términos completos de la cobertura, llame al 1-800-828-3116 o visite www.bcbsil.com. Consulte el glosario para obtener información acerca de las definiciones generales de términos como cantidad aprobada, factura con saldo adicional, coseguro, copago, deducible, profesional de la salud u otro de los términos subrayados. Puede ver el glosario en http://www.cms.gov/CCIIO/Resources/Forms-Reports-and-Other-Resources/Downloads/Spanish-UG-07-27-OHPSCA-edits-mk-080316_508.pdf o llamar al 1-855-756-4448 para solicitar una copia.

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué es importante:
¿Cuál es el <u>deducible</u> general?	Para dentro de la red \$5,000 Individual/\$10,000 Familiar Fuera de la red: \$10,000 Individual/\$20,000 Familiar	Por lo general, usted tiene que pagar todos los costos de los <u>profesionales de la salud</u> hasta el monto del <u>deducible</u> antes de que este plan comience a pagar. Si tiene otros miembros de la familia en el plan, cada miembro de la familia tiene que alcanzar el <u>deducible</u> individual hasta que el monto total de los gastos del <u>deducible</u> pagados por todos los miembros de la familia alcance el <u>deducible</u> general familiar.
¿Hay algún servicio incluido antes de cumplir con el <u>deducible</u> ?	Sí. Cierta <u>atención médica preventiva</u> , los servicios que cobran un <u>copago</u> , los <u>medicamentos con receta</u> y los servicios en la sala de emergencias tienen cobertura antes de cumplir con su <u>deducible</u> .	Este plan cubre algunos artículos y servicios incluso si aún no cumple con el monto del <u>deducible</u> . Pero puede aplicarse un <u>copago</u> o <u>coseguro</u> . Por ejemplo, este plan cubre ciertos <u>servicios de prevención</u> sin <u>gastos compartidos</u> y antes de alcanzar el <u>deducible</u> . Puede ver una lista de los <u>servicios de prevención</u> cubiertos en www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/ .
¿Hay otros <u>deducibles</u> para servicios específicos?	No.	No necesita alcanzar los <u>deducibles</u> para servicios específicos.
¿Cuál es el <u>límite de gasto de bolsillo</u> para este plan?	Dentro de la red: \$5,850 Individual/\$11,700 Familiar Fuera de la red: \$11,700 Individual/\$23,400 Familiar Límite de gastos para <u>medicamentos con receta</u> : \$1,000 Individual/\$2,000 Familiar	El <u>límite de gasto de bolsillo</u> es lo máximo que podría pagar en un año por los servicios incluidos. Si tiene otros miembros de la familia en este plan, tienen que cumplir con sus propios <u>límites de gasto de bolsillo</u> hasta alcanzar el <u>límite de gasto de bolsillo</u> familiar general.
¿Cuáles son los gastos que no cuentan para el <u>límite de gasto de bolsillo</u> ?	<u>Primas</u> , cargos por <u>facturas con saldo adicional</u> y atención médica que este plan no cubre.	Aunque usted pague estos gastos, no se los contabiliza para el <u>límite de gasto de bolsillo</u> .
¿Pagará menos si usa un <u>profesional de la salud que forma parte de la red</u> ?	Sí. Consulte en www.bcbsil.com o llame al 1-800-828-3116 para obtener una lista de los <u>profesionales de la salud que forman parte de la red</u> .	Este plan usa una <u>red de proveedores</u> . Pagará menos si acude a un <u>profesional de la salud que forma parte de la red del plan</u> . Pagará más si acude a un <u>profesional de la salud que no forma parte de la red</u> , y es posible que reciba una factura de un <u>profesional de la salud</u> por la diferencia entre el cargo del <u>profesional de la salud</u> y lo que paga el plan (<u>factura con saldo adicional</u>). Tenga en cuenta que su <u>profesional de la salud que forma parte de la red</u> puede trabajar con un <u>profesional de la salud que no forma parte de la red</u> para la prestación de algunos servicios (por ejemplo, análisis de laboratorio). Consulte con su <u>profesional de la salud</u> antes de recibir los servicios.
¿Necesita un <u>referido</u> para ver a un <u>especialista</u> ?	No.	Puede ver al <u>especialista</u> que usted elija sin un <u>referido</u> .



