



The Summary of Benefits and Coverage document (El documento Resumen de beneficios y cobertura, SBC) le ayudará a elegir un [plan](#). El SBC le muestra cómo usted y el [plan](#) compartirían el costo de los servicios de atención médica cubiertos. **NOTA:** Información sobre el costo de este [plan](#) (que se denomina [prima](#)) se proporcionará 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, vaya a www.ucare.org/BenefitDocuments o llame al 1-877-903-0070 (esta llamada es gratuita) o TTY/personas con discapacidad auditiva: 1-800-688-2534 (esta llamada es gratuita). Para obtener las definiciones generales de los términos comunes, como [monto permitido](#), [facturación de saldo](#), [coseguro](#), [copago](#), [deducible](#), [proveedor](#) u otro término [subrayado](#), consulte el Glosario. Puede ver el Glosario en www.healthcare.gov/sbc-glossary/ o llamar al 1-877-903-0070 (esta llamada es gratuita) o TTY/personas con discapacidad auditiva: 1-800-688-2534 (esta llamada es gratuita) para solicitar una copia.

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué esto es importante:
¿Cuál es el deducible general?	\$0 de deducible para proveedor de atención médica indígena (Indian Health Care Provider, IHCP) o con una remisión en un proveedor no IHCP. Dentro de la red: \$3500/persona; \$7000/familia. Fuera de la red: \$20.000/persona; \$40.000/familia.	Por lo general, debe pagar todos los costos de proveedores hasta el monto del deducible antes de que este plan comience a pagar. Si tiene a otros miembros de la familia en el plan, cada miembro de la familia debe alcanzar su propio deducible hasta que el monto total de los gastos del deducible pagados por todos los miembros de la familia alcance el deducible general de la familia.
¿Hay servicios cubiertos antes de que alcance su deducible ?	Sí. Servicios preventivos , visitas al consultorio y algunos medicamentos del Formulary . Se aplican limitaciones. Los copagos no se aplican al deducible.	Este plan cubre algunos artículos y servicios, incluso si aún no ha alcanzado el monto del deducible . Pero se puede aplicar un copago o un coseguro . Por ejemplo, este plan cubre ciertos servicios preventivos sin costo compartido y antes de que alcance su deducible . Consulte la lista de los servicios preventivos cubiertos en https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/ .
¿Hay otros deducibles para servicios específicos?	No.	No tiene que alcanzar deducibles para servicios específicos.
¿Cuál es el límite de desembolso directo para este plan ?	\$7500/persona; \$15.000/familia. No hay límite de desembolso directo para servicios fuera de la red.	El límite de desembolso directo es lo máximo que podría pagar en un año por los servicios cubiertos. Si tiene a otros miembros de la familia en este plan , tienen que alcanzar sus propios límites de desembolso directo hasta que se haya alcanzado el límite de desembolso directo general de la familia.
¿Qué no está incluido en el límite de desembolso directo ?	Las primas, la mayoría de los servicios fuera de la red, los cargos de facturación de saldo (a menos que la facturación de saldo esté prohibida), y los servicios de atención médica que este plan no cubre.	Aunque usted pague estos gastos, no cuentan para el límite de desembolso directo .
¿Pagará menos si usa un proveedor de la red ?	Sí. Consulte ucare.org/ifp-directory o llame al 1-877-903-0070 (esta llamada es gratuita) o TTY: 1-800-688-2534 (esta llamada es gratuita) para obtener una lista de los proveedores de la red .	Este plan utiliza una red de proveedores . Se exime el costo compartido en un proveedor no IHCP con una remisión de un IHCP. Pagará menos si usa un proveedor en la red del plan. Pagará el máximo si usa un proveedor fuera de la red . Si cobran más del monto permitido , podría tener que pagar la diferencia (facturación de saldo). Tenga en cuenta que su proveedor de red podría usar un proveedor fuera de la red para algunos servicios (como análisis de laboratorio). Consulte con su proveedor antes de recibir los servicios.
¿Necesita una remisión para ver a un especialista ?	No.	Puede ver el especialista que elija sin una remisión .



Todos los costos de [copago](#) y [coseguro](#) que se muestran en esta tabla son después de que ha alcanzado su [deducible](#), si se aplica un [deducible](#).

