

Lista de Muestra de Tarifas de Kaiser Permanente 2020¹

¿Qué es la Lista de Muestra de Tarifas?

La Lista de Muestra de Tarifas es uno de los muchos recursos que ofrecemos para ayudarle a entender y manejar mejor sus costos de atención médica. Indica el monto estimado que se cobrará a los miembros de Kaiser Permanente por ciertos servicios profesionales.² No incluye los costos de los servicios hospitalarios, las tarifas de los centros de atención ni otros tipos de servicios.

Al revisar la lista, tenga en cuenta que el monto que realmente se le cobrará podría diferir según la atención que reciba, el tipo de centro de atención que visite, los detalles de su plan y si alcanzó su deducible o no. Algunos servicios podrían requerir otros servicios que tienen costos adicionales, como una limpieza de cerumen indicada por su médico durante una evaluación auditiva.

¿Cómo puedo usar la lista?

La Lista de Muestra de Tarifas puede ayudarle a que:

- Elija el plan de una organización para el mantenimiento de la salud (Health Maintenance Organization, HMO) con deducible de Kaiser Permanente adecuado durante la inscripción abierta.
- Calcule cuánto pagará por los servicios antes de que alcance su deducible.
- Identifique los servicios que podrían ser de atención preventiva y que se cubren sin costo o con un copago (para obtener una lista completa, visite kp.org/prevencion).
- Calcule cuánto debe contribuir a cualquier cuenta de gastos flexibles (Flexible Spending Account, FSA) o cuenta de ahorros para gastos médicos (Health Savings Account, HSA) asociada a su plan con base en los servicios que espera recibir.

¿Qué pasará después de que alcance mi deducible?

Como miembro de un plan de una HMO con deducible, deberá pagar los cargos totales de los servicios cubiertos hasta que alcance un monto fijo que se conoce como su deducible. Luego empezará a pagar menos: un copago o un porcentaje de los cargos (un coseguro) durante el resto del año. Según su plan, es posible que pague copagos o coseguro por algunos servicios sin tener que alcanzar el deducible.

Esto significa que, para muchos servicios, usted pagará menos que las tarifas estimadas que aparecen en la Lista de Muestra de Tarifas después de que haya alcanzado su deducible. Estos son algunos ejemplos:

Servicio	Tarifas estimadas	Lo que paga antes de alcanzar el deducible	Lo que paga después de alcanzar el deducible
Radiografía de rodilla	\$75	Cargos totales: \$75	Copago o coseguro, por ejemplo, \$10 o el 20 % de la tarifa estimada
Ecografía de la pelvis	\$268	Cargos totales: \$268	Copago o coseguro, por ejemplo, \$20 o el 30 % de la tarifa estimada
Prueba de esfuerzo	\$159	Cargos totales: \$159	Copago o coseguro, por ejemplo, \$25 o el 40 % de la tarifa estimada

Obtenga un cálculo del costo

Inicie sesión en kp.org/espanol y haga clic en "Cobertura y Costos" para buscar lo que puede pagar por varios servicios programados y medicamentos recetados. Los cálculos se basan en los beneficios de su plan, así que obtendrá información personalizada en todo momento.

¿Tiene preguntas?

Si desea obtener más información o tiene preguntas sobre un servicio que no esté en la lista, llame al número que aparece en su tarjeta de identificación de Kaiser Permanente.

¹Las tarifas estimadas que se incluyen en esta Lista de Muestra de Tarifas están vigentes a partir del 1 de enero de 2020 y pueden cambiar sin previo aviso. Esta lista se aplica únicamente a los miembros que reciben servicios médicos en los centros de atención de Kaiser Permanente.

²Los servicios profesionales normalmente se proporcionan en un consultorio médico, incluidas las visitas al consultorio médico, los análisis de laboratorio y las radiografías. Es posible que también incluyan servicios médicos que se proporcionan en un hospital. Si sus beneficios de salud están autoasegurados por su empleador, sindicato o patrocinador del Plan, Kaiser Permanente Insurance Company proporciona ciertos servicios administrativos por el Plan y no es una aseguradora del Plan ni tiene la responsabilidad financiera de proporcionar beneficios de atención médica del Plan.