Todos los costos de **copagos** y **cosegueros** que se muestran en este cuadro son después de alcanzar el **deducible**, en caso de que se aplique el **deducible**.

Evento médico común	Los servicios que podría necesitar	Qué deberá pagar		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Profesional de la salud que forma parte de la red (Usted pagará menos)	Profesional de la salud que no forma parte de la red (Usted pagará más)	
Si visita el consultorio de un proveedor de atención médica o una clínica	Consulta de atención primaria para tratar una lesión o enfermedad	<u>Copago</u> de \$30 por consulta; no se aplica el <u>deducible</u>	Coseguro del 40%	La cobertura incluye MDLive. Consultas virtuales: \$30 por consulta; no se aplica el <u>deducible</u> . Consulte su certificado de beneficios* para obtener detalles.
	Consulta con un <u>especialista</u>	<u>Copago</u> de \$50 por consulta; no se aplica el <u>deducible</u>	Coseguro del 40%	Ninguna.
	<u>Atención médica preventiva/exámenes de detección/vacunas</u>	Sin cargo; no se aplica el <u>deducible</u>	Coseguro del 40%	Es posible que deba pagar por servicios que no sean <u>preventivos</u> . Consulte con su <u>profesional de la salud</u> si los servicios que usted necesita son <u>preventivos</u> . Luego, consulte lo que pagará su <u>plan</u> .
Si tiene que hacerse una prueba	<u>Pruebas de diagnóstico</u> (radiografías, análisis de sangre)	Coseguro del 20%	Coseguro del 40%	Puede que se requiera <u>autorización previa</u> ; consulte su certificado de beneficios* para obtener información.
	Diagnóstico por imágenes (tomografía computarizada/tomografía por emisión de positrones, resonancia magnética)	Coseguro del 20%	Coseguro del 40%	

* Para obtener más información acerca de las limitaciones y excepciones, consulte el documento de la póliza o el plan en www.bcbsil.com.

Evento médico común	Los servicios que podría necesitar	Qué deberá pagar		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Profesional de la salud que forma parte de la red (Usted pagará menos)	Profesional de la salud que no forma parte de la red (Usted pagará más)	
Si requiere medicamentos para tratar su enfermedad o afección Más información acerca de la <u>cobertura para medicamentos con receta</u> está disponible en www.bcbsil.com	Medicamentos genéricos	<u>Copago</u> de \$20 por receta médica (locales comerciales) <u>Copago</u> de \$40 por medicamento con receta (entrega a domicilio); no se aplica el <u>deducible</u>	<u>Copago</u> de \$20 por receta médica (locales comerciales); no se aplica el <u>deducible</u>	Para medicamentos de mantenimiento con suministro de 90 días de My Way: Suministro de 90 días en locales comerciales o entrega a domicilio. Para todos los demás medicamentos: Suministro de 34 días en locales comerciales Suministro de 90 días en entrega a domicilio. Límite de gasto de bolsillo para medicamentos con receta: \$1,000 Individual/\$2,000 Familiar Si acude a un <u>proveedor</u> de medicamentos Fuera de la Red, usted deberá pagar un 25% del monto elegible después del <u>copago</u> .
	Medicamentos de marca preferidos	<u>Copago</u> de \$60 por receta médica (en locales comerciales) <u>Copago</u> de \$120 por receta médica (entrega a domicilio); no se aplica el <u>deducible</u>	<u>Copago</u> de \$60 por receta médica (locales comerciales); no se aplica el <u>deducible</u>	Puede requerirse el pago de la diferencia de costos entre el medicamento de marca y el genérico, si un medicamento genérico está disponible. Ciertos <u>servicios de prevención</u> para la mujer serán cubiertos sin costo para la asegurada. Para una lista completa de estos medicamentos con receta o servicios, comuníquese con el Servicio al Cliente.
	Medicamentos de marca no preferidos	<u>Copago</u> de \$105 por receta médica (en locales comerciales) <u>Copago</u> de \$210 por receta médica (entrega a domicilio); no se aplica el <u>deducible</u>	<u>Copago</u> de \$105 por receta médica (locales comerciales) no se aplica el <u>deducible</u>	Para recibir beneficios de la red, estos deben obtenerse a través de la farmacia de medicamentos especializados Prime. La cobertura para <u>medicamentos especializados</u> se basa en la póliza de grupo. Puede que se requiera autorización previa. Los medicamentos especializados en locales comerciales se limitan a un suministro de 30 días.
	<u>Medicamentos especializados</u>	<u>Copago</u> de \$20/\$60/\$105 por receta médica (en locales comerciales); no se aplica el <u>deducible</u>	Sin cobertura	
Si requiere una cirugía para pacientes no hospitalizados	Arancel del centro (p. ej., clínica de cirugía para pacientes no hospitalizados)	Coseguro del 20%	Coseguro del 40%	Puede que se requiera <u>autorización previa</u> .