Evento médico común	Servicios que puede necesitar	Lo que usted pagará			Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor de atención médica indígena (IHCP) (usted pagará el mínimo)	Proveedor no IHCP (usted pagará más)	Proveedor no IHCP Proveedor fuera de la red (usted pagará el máximo)	
Si visita el consultorio o la clínica de un proveedor de atención médica	Visita de atención primaria para tratar una lesión o enfermedad	Sin cargo.	25% de coseguro después del deducible . Para atención en línea (e-visits) y atención de conveniencia/en establecimientos minoristas, 25% de coseguro después del deducible .	50% de coseguro después del deducible	Ninguna.
	Visita al especialista	Sin cargo.	25% de coseguro después del deducible	50% de coseguro después del deducible	Ninguna.
	Atención preventiva/ pruebas de detección/ vacunas	Sin cargo.	Sin cargo. El deducible no se aplica.	50% de coseguro después del deducible	Es posible que tenga que pagar por servicios que no son preventivos . Pregúntele a su proveedor si los servicios necesarios son preventivos . Luego, compruebe lo que su plan pagará. Con una receta, algunos medicamentos de venta libre son gratuitos.
Si se le realiza una prueba	Prueba diagnóstica (radiografías, análisis de sangre)	Sin cargo.	25% de coseguro después del deducible	50% de coseguro después del deducible	Se podría requerir una autorización.
	Diagnóstico por imágenes (tomografías computarizadas (CT)/tomografías por emisión de positrones (PET), resonancias magnéticas (MRI))				
Si necesita medicamentos para tratar su enfermedad	Nivel 1	Sin cargo.	25% de coseguro después del deducible	No cubierto	Los medicamentos preventivos están cubiertos sin costo compartido para el miembro, como se especifica en el
	Nivel 2				
	Nivel 3				

* Para obtener más información sobre las limitaciones y excepciones, consulte la póliza o documento del [plan](#) en www.ucare.org/BenefitDocuments.

Evento médico común	Servicios que puede necesitar	Lo que usted pagará			Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor de atención médica indígena (IHCP) (usted pagará el mínimo)	Proveedor no IHCP (usted pagará más)	Proveedor no IHCP Proveedor fuera de la red (usted pagará el máximo)	
o afección Hay más información sobre la cobertura de medicamentos recetados disponible en ucare.org/ifp-druglist .	Nivel 4				Formulary (Formulario). Los medicamentos deben estar en el Formulary o recibir una excepción al Formulary. Los medicamentos y niveles de medicamentos en el Formulary pueden cambiar si un nuevo medicamento genérico está disponible o se publica nueva información sobre la seguridad de un medicamento. Suministro para hasta 90 días en una farmacia minorista o de pedidos por correo dentro de la red. Pueden aplicar restricciones. Usted no pagará más de \$25 por cada suministro para 30 días de insulina que esté en el formulario. Usted no pagará más de \$25 una vez que haya alcanzado el deducible de su plan por cada suministro para 30 días de medicamentos para tratar la diabetes, el asma y las alergias que requieran el uso de autoinyectores de epinefrina (EpiPens). Su costo podría ser menor si ha alcanzado su límite de desembolso directo. La mayoría de los medicamentos en el Nivel 5 se deben surtir en Fairview Specialty Pharmacy. Los montos en dólares de la tarjeta de ahorro del fabricante, el cupón o el reembolso contarán para el deducible y/o el límite de desembolso directo de su plan.
	Nivel 5				

* Para obtener más información sobre las limitaciones y excepciones, consulte la póliza o documento del [plan](#) en www.ucare.org/BenefitDocuments.