SERVICIO	TARIFAS ESTIMADAS
Visitas al Consultorio	
Visita de paciente nuevo, nivel 1 (gravedad baja)*	\$90
Visita de paciente nuevo, nivel 2*	\$145
Visita de paciente nuevo, nivel 3*	\$205
Visita de paciente nuevo, nivel 4*	\$310
Visita de paciente nuevo, nivel 5 (gravedad alta)*	\$390
Visita de paciente existente, nivel 1 (gravedad baja)*	\$45
Visita de paciente existente, nivel 2*	\$90
Visita de paciente existente, nivel 3*	\$140
Visita de paciente existente, nivel 4*	\$210
Visita de paciente existente, nivel 5 (gravedad alta)*	\$275
Visitas al Consultorio (Preventivas)	
Visita al consultorio de bienestar infantil, paciente nuevo (para niños menores de 1 año)*	\$210
Visita al consultorio de bienestar infantil, paciente nuevo (para niños de 1 a 4 años)*	\$220
Visita al consultorio de bienestar infantil, paciente nuevo (para niños de 5 a 11 años)*	\$225
Visita al consultorio de bienestar infantil, paciente nuevo (para niños de 12 a 17 años)*	\$255
Visita al consultorio de bienestar de adultos, paciente nuevo (para personas de 18 a 39 años)*	\$245
Visita al consultorio de bienestar de adultos, paciente nuevo (para personas de 40 a 64 años)*	\$285
Visita al consultorio de bienestar de adultos, paciente nuevo (para personas mayores de 65 años)*	\$310
Visita al consultorio de bienestar infantil, paciente existente (para niños menores de 1 año)*	\$185
Visita al consultorio de bienestar infantil, paciente existente (para niños de 1 a 4 años)*	\$200
Visita al consultorio de bienestar infantil, paciente existente (para niños de 5 a 11 años)*	\$200
Visita al consultorio de bienestar infantil, paciente existente (para niños de 12 a 17 años)*	\$215
Visita al consultorio de bienestar de adultos, paciente existente (para personas de 18 a 39 años)*	\$220
Visita al consultorio de bienestar de adultos, paciente existente (para personas de 40 a 64 años)*	\$235
Visita al consultorio de bienestar de adultos, paciente existente (para personas mayores de 65 años)*	\$255
Visitas de Emergencia	
Atención de emergencia por parte de un médico, nivel 1 (gravedad baja)	\$165
Atención de emergencia por parte de un médico, nivel 2	\$245
Atención de emergencia por parte de un médico, nivel 3	\$375
Atención de emergencia por parte de un médico, nivel 4 (gravedad alta)	\$565

*Dependiendo de su plan, estos servicios podrían ser preventivos y estar cubiertos sin ningún costo o con un copago. Para obtener más información, consulte la *Evidencia de Cobertura (Evidence of Coverage)* o la *Descripción Resumida del Plan (Summary Plan Description)*

Estas tarifas estimadas están vigentes a partir del 1 de enero de 2020 y pueden cambiar sin previo aviso.

Las tarifas que se muestran son únicamente para servicios profesionales y no incluyen las tarifas del centro de atención u otros servicios.

Tarifas Estimadas de Kaiser Permanente para 2020 Norte de California

SERVICIO	TARIFAS ESTIMADAS
Visitas de Psicoterapia	
Terapia psicológica grupal	\$43
Terapia	\$143
Exámenes de los Ojos	
Examen de los ojos, visita de rutina, paciente nuevo*	\$161
Examen de los ojos y tratamiento, paciente nuevo	\$287
Examen de los ojos, visita de rutina, paciente existente*	\$169
Examen de los ojos y tratamiento, paciente existente	\$242
Prueba de detección de la vista*	\$8
Servicios para la Audición	
Evaluación integral de audiometría	\$109
Limpieza de oído	\$145
Examen del tímpano	\$44
Examen auditivo (tono puro, solo aire)*	\$36
Servicios de Fisioterapia	
Terapia de electroestimulación, solo tratamiento	\$32
Evaluación de fisioterapia*	\$183
Fisioterapia, aplicación de calor y frío, solo tratamiento	\$14
Fisioterapia, ecografía, solo tratamiento	\$29
Ejercicios de fisioterapia, solo tratamiento	\$66
Vacunas y Otras Inyecciones	
Inyección contra las alergias	\$28
Vacuna contra la varicela*	\$139
Vacuna de refuerzo contra la difteria y el tétanos*	\$39
Vacuna contra la difteria, el tétanos y la tosferina*	\$47
Vacuna contra la gripe, niños (a partir de los 3 años)*	\$29
Vacuna contra la gripe, bebés*	\$29
Vacuna contra la gripe, adultos (de 18 a 64 años)*	\$36
Vacuna contra la hepatitis B*	\$127
Vacuna contra el sarampión, las paperas y la rubéola*	\$95
Vacuna antipoliomielítica*	\$53

(continúa)

*Dependiendo de su plan, estos servicios podrían ser preventivos y estar cubiertos sin ningún costo o con un copago. Para obtener más información, consulte la *Evidencia de Cobertura* o la *Descripción Resumida del Plan*.

Estas tarifas estimadas están vigentes a partir del 1 de enero de 2020 y pueden cambiar sin previo aviso.

Las tarifas que se muestran son únicamente para servicios profesionales y no incluyen las tarifas del centro de atención u otros servicios.