* Para obtener más información acerca de las limitaciones y excepciones, consulte el documento de la póliza o el plan en www.bcbsil.com.

Evento médico común	Los servicios que podría necesitar	Qué deberá pagar		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Profesional de la salud que forma parte de la red (Usted pagará menos)	Profesional de la salud que no forma parte de la red (Usted pagará más)	
	Honorarios del médico/cirujano	Coseguro del 20%	Coseguro del 40%	Ninguna.
Si requiere atención médica inmediata	<u>Atención de la sala de emergencias</u>	<u>Copago</u> de \$300 por consulta; no se aplica el <u>deducible</u>	<u>Copago</u> de \$300 por consulta; no se aplica el <u>deducible</u>	Se elimina el <u>copago</u> si es ingresado al hospital.
	<u>Transporte médico de emergencia</u>	Coseguro del 20%	Coseguro del 20%	Puede que se requiera <u>autorización previa</u> para transporte que no es de emergencia; consulte su certificado de beneficios* para obtener detalles.
	<u>Atención médica inmediata</u>	<u>Copago</u> de \$50 por consulta; no se aplica el <u>deducible</u>	Coseguro del 40%	Ninguna.
Si tiene una estadía en un hospital	Arancel del centro (p. ej., habitación del hospital)	Coseguro del 20%	Coseguro del 40%	Se requiere <u>autorización previa</u> .
	Honorarios del médico/cirujano	Coseguro del 20%	Coseguro del 40%	Ninguna.
Si necesita atención de salud mental, de salud conductual o tratamiento para el abuso de sustancias	Servicios para pacientes no hospitalizados	<u>Copago</u> de \$30 por visita al consultorio; no se aplica el <u>deducible</u> ; <u>Coseguro</u> del 20% para otros servicios para pacientes no hospitalizados	Coseguro del 40%	Puede que se requiera <u>autorización previa</u> ; consulte su certificado de beneficios* para obtener detalles.
	Servicios para pacientes internados	Coseguro del 20%	Coseguro del 40%	Se requiere <u>autorización previa</u> .
Si está embarazada	Visitas al consultorio	<u>Copago</u> de \$30 para médico de atención primaria (PCP, en inglés)/ <u>Copago</u> de \$50 para especialista (SPC, en inglés) por consulta; no se aplica el <u>deducible</u>	Coseguro del 40%	El <u>copago</u> se aplica a la primera consulta prenatal (por embarazo). Los <u>gastos compartidos</u> no se aplican a los <u>servicios de prevención</u> . Según el tipo de servicios, puede aplicarse un <u>copago</u> , <u>coseguro</u> o <u>deducible</u> . La atención en maternidad puede

* Para obtener más información acerca de las limitaciones y excepciones, consulte el documento de la póliza o el plan en www.bcbsil.com.

