

 El documento Summary of Benefits and Coverage (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?	Dentro de la red: \$950/persona; \$1,900/familia. Fuera de la red: \$15,000/persona; \$30,000/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 y visitas al consultorio. Medicamentos en el Formulario , excepto los medicamentos de marca no preferidos y de especialidad. 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 coseguro . Por ejemplo, este plan cubre ciertos servicios preventivos sin costo compartido y antes de que alcance su deducible . Vea una 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 ?	\$7,400/persona; \$14,800/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. Ingrese a 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 . Pagará menos si usa un proveedor en la red del plan . Pagará el máximo si usa un proveedor fuera de la red , y es posible que reciba una factura de un proveedor por la diferencia entre el cargo de un proveedor y lo que su plan paga (facturación de saldo). Tenga en cuenta 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 dentro de la red (usted pagará el mínimo)	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	\$20 de copago por visita. Sin cargo para atención en línea (e-visits) y visitas de conveniencia/ en establecimientos minoristas. El deducible no se aplica.	50% de coseguro después del deducible	Ninguna
	Visita al especialista	\$35 de copago por visita. El deducible no se aplica.	50% de coseguro después del deducible	Se podría requerir una autorización y notificación.
	Atención preventiva/pruebas de detección/vacunas	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 médica, algunos medicamentos de venta libre son gratuitos.
Si se le realiza una prueba	Prueba diagnóstica (radiografías, análisis de sangre)	20% 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 o afección Hay más información sobre la cobertura de medicamentos recetados disponible en ucare.org/ifp-druglist .	Medicamentos genéricos preferidos	\$5 de copago por cada suministro para 30 días. \$10 por suministro para 31 a 90 días. El deducible no se aplica.	No cubierto	Debe estar en el formulario o recibir una excepción al formulario. Los medicamentos y niveles de medicamentos en el formulario pueden cambiar si un nuevo medicamento genérico está disponible o se publica nueva información sobre la seguridad de un medicamento. Suministro de hasta 90 días en farmacias minoristas dentro de la red o farmacia de pedidos por correo. Pueden aplicar restricciones. No
	Medicamentos genéricos no preferidos	\$15 de copago por cada suministro para 30 días. \$30 para suministro para 31 a 90 días. El deducible no se aplica.		
	Medicamentos de marca preferidos	\$125 de copago por cada suministro para 30 días. El deducible no se aplica.		

* 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 dentro de la red (usted pagará el mínimo)	Proveedor fuera de la red (usted pagará el máximo)	
	Medicamentos de marca no preferidos	\$180 de copago por cada suministro para 30 días. El deducible no se aplica.		pagará más de \$25 por cada suministro para 30 días de medicamentos para tratar la diabetes (incluida la insulina), el asma y las alergias que requieren 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 de especialidad deben surtirse 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.
	Medicamentos de especialidad	\$550 de copago por cada suministro para 30 días. El deducible no se aplica.		
Si se le realiza una cirugía ambulatoria	Honorarios del centro (p. ej., centro de cirugía ambulatoria)	20% 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	\$500 de copago por la primera visita antes del deducible . Luego, 20% de coseguro después del deducible .	\$500 de copago por la primera visita antes del deducible . Luego, 20% de coseguro después del deducible dentro de la red .	Ninguna
	Transporte médico de emergencia	20% de coseguro después del deducible	20% de coseguro después del deducible dentro de la red .	Ninguna
	Atención de urgencia	\$35 de copago por visita. El deducible no se aplica.	50% de coseguro después del deducible	Ninguna
Si tiene una estadía en el hospital	Honorarios del centro (p. ej., habitación de hospital)	20% 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	\$20 de copago por visita. El deducible no se aplica.	50% de coseguro después del deducible	Se podría requerir una autorización o notificación.
	Servicios para pacientes hospitalizados	20% 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.