Evento médico común	Servicios que puede necesitar	Lo que usted pagará			Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor de atención médica indígena (IHCP) (usted pagará el mínimo)	Proveedor no IHCP (usted pagará más)	Proveedor no IHCP Proveedor fuera de la red (usted pagará el máximo)	
Si se le realiza una cirugía ambulatoria	Honorarios del centro (p. ej., centro de cirugía ambulatoria)	Sin cargo.	25% de coseguro después del deducible	50% de coseguro después del deducible	Se podría requerir una autorización y notificación.
	Honorarios del médico/cirujano				
Si necesita atención médica inmediata	Atención en la sala de emergencia	Sin cargo.	25% de coseguro después del deducible	25% de coseguro después del deducible dentro de la red.	Ninguna.
	Transporte médico de emergencia	Sin cargo.	25% de coseguro después del deducible	25% de coseguro después del deducible dentro de la red.	Ninguna.
	Atención de urgencia	Sin cargo.	25% de coseguro después del deducible	50% de coseguro después del deducible	Ninguna.
Si tiene una estadía en el hospital	Honorarios del centro (p. ej., habitación de hospital)	Sin cargo.	25% de coseguro después del deducible	50% de coseguro después del deducible	Se requiere notificación.
	Honorarios del médico/cirujano				
Si necesita servicios de salud mental, salud conductual o abuso de sustancias	Servicios para pacientes ambulatorios	Sin cargo.	25% de coseguro después del deducible	50% de coseguro después del deducible	Ninguna.
	Servicios para pacientes hospitalizados	Sin cargo.	25% de coseguro después del deducible	50% de coseguro después del deducible	La cobertura incluye servicios de tratamiento residencial. Se podría requerir una autorización o notificación.
Si está embarazada	Visitas al consultorio	Sin cargo.	Sin cargo para los servicios preventivos prenatales y posnatales de rutina.	50% de coseguro después del deducible	Las visitas al consultorio que no sean de rutina requieren costo compartido.
	Servicios profesionales de nacimientos/partos	Sin cargo.	25% de coseguro después del deducible	50% de coseguro después del deducible	Se requiere notificación.
	Servicios del centro de nacimientos/partos				
Si necesita ayuda para recuperarse o	Atención de la salud en el hogar	Sin cargo.	25% de coseguro después del deducible	50% de coseguro después del deducible	Se requiere una autorización. Límite de 120 visitas domiciliarias por año calendario.

* Para obtener más información sobre las limitaciones y excepciones, consulte la póliza o documento del [plan](#) en www.ucare.org/BenefitDocuments.

Evento médico común	Servicios que puede necesitar	Lo que usted pagará			Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor de atención médica indígena (IHCP) (usted pagará el mínimo)	Proveedor no IHCP (usted pagará más)	Proveedor no IHCP Proveedor fuera de la red (usted pagará el máximo)	
tiene otras necesidades especiales de salud	Servicios de rehabilitación	Sin cargo.	25% de coseguro después del deducible	50% de coseguro después del deducible	Se requiere una autorización.
	Servicios de habilitación				
	Atención de enfermería especializada	Sin cargo.	25% de coseguro después del deducible	50% de coseguro después del deducible	Se requiere una autorización. Límite de 120 días por admisión.
	Equipo médico duradero	Sin cargo.	25% de coseguro después del deducible	50% de coseguro después del deducible	Se podría requerir una autorización.
	Servicios del centro de cuidados paliativos	Sin cargo.	25% de coseguro después del deducible	50% de coseguro después del deducible	Límite de 30 días por episodio.
Si su hijo necesita atención dental o de la vista	Examen de la vista para niños	Sin cargo.	Sin cargo. El deducible no se aplica.	50% de coseguro después del deducible	Límite de 1 examen de la vista de rutina por año calendario.
	Anteojos para niños	Sin cargo.	25% de coseguro después del deducible	No cubierto	Límite de 1 por año calendario.
	Chequeo dental infantil	Sin cargo.	Sin cargo. El deducible no se aplica.	50% de coseguro después del deducible	Límite de 2 por año calendario.

Servicios excluidos y otros servicios cubiertos

Servicios que su [Plan](#) por lo general, NO cubre (consulte su póliza o documento del [plan](#) para obtener más información y una lista de cualquier otro [servicio excluido](#)).

- Acupuntura
- Cirugía bariátrica
- Cirugía estética
- Tratamiento de la infertilidad
- Terapia conductual intensiva para el tratamiento de trastornos del espectro autista
- Atención a largo plazo
- Atención que no es de emergencia cuando viaja fuera de los Estados Unidos
- Medicamentos no incluidos en el Formulary, a menos que se obtenga una excepción
- Enfermería privada (excepto hasta 120 horas cubiertas para capacitar al personal hospitalario para un paciente dependiente de un respirador)
- Atención dental de rutina (adultos)
- Atención de la vista de rutina (adultos)
- Cuidado de los pies de rutina
- Programas de pérdida de peso

Otros servicios cubiertos (Es posible que se apliquen limitaciones a estos servicios. Esta no es una lista completa. Por favor, consulte su documento del [plan](#)).