Evento médico común	Los servicios que podría necesitar	Qué deberá pagar		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Profesional de la salud que forma parte de la red (Usted pagará menos)	Profesional de la salud que no forma parte de la red (Usted pagará más)	
	Servicios profesionales de parto/nacimiento	Coseguro del 20%	Coseguro del 40%	incluir pruebas y servicios descritos en otra sección del SBC (es decir, ultrasonido).
	Servicios de parto/nacimiento en el centro	Coseguro del 20%	Coseguro del 40%	Ninguna.
Si requiere ayuda para su recuperación o tiene otras necesidades médicas específicas	<u>Atención médica en el hogar</u>	Coseguro del 20%	Coseguro del 40%	Puede que se requiera <u>autorización previa</u> .
	<u>Servicios de rehabilitación</u>	Coseguro del 20%	Coseguro del 40%	Puede que se requiera <u>autorización previa</u> .
	<u>Servicios de habilitación</u>	Coseguro del 20%	Coseguro del 40%	
	<u>Atención de enfermería especializada</u>	Coseguro del 20%	Coseguro del 40%	Puede que se requiera <u>autorización previa</u> .
	<u>Equipo médico duradero</u>	Coseguro del 20%	Coseguro del 40%	Los beneficios se limitan a artículos usados con fines médicos. Los beneficios de <u>equipo médico duradero</u> se proporcionan tanto para la compra como para el alquiler (hasta el precio de compra) de equipos. Se aplica el <u>deducible</u> . Puede que se requiera <u>autorización previa</u> .
	<u>Cuidados paliativos</u>	Coseguro del 20%	Coseguro del 40%	Puede que se requiera <u>autorización previa</u> .
Si su hijo necesita atención dental o cuidado de los ojos	Examen de la vista para niños	Sin cobertura	Sin cobertura	Ninguna.
	Anteojos para niños	Sin cobertura	Sin cobertura	Ninguna.
	Chequeo dental para niños	Sin cobertura	Sin cobertura	Ninguna.

Servicios excluidos y otros servicios incluidos:

Servicios que su plan generalmente NO cubre (consulte su póliza o los documentos del plan para obtener más información y una lista de otros servicios excluidos).		
<ul style="list-style-type: none">• Acupuntura• Atención dental (adultos)• Audífonos	<ul style="list-style-type: none">• Atención médica a largo plazo• Atención médica que no es de emergencia para viajes fuera de los Estados Unidos• Cuidado de rutina de los ojos (adultos)	<ul style="list-style-type: none">• Cuidado de rutina de los pies (salvo personas con diagnóstico de diabetes)• Programas de pérdida de peso
Otros servicios incluidos (estos servicios pueden estar sujetos a limitaciones. Esta es una lista parcial. Consulte los documentos de su plan).		
<ul style="list-style-type: none">• Atención quiropráctica• Cirugía bariátrica	<ul style="list-style-type: none">• Cirugía cosmética (solo para la corrección de deformidades congénitas o afecciones producidas por lesiones accidentales, cicatrices, tumores o enfermedades)• Enfermería de servicio privado (salvo el servicio privado para pacientes internados) (consultas ilimitadas por año calendario)	<ul style="list-style-type: none">• Tratamiento para la infertilidad (2 intentos in vitro máximo de por vida)

Su derecho a continuar con la cobertura: si desea continuar con su cobertura una vez que esta finalice, existen organismos que pueden ayudarlo. La información de contacto de estos organismos es la siguiente: comuníquese con el plan al 1-800-828-3116, con la Administración de Seguridad de Beneficios para Empleados del Departamento de Trabajo de los Estados Unidos al 1-866-444-EBSA (3272) o en www.dol.gov/ebsa/healthreform, o con el Departamento de Salud y Servicios Humanos, Centro de Información al Consumidor y Supervisión de Seguros, al 1-877-267-2323 x61565 o en www.cciio.cms.gov. Otras opciones de cobertura pueden estar disponibles también para usted, incluida la compra de cobertura de seguro individual a través del Mercado de Seguros Médicos. Para obtener más información acerca del Mercado de Seguros, visite www.HealthCare.gov o llame al 1-800-318-2596.