* 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 dentro de la red (usted pagará el mínimo)	Proveedor fuera de la red (usted pagará el máximo)	
Si está embarazada	Visitas al consultorio	Sin cargo para los <u>servicios preventivos</u> prenatales y posnatales de rutina.	50% de <u>coseguro</u> después del <u>deducible</u>	Las visitas al consultorio que no sean de rutina requieren costo compartido.
	Servicios profesionales de nacimientos/partos	20% de <u>coseguro</u> después del <u>deducible</u>	50% de <u>coseguro</u> después del <u>deducible</u>	Se requiere notificación.
	Servicios del centro de nacimientos/partos			
Si necesita ayuda para recuperarse o tiene otras necesidades especiales de salud	<u>Atención de salud en el hogar</u>	20% de <u>coseguro</u> después del <u>deducible</u>	50% de <u>coseguro</u> después del <u>deducible</u>	Se requiere una autorización. Límite de 120 visitas domiciliarias por año calendario.
	<u>Servicios de rehabilitación</u> <u>Servicios de habilitación</u>	\$35 de <u>copago</u> por visita. El <u>deducible</u> no se aplica.	50% de <u>coseguro</u> después del <u>deducible</u>	Se podría requerir una autorización.
	<u>Atención de enfermería especializada</u>	20% de <u>coseguro</u> después del <u>deducible</u>	50% de <u>coseguro</u> después del <u>deducible</u>	Se requiere una autorización. Límite de 120 días por admisión.
	<u>Equipo médico duradero</u>	20% de <u>coseguro</u> después del <u>deducible</u>	50% de <u>coseguro</u> después del <u>deducible</u>	Se podría requerir una autorización.
	<u>Servicios del centro de cuidados paliativos</u>	20% de <u>coseguro</u> después del <u>deducible</u>	50% de <u>coseguro</u> después del <u>deducible</u>	Límite de 30 días por episodio.
Si su hijo necesita atención dental o de la vista	Examen de la vista para niños	Sin cargo. El <u>deducible</u> no se aplica.	50% de <u>coseguro</u> después del <u>deducible</u>	Límite de 1 examen de la vista de rutina por año calendario.
	Anteojos para niños	20% de <u>coseguro</u> después del <u>deducible</u>	No cubierto	Límite de 1 por año calendario.
	Chequeo dental infantil	Sin cargo. El <u>deducible</u> no se aplica.	50% de <u>coseguro</u> después del <u>deducible</u>	Límite de 2 por año calendario.

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

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 cubiertas trastornos del espectro autista
- Atención a largo plazo
- Atención que no es de emergencia cuando se viaja fuera de EE.UU.
- Medicamentos no incluidos en el formulario, a menos que se obtenga una excepción
- Enfermería privada (excepto hasta 120 horas 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

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 al 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](#), [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](#) \$950
- [Copago del especialista](#) \$35
- [Coseguro](#) del hospital (centro) 20%
- Otro [coseguro](#) 20%

Este evento de EJEMPLO incluye servicios como:
 Visitas al consultorio del [especialista](#) (*atención prenatal*)
 Servicios profesionales de 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:

<i>Costo compartido</i>	
Deducibles	\$950
Copagos	\$10
Coseguro	\$2,100
<i>Lo que no está cubierto</i>	
Límites o exclusiones	\$600
El total que Peg pagaría es	\$3,700

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](#) \$950
- [Copago del especialista](#) \$35
- [Coseguro](#) del hospital (centro) 20%
- Otro [coseguro](#) 20%

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

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

En este ejemplo, Joe pagaría:

<i>Costo compartido</i>	
Deducibles	\$100
Copagos	\$1,100
Coseguro	\$0
<i>Lo que no está cubierto</i>	
Límites o exclusiones	\$0
El total que Joe pagaría es	\$1,200

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

- El [deducible](#) general del [plan](#) \$950
- [Copago del especialista](#) \$35
- [Coseguro](#) del hospital (centro) 20%
- Otro [coseguro](#) 20%

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

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

En este ejemplo, Mia pagaría:

<i>Costo compartido</i>	
Deducibles	\$950
Copagos	\$700
Coseguro	\$100
<i>Lo que no está cubierto</i>	
Límites o exclusiones	\$0
El total que Mia pagaría es	\$1,800

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

Notice of Nondiscrimination

UCare complies with applicable Federal civil rights laws and does not discriminate on the basis of race, color, national origin, age, disability or sex. UCare does not exclude people or treat them differently because of race, color, national origin, age, disability or sex.

We provide aids and services at no charge to people with disabilities to communicate effectively with us, such as TTY line, or written information in other formats, such as large print.

If you need these services, contact us at **612-676-3200 (voice)** or toll free at **1-800-203-7225 (voice)**, **612-676-6810 (TTY)**, or **1-800-688-2534 (TTY)**.

We provide language services at no charge to people whose primary language is not English, such as qualified interpreters or information written in other languages.