- Atención quiropráctica (excepto cuando no hay un progreso medible en el tiempo, y masajes para comodidad o conveniencia)
- Audífonos
- Aborto

Sus derechos a continuar con la cobertura: Hay agencias que pueden ayudarle si quiere continuar con su cobertura después de que esta termine. La información de contacto de esas agencias es: Minnesota Department of Health al 651-201-5100 o al 1-800-657-3916 (esta llamada es gratuita). Para obtener más información sobre sus derechos para continuar con la cobertura, comuníquese con UCare al 612-676-6600 o 1-877-903-0070 (esta llamada es gratuita). Otras opciones de cobertura también pueden estar disponibles para usted, incluida la compra de cobertura de seguro individual a través del [Mercado de Seguros de Salud](#). Para obtener más información sobre el [Mercado](#), visite www.MNsure.org o llame al 1-855-366-7873 (esta llamada es gratuita).

Sus derechos a presentar quejas y apelaciones: Hay agencias que pueden ayudarle si tiene una reclamación contra su [plan](#) por la denegación de un [reclamo](#). Esta reclamación se denomina [queja](#) o [apelación](#). Para obtener más información sobre sus derechos, consulte la explicación de los beneficios que recibirá por ese [reclamo](#) médico. Los documentos de su [plan](#) también proporcionan información completa para presentar un [reclamo](#), una [apelación](#) o una [queja](#) por cualquier motivo a su [plan](#). Para obtener más información sobre sus derechos, este aviso, o para recibir ayuda, comuníquese con: Minnesota Department of Health al 651-201-5100 o al 1-800-657-3916 (esta llamada es gratuita).

¿Proporciona este plan cobertura esencial mínima? Sí

La [cobertura esencial mínima](#) generalmente incluye [planes](#), [seguro de salud](#) disponible a través del [Mercado](#) u otras pólizas del mercado individual, Medicare, Medicaid, CHIP, TRICARE y otras coberturas determinadas. Si usted es elegible para ciertos tipos de [cobertura esencial mínima](#), es posible que no sea elegible para el [crédito fiscal de la prima](#).

¿Cumple este plan con los estándares de valor mínimo? No corresponde

Si su [plan](#) no cumple con los [estándares de valor mínimo](#), puede ser elegible para un [crédito fiscal de la prima](#) para ayudarle a pagar un [plan](#) a través del [Mercado](#).

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

Acerca de estos ejemplos de cobertura:



Esto no es un estimador de costos. Los tratamientos mostrados son solo ejemplos de cómo este [plan](#) podría cubrir la atención médica. Sus costos reales serán diferentes dependiendo de la atención real que reciba, los precios que sus [proveedores](#) cobren, y muchos otros factores. Enfóquese en los montos de [costos compartidos](#) ([deducibles](#), [copagos](#) y [coseguro](#)) y los [servicios excluidos](#) en virtud del [plan](#). Use esta información para comparar la parte de los costos que usted podría pagar según los diferentes [planes](#) de salud. Tenga en cuenta que estos ejemplos de cobertura se basan en la cobertura exclusiva del titular.

Peg tendrá un bebé
(9 meses de atención prenatal dentro de la red y un parto en el hospital)

- El [deducible](#) general del [plan](#) \$3500
- [Coseguro del especialista](#) 25%
- [Coseguro del hospital \(centro\)](#) 25%
- Otro [coseguro](#) 25%

Este evento de EJEMPLO incluye servicios como:
Visitas al consultorio del [especialista](#) (*Atención prenatal*)
Servicios profesionales para nacimientos/partos
Servicios del centro de nacimientos/partos
[Pruebas de diagnóstico](#) (*ecografías y análisis de sangre*)
Visita al [especialista](#) (*anestesia*)

Costo total del ejemplo	\$12.700
-------------------------	----------

En este ejemplo, Peg pagaría:

Costo compartido	
Deducibles	\$0
Copagos	\$0
Coseguro	\$0
Lo que no está cubierto	
Límites o exclusiones	\$0
El total que Peg pagaría es	\$0

Manejo de la diabetes tipo 2 de Joe
(un año de atención rutinaria dentro de la red de una afección bien controlada)

- El [deducible](#) general del [plan](#) \$3500
- [Coseguro del especialista](#) 25%
- [Coseguro del hospital \(centro\)](#) 25%
- Otro [coseguro](#) 25%