Su derecho a presentar una inconformidad y apelaciones: existen organismos que pueden ayudar si usted tiene una queja contra su plan por un rechazo de una reclamación. Esta queja se denomina inconformidad o apelación. Para obtener más información acerca de sus derechos, consulte la explicación de beneficios que recibirá por esa reclamación médica. Además, en los documentos de su plan, se proporciona información completa para presentar una reclamación, apelación o inconformidad a su plan por cualquier motivo. Si tiene preguntas acerca de sus derechos, este aviso o necesita asistencia, puede comunicarse con Blue Cross and Blue Shield of Illinois al 1-800-828-3116 o visitar www.bcbsil.com, o comunicarse con la Administración de Seguridad de Beneficios para Empleados del Departamento de Trabajo de Estados Unidos al 1-866-444-EBSA (3272) o visitar www.dol.gov/ebsa/healthreform. Además, un programa de asistencia al consumidor puede ayudarlo a presentar una apelación. Comuníquese con el Departamento de Seguros de Illinois al (877) 527-9431 o visite <http://insurance.illinois.gov>.

¿Proporciona este plan cobertura esencial mínima? Sí

La cobertura esencial mínima generalmente incluye planes, seguro médico disponible a través del Mercado de Seguros u otras pólizas de mercado individuales, Medicare, Medicaid, CHIP, TRICARE y algunas otras coberturas. Si reúne los requisitos para ciertos tipos de cobertura esencial mínima, es posible que no pueda ser elegible para obtener crédito fiscal para las primas.

¿Cumple este plan el estándar de valor mínimo? Sí

Si su plan no cumple con los estándares de valor mínimo, usted puede ser elegible para obtener un crédito fiscal para las primas que lo ayudará a pagar por un plan a través del Mercado de Seguros.

Servicios de asistencia en otros idiomas:

Español (Spanish): Para obtener asistencia en Español, llame al 1-800-828-3116.

Tagalo (Tagalog): Kung kailangan ninyo ang tulong sa Tagalog tumawag sa 1-800-828-3116.

Chino (Chinese) (中文): 如果需要中文的帮助, 请拨打这个号码 1-800-828-3116.

Navajo (Dine): Dinek'ehgo shika at'ohwol ninisingo, kwijigo holne' 1-800-828-3116.

Para ver ejemplos sobre cómo este plan podría pagar por los servicios en una situación médica específica, consulte la siguiente sección.

Sobre estos ejemplos de cobertura:



Esta no es una herramienta de cálculo de costos. Los tratamientos que se muestran solo son ejemplos de cómo este plan cubriría los servicios de atención médica. Sus costos reales dependerán de los servicios médicos que reciba, del precio del profesional de la salud y de muchos otros factores. Enfóquese en los montos de los gastos compartidos (deducibles, copagos y coseguro) y en los servicios excluidos conforme al plan. Use esta información para comparar la parte de los costos que debe pagar según los diferentes planes de salud. Tenga en cuenta que estos ejemplos de cobertura se basan solo en una cobertura individual.

Peg tendrá un bebé

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

■ <u>Deducible general del plan</u>	\$5,000
■ <u>Copagos del especialista</u>	\$50
■ <u>Coseguro del hospital (centro)</u>	20%
■ <u>Otro coseguro</u>	20%

Este EJEMPLO incluye los siguientes servicios:

Visitas al consultorio del especialista (*atención prenatal*)
 Servicios profesionales de parto/nacimiento
 Servicios de parto/nacimiento en el centro
Pruebas de diagnóstico (*ultrasonidos y análisis de sangre*)
 Consulta con un especialista (*anestesia*)

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

En este ejemplo, Peg debe pagar:

<u>Gastos compartidos</u>	
<u>Deducibles</u>	\$5,000
<u>Copagos</u>	\$30
<u>Coseguro</u>	\$800
<u>Qué servicios no cubre el plan</u>	
Límites o exclusiones	\$60
El total que debe pagar Peg es	\$5,890