If you need these services, contact us at the number on the back of your membership card or **612-676-3200** or toll free at **1-800-203-7225 (voice)**; **612-676-6810** or toll free at **1-800-688-2534 (TTY)**.

If you believe that UCare has failed to provide these services or discriminated in another way on the basis of race, color, national origin, age, disability or sex, you can file an oral or written grievance.

Oral grievance

If you are a current UCare member, please call the number on the back of your membership card. Otherwise please call **612-676-3200** or toll free at **1-800-203-7225 (voice)**; **612-676-6810** or toll free at **1-800-688-2534 (TTY)**. You can also use these numbers if you need assistance filing a grievance.

Written grievance

Mailing Address

UCare

Attn: Appeals and Grievances

PO Box 52

Minneapolis, MN 55440-0052

Email: cag@ucare.org

Fax: 612-884-2021

You can also file a civil rights complaint with the U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights, electronically through the Office for Civil Rights Complaint Portal, available at <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, or by mail or phone at:

U.S. Department of Health and Human Services

200 Independence Avenue SW

Room 509F, HHH Building

Washington, D.C. 20201

1-800-368-1019, 1-800-537-7697 (TDD)

Complaint forms are available at

<http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 612-676-3200/1-800-203-7225 (TTY: 612-676-6810/1-800-688-2534).

LUS CEEV: Yog tias koj hais lus Hmoob, cov kev pab txog lus, muaj kev pab dawb rau koj. Hu rau 612-676-3200/1-800-203-7225 (TTY: 612-676-6810/1-800-688-2534).

XIYYEEFFANNAA: Afaan dubbattu Oroomiffa, tajaajila gargaarsa afaanii, kanfaltiidhaan ala, ni argama. Bilbilaa 612-676-3200/1-800-203-7225 (TTY: 612-676-6810/1-800-688-2534).

CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 612-676-3200/1-800-203-7225 (TTY: 612-676-6810/1-800-688-2534).

注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 612-676-3200/1-800-203-7225 (TTY: 612-676-6810/1-800-688-2534)。

ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 612-676-3200/1-800-203-7225 (телетайп: 612-676-6810/1-800-688-2534).

ໂປດຊາບ: ຖ້າວ່າ ທ່ານເວົ້າພາສາ ລາວ,
ການບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາ, ໂດຍບໍ່ເສັງຄ່າ,
ແມ່ນມີພ້ອມໃຫ້ທ່ານ. ໂທ 612-676-3200/1-800-203-7225
(TTY: 612-676-6810/1-800-688-2534).

ማሳሰቢያ: የሚናገሩት ቋንቋ አማርኛ ከሆነ የትርጉም አርዳታ ድርጅቶቻችን በነጻ ሊያገለግሉት ተዘጋጅተዋል። ወደ ሚክተለው ቁጥር ይደውሉ 612-676-3200/1-800-203-7225 (መስማት ለተሳናቸው: 612-676-6810/1-800-688-2534).

ဟံသုင်ဟံသး-နမ့်ကတိ၊ ကညီ ကျိုင်အလိ၊ နမန့် ကျိုင်အတၢ်မၤစၢလၢ တလၢဟံသုင်လၢ ဝံစ့ နီတံတၢ်သ့န့ၣ်လီၤ. ကိး 612-676-3200/1-800-203-7225 (TTY: 612-676-6810/1-800-688-2534).

ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung. Rufnummer: 612-676-3200/1-800-203-7225 (TTY: 612-676-6810/1-800-688-2534).

ប្រយ័ត្ន: បើសិនជាអ្នកនិយាយភាសាខ្មែរ,
វេសវាជំនួយវេជ្ជកម្មភាសា ដោយមិនគិតល្បួល
គឺអាចមានសំរាប់បំរើអ្នក។ ចូរ ទូរស័ព្ទ 612-676-3200/
1-800-203-7225 (TTY: 612-676-6810/1-800-688-2534)។

ملحوظة: إذا كنت تتحدث اذكر اللغة، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان .
اتصل برقم 612-676-3200/1-800-203-7225 (رقم هاتف الصم والبكم:
.612-676-6810/1-800-688-2534

ATTENTION : Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le 612-676-3200/1-800-203-7225 (ATS : 612-676-6810/1-800-688-2534).

주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 612-676-3200/1-800-203-7225 (TTY: 612-676-6810/1-800-688-2534) 번으로 전화해 주십시오.

PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 612-676-3200/1-800-203-7225 (TTY: 612-676-6810/1-800-688-2534).