Este evento de EJEMPLO incluye servicios como:
Visitas al consultorio del [médico de atención primaria](#) (*incluida la educación sobre la enfermedad*)
[Pruebas de diagnóstico](#) (*análisis de sangre*)
[Medicamentos recetados](#)
[Equipo médico duradero](#) (*glucómetro*)

Costo total del ejemplo	\$5600
-------------------------	--------

En este ejemplo, Joe pagaría:

Costo compartido	
Deducibles	\$0
Copagos	\$0
Coseguro	\$0
Lo que no está cubierto	
Límites o exclusiones	\$0
El total que Joe pagaría es	\$0

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

- El [deducible](#) general del [plan](#) \$3500
- [Coseguro del especialista](#) 25%
- [Coseguro del hospital \(centro\)](#) 25%
- Otro [coseguro](#) 25%

Este evento de EJEMPLO incluye servicios como:
[Atención en la sala de emergencias](#) (*incluidos los suministros médicos*)
[Pruebas de diagnóstico](#) (*radiografía*)
[Equipo médico duradero](#) (*muletas*)
[Servicios de rehabilitación](#) (*fisioterapia*)

Costo total del ejemplo	\$2800
-------------------------	--------

En este ejemplo, Mia pagaría:

Costo compartido	
Deducibles	\$0
Copagos	\$0
Coseguro	\$0
Lo que no está cubierto	
Límites o exclusiones	\$0
El total que Mia pagaría es	\$0

Nota: Estas cifras suponen que el paciente recibió atención de un [proveedor](#) IHCP o con una [remisión](#) de un IHCP en un proveedor no IHCP. Si recibe atención de un [proveedor](#) no IHCP sin una [remisión](#) de un IHCP, sus costos pueden ser más altos.

Aviso de disponibilidad

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 612-676-3200/1-800-203-7225 (TTY 612-676-6810/1-800-688-2534).

ልብ ይበሉ:- የአማርኛ ቋንቋ የሚናገሩ ከሆነ፣ ነፃ የቋንቋ ድጋፍ አገልግሎት ለእርስዎ ቀርቦልዎታል። ተደራሽ በሆኑ ቅርፅዎች መረጃዎችን ለማቅረብ ተገቢ የሆኑ አጋዥ ድጋፍ ሰጪ መሳሪያዎች እና አገልግሎቶችም እንዲሁ በነፃ ቀርቦዎልዎልዎታል። በ 612-676--3200/1-800-203-7225 (TTY 612-676-6810/1-800-688-2534) ይደውሉ.

تنبيه: إذا كنت تتحدث اللغة العربية، فستتوفر لك خدمات المساعدة اللغوية المجانية. كما تتوفر أيضًا المساعدات والخدمات المساعدة الإضافية لتوفير المعلومات بتنسيقات يسهل الوصول إليها مجانًا. يمكنك الاتصال على الرقم 612-676-3200/1-800-203-7225 (TTY 612-676-6810/1-800-688-2534).

សូមជ្រាបជាដំណឹង៖ ប្រសិនបើអ្នកនិយាយភាសា ខ្មែរ សេវាកម្មជំនួយភាសាឥតគិតថ្លៃអាចត្រូវបានផ្តល់ជូនសម្រាប់អ្នក។ ជំនួយ និងសេវាជំនួយសមស្របដើម្បីផ្តល់ព័ត៌មានក្នុងទម្រង់ដែលអាចចូលប្រើបានក៏ត្រូវបានផ្តល់ជូនដោយឥតគិតថ្លៃផងដែរ។ ទូរសព្ទទៅលេខ 612-676-3200/1-800-203-7225 (TTY 612-676-6810/1-800-688-2534)។

請注意：如果您講粵語，可得免費語言協助服務。還可免費提供適當的輔助工具和服務，能以無障礙格式提供資訊。請致電 612-676-3200/1-800-203-7225 (聽障專線 612-676-6810/1-800-688-2534)。

请注意：如果您说普通话，我们可为您免费提供语言协助服务。此外，我们还免费提供适当的辅助设备和服务，以无障碍格式提供信息。请致电 612-676-3200/1-800-203-7225 (TTY 612-676-6810/1-800-688-2534)。

ATTENTION : Si vous parlez Français, des services d'assistance linguistique gratuits sont à votre disposition. Des aides et des services auxiliaires appropriés pour fournir des informations dans des formats accessibles sont également disponibles gratuitement. Appelez le 612-676-3200/1-800-203-7225 (ATS 612-676-6810/1-800-688-2534).

ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlose Sprachassistentendienste zur Verfügung. Entsprechende Hilfsmittel und Dienste zur Bereitstellung von Informationen in barrierefreien Formaten stehen ebenfalls kostenlos zur Verfügung. Rufen Sie 612-676-3200/ 1-800-203-7225 (TTY 612-676-6810/1-800-688-2534) an.

ध्यान दें: यदि आप हिंदी बोलते हैं, तो आपके ललए नन: शुल्क भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध हैं। सुलभ फॉर्मेट मँजानकारी प्रदान करने के ललए उपयुक्त सहायक साधन और सेवाएं भी नन: शुल्क उपलब्ध हैं। 612-676-3200/1-800-203-7225 (TTY 612-676-6810/1-800-688-2534) पर कॉल करें।

TSWM SEEB: Yog tias koj hais tau lus Hmoob, ces yuav muaj kev pab cuam txhais lus pub dawb rau koj siv. Kuj tseem muaj cov kev pab txhawb ntxiv thiab cov kev pab cuam uas tsim nyog los mus muab cov ntaub ntawv qhia paub nyob rau cov qauv uas nkag siv tau dawb thiab. Hu rau 612-676-3200/1-800-203-7225 (TTY 612-676-6810/1-800-688-2534).

ໝາຍເຫດ: ການບໍລິການທາງດ້ານພາສາແມ່ນຟຣີພ້ອມໃຫ້ບໍລິການແກ່ທ່ານ. ນອກນັ້ນ, ຍັງມີການບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອ ແລະ ການບໍລິການເສີມທີ່ໝາະສົມເພື່ອໃຫ້ຂໍ້ມູນໃນຮູບແບບທີ່ທ່ານເຂົ້າເຖິງໄດ້ຟຣີອີກນຳ. ໂທ 612-676-3200/1-800-203-7225 (TTY 612-676-6810/1-800-688-2534).

HUBACHIISA: Afaan Oromo kan dubbattan yoo ta'e, tajaajila gargaarsa afaanii bilisaan ni argattu. Odeeffannoo bifa dhaqqabamaa ta'een dhiheessuf, gargaarsii fi tajaajiloonni dabalataa mijatoo ta'anis bilisaan ni kennamu. Bilbilaa 612-676-3200/1-800-203-7225 (TTY 612-676-6810/1-800-688-2534).

ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, вам доступны бесплатные услуги языковой помощи. Соответствующие вспомогательные средства и услуги по предоставлению информации в других форматах также можно получить бесплатно. Позвоните по номеру 612-676-3200/1-800-203-7225 (TTY 612-676-6810/1-800-688-2534).

FIIRO GAAR AH: Haddii aad ku hadasho Af-Soomaali, adeegyada caawimaada luuqadda ee bilaashka ah ayaa lagu heli karaa. Kaalmooyinka iyo adeegyada dheeraadka ah ee kugu habboon si macluumaadka laguugu siiyo qaabab la isticmaali karo ayaa sidoo kale lagu heli karaa weliba si lacag la'aan ah. Wac 612-676-3200/1-800-203-7225 (TTY 612-676-6810/1-800-688-2534).

ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. También disponemos de ayudas y servicios auxiliares adecuados de forma gratuita para facilitar información en formatos accesibles. Llame al 612-676-3200/1-800-203-7225 (TTY 612-676-6810/1-800-688-2534).

PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, may magagamit kang mga libreng serbisyo ng tulong sa wika. Mayroon ding mga naaangkop na karagdagang pantulong at serbisyo para makapagbigay ng impormasyon sa mga accessible na format na magagamit nang libre. Tumawag sa 612-676-3200/1-800-203-7225 (TTY 612-676-6810/1-800-688-2534).

CHÚ Ý: Nếu quý vị nói tiếng Việt, chúng tôi có sẵn dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí cho quý vị. Ngoài ra, cũng có sẵn các hỗ trợ và dịch vụ phụ trợ thích hợp miễn phí nhằm cung cấp thông tin ở các định dạng có thể truy cập. Gọi 612-676-3200/1-800-203-7225 (TTY 612-676-6810/1-800-688-2534).