Cuidado de la diabetes tipo 2 de Joe

(un año de atención de rutina dentro de la red para una afección bien controlada)

■ <u>Deducible general del plan</u>	\$5,000
■ <u>Copagos del especialista</u>	\$50
■ <u>Coseguro del hospital (centro)</u>	20%
■ <u>Otro coseguro</u>	20%

Este EJEMPLO incluye los siguientes servicios:

Visitas al consultorio del médico de atención primaria (*incluye información sobre la enfermedad*)
Pruebas de diagnóstico (*análisis de sangre*)
Medicamentos con receta
Equipo médico duradero (*medidor de glucosa*)

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

En este ejemplo, Joe debe pagar:

<u>Gastos compartidos</u>	
<u>Deducibles</u>	\$900
<u>Copagos</u>	\$1,300
<u>Coseguro</u>	\$0
<u>Qué servicios no cubre el plan</u>	
Límites o exclusiones	\$20
El total que debe pagar Joe es	\$2,220

Fractura simple de Mia

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

■ <u>Deducible general del plan</u>	\$5,000
■ <u>Copagos del especialista</u>	\$50
■ <u>Coseguro del hospital (centro)</u>	20%
■ <u>Otro coseguro</u>	20%

Este EJEMPLO incluye los siguientes servicios:

Atención en la sala de emergencias (*incluye suministros médicos*)
Pruebas de diagnóstico (*radiografías*)
Equipo médico duradero (*muletas*)
Servicios de rehabilitación (*fisioterapia*)

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

En este ejemplo, Mia debe pagar:

<u>Gastos compartidos</u>	
<u>Deducibles</u>	\$1,700
<u>Copagos</u>	\$500
<u>Coseguro</u>	\$0
<u>Qué servicios no cubre el plan</u>	
Límites o exclusiones	\$0
El total que debe pagar Mia es	\$2,200



La cobertura de atención médica es importante para todos.

Proporcionamos apoyo y servicios gratuitos de comunicación para todas las personas que tengan una discapacidad o que necesiten asistencia lingüística. No discriminamos en función de raza, color de piel, nacionalidad, sexo, identidad de género, edad, orientación sexual, estado de salud o discapacidad.

Para recibir asistencia gratuita con la comunicación o con el idioma, llámenos al 855-710-6984.

Si considera que no proporcionamos un servicio o piensa que lo discriminamos de alguna manera, comuníquese con nosotros para presentar una inconformidad.

Office of Civil Rights Coordinator
300 E. Randolph St.
35th Floor
Chicago, Illinois 60601

Teléfono: 855-664-7270 (correo de voz)
TTY/TDD: 855-661-6965
Fax: 855-661-6960

Usted puede presentar una queja de derechos civiles en el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU., Oficina de Derechos Civiles en:

U.S. Dept. of Health & Human Services
200 Independence Avenue SW
Room 509F, HHH Building 1019
Washington, DC 20201

Teléfono: 800-368-1019
TTY/TDD: 800-537-7697
Portal de quejas: <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>
Formularios de quejas: <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>



If you, or someone you are helping, have questions, you have the right to get help and information in your language at no cost. To talk to an interpreter, call 855-710-6984.

Español Spanish	Si usted o alguien a quien usted está ayudando tiene preguntas, tiene derecho a obtener ayuda e información en su idioma sin costo alguno. Para hablar con un intérprete, llame al 855-710-6984.
العربية Arabic	إن كان لديك أو لدى شخص تساعد أسئلة، ف لديك الحق في الحصول على المساعدة والمعلومات الضرورية بلغتك من دون أية تكلفة. للتحدث مع مترجم فوري، اتصل على الرقم 855-710-6984.
繁體中文 Chinese	如果您，或您正在協助的對象，對此有疑問，您有權利免費以您的母語獲得幫助和訊息。洽詢一位翻譯員，請撥電話號碼 855-710-6984。
Français French	Si vous, ou quelqu'un que vous êtes en train d'aider, avez des questions, vous avez le droit d'obtenir de l'aide et l'information dans votre langue à aucun coût. Pour parler à un interprète, appelez 855-710-6984.
Deutsch German	Falls Sie oder jemand, dem Sie helfen, Fragen haben, haben Sie das Recht, kostenlose Hilfe und Informationen in Ihrer Sprache zu erhalten. Um mit einem Dolmetscher zu sprechen, rufen Sie bitte die Nummer 855-710-6984 an.
ગુજરાતી Gujarati	જો તમને અથવા તમે મદદ કરી રહ્યા હોય એવા કોઈ બીજા વ્યક્તિને એસ.બી.એમ. કાયદેમ બાબતે પ્રશ્નો હોય, તો તમને વિના ખર્ચે, તમારી ભાષામાં મદદ અને માહિતી મેળવવાનો હક્ક છે. દુભાષિયા સાથે વાત કરવા માટે આ નંબર 855-710-6984 પર કોલ કરો.
हिंदी Hindi	यदि आपके, या आप जिसको सहायता कर रहे हैं उसके, प्रश्न हैं, तो आपको अपनी भाषा में नि:शुल्क सहायता और जानकारी प्राप्त करने का अधिकार है। किसी अनुवादक से बात करने के लिए 855-710-6984 पर कॉल करें।
Italiano Italian	Se tu o qualcuno che stai aiutando avete domande, hai il diritto di ottenere aiuto e informazioni nella tua lingua gratuitamente. Per parlare con un interprete, puoi chiamare il numero 855-710-6984.
한국어 Korean	만약 귀하 또는 귀하가 돕는 사람이 질문이 있다면 귀하를 무료로 그러한 도움과 정보를 귀하의 언어로 받을 수 있는 권리가 있습니다. 통역사가 필요하시면 855-710-6984 로 전화하십시오.
Diné Navajo	T'áá ni, éi doodago ła'da biká anánilwo'ígíí, na'ídiłkidgo, ts'ídá bee ná ahóótí'i' t'áá níik'e níká a'doolwoł dób bina'ídiłkidígíí bee níł h odoonih. Ata'dahalne'ígíí bich'í' hodíilnih kwe'é 855-710-6984.
فارسی Persian	اگر شما، یا کسی که شما به او کمک می کنید، سوالی داشته باشید، حق این را دارید که به زبان خود، به طور رایگان کمک و اطلاعات دریافت نمایید. جهت گفتگو با یک مترجم شفاهی، با شماره 855-710-6984 تماس حاصل نمایید.
Polski Polish	Jeśli Ty lub osoba, której pomagasz, macie jakiegokolwiek pytania, macie prawo do uzyskania bezpłatnej informacji i pomocy w własnym języku. Aby porozmawiać z tłumaczem, zadzwoń pod numer 855-710-6984.
Русский Russian	Если у вас или человека, которому вы помогаете, возникли вопросы, у вас есть право на бесплатную помощь и информацию, предоставленную на вашем языке. Чтобы связаться с переводчиком, позвоните по телефону 855-710-6984.
Tagalog Tagalog	Kung ikaw, o ang isang taong iyong tinutulongan ay may mga tanong, may karapatan kang makakuha ng tulong at impormasyon sa iyong wika nang walang bayad. Upang makipag-usap sa isang tagasalin-wika, tumawag sa 855-710-6984.
اردو Urdu	اگر آپ کو، یا کسی ایسے فرد کو جس کی آپ مدد کر رہے ہیں، کوئی سوال درپیش ہے تو، آپ کو اپنی زبان میں مفت مدد اور معلومات حاصل کرنے کا حق ہے۔ مترجم سے بات کرنے کے لیے، 855-710-6984 پر کال کریں۔
Tiếng Việt Vietnamese	Nếu quý vị, hoặc người mà quý vị giúp đỡ, có câu hỏi, thì quý vị có quyền được giúp đỡ và nhận thông tin bằng ngôn ngữ của mình miễn phí. Để nói chuyện với một thông dịch viên, gọi 855-710-6984.