Tarifas Estimadas de Kaiser Permanente para 2020 Norte de California

SERVICIO	TARIFAS ESTIMADAS
Vacunas y Otras Inyecciones (continuación)	
Inyección terapéutica, profiláctica o de diagnóstico (solo la administración, no incluye el medicamento)*	\$49
Inyección intrarterial terapéutica, profiláctica o de diagnóstico (solo la administración, no incluye el medicamento)*	\$56
Pruebas y Procedimientos	
Prueba de capacidad respiratoria	\$107
Tratamiento respiratorio	\$56
Colonoscopia y extirpación de tejido anormal con cauterización*	\$1,456
Colonoscopia y extirpación de tejido anormal con técnica de asa*	\$1,358
Colonoscopia y extirpación de tejido del colon para examinarlo*	\$1,315
Colonoscopia de diagnóstico	\$1,009
Proctosigmoidoscopia de diagnóstico	\$392
Sigmoidoscopia de diagnóstico	\$561
Drenaje del líquido alrededor de una articulación hinchada	\$182
Electrocardiograma (ECG)	\$50
Monitoreo fetal*	\$146
Biopsia incisional de la piel (por ejemplo, un trozo), una sola lesión	\$482
Biopsia por perforación de la piel, una sola lesión	\$399
Extirpación de áreas anormales de la piel	\$18
Sigmoidoscopia y extirpación de tejido para examinarlo*	\$880
Prueba de esfuerzo	\$210
Destrucción quirúrgica de un área anormal de la piel	\$205
Biopsia por raspado de la piel (por ejemplo, por rasurado, saucerización o curetaje), una sola lesión	\$317
Ecografía del corazón	\$427
Radiografías, Tomografías Computarizadas (TC) y Otros Estudios de Imágenes Diagnósticas	
TC de tórax, con medio de contraste	\$895
TC de la pelvis, con medio de contraste	\$1,080
TC de la pelvis, sin medio de contraste	\$660
TC de los conductos y senos nasales	\$875
TC del área del estómago, con medio de contraste	\$1,100
TC del área del estómago, sin medio de contraste	\$675
Mamografía diagnóstica (unilateral)	\$470
Mamografía diagnóstica (bilateral)	\$595
Mamografía (prueba de detección)*	\$485
Ecografía de embarazo	\$535

(continúa)

*Dependiendo de su plan, estos servicios podrían ser preventivos y estar cubiertos sin ningún costo o con un copago. Para obtener más información, consulte la *Evidencia de Cobertura* o la *Descripción Resumida del Plan*.

Estas tarifas estimadas están vigentes a partir del 1 de enero de 2020 y pueden cambiar sin previo aviso.

Las tarifas que se muestran son únicamente para servicios profesionales y no incluyen las tarifas del centro de atención u otros servicios.

SERVICIO	TARIFAS ESTIMADAS
Radiografías, TC y Otros Estudios de Imágenes Diagnósticas <i>(continuación)</i>	
Revisión de TC de la cabeza o del cerebro	\$525
Ecografía de la pelvis	\$385
Ecografía del área del estómago	\$425
Ecografía vaginal	\$430
Radiografía para detectar osteoporosis	\$140
Radiografía de tobillo	\$105
Radiografía de tobillo (completo)	\$120
Radiografía de ambas rodillas	\$135
Radiografía de pecho (1 vista)	\$85
Radiografía de pecho (2 vistas)	\$110
Radiografía de un dedo de la mano	\$120
Radiografía de pie	\$95
Radiografía de pie (completo)	\$105
Radiografía de mano	\$100
Radiografía de mano (completa)	\$120
Radiografía de rodilla	\$110
Radiografía de rodilla (completa)	\$145
Radiografía de los huesos de la parte baja de la espalda	\$125
Radiografía de cuello	\$175
Radiografía de los huesos del cuello	\$125
Radiografía de hombro	\$105
Radiografía del área del estómago (completo)	\$160
Radiografía del área del estómago (1 vista)	\$100
Radiografía de muñeca (completa)	\$130
Radiografía de muñeca (2 vistas)	\$110
Análisis de Laboratorio	
Prueba de albúmina	\$15
Prueba de fosfatasa alcalina	\$15
Prueba de alergias	\$15
Prueba de alanina aminotransferasa (Alanine Transaminase, ALT)	\$15
Prueba de amilasa	\$20
Prueba de aspartato aminotransferasa (Aspartate Aminotransferase, AST)	\$15
Prueba de bilirrubina (total)	\$15
Prueba de anticuerpos en la sangre	\$15

(continúa)

Estas tarifas estimadas están vigentes a partir del 1 de enero de 2020 y pueden cambiar sin previo aviso.

Las tarifas que se muestran son únicamente para servicios profesionales y no incluyen las tarifas del centro de atención u otros servicios.

SERVICIO	TARIFAS ESTIMADAS
Análisis de Laboratorio (continuación)	
Prueba de coagulación de sangre	\$10
Prueba de glucosa en la sangre, diagnóstica	\$10
Prueba de glucosa en la sangre, de control*	\$30
Prueba de calcio (total)	\$15
Prueba de los niveles de colesterol	\$15
Hemograma completo	\$25
Prueba de creatinina	\$15
Prueba del antígeno de superficie de hepatitis B*	\$35
Prueba de hepatitis C*	\$45
Prueba de la función renal	\$10
Prueba química de laboratorio de creatina quinasa	\$20
Prueba de panel de lípidos*	\$40
Prueba de magnesio	\$20
Prueba de Papanicolaou, prueba de detección de cáncer cervicouterino*	\$55
Prueba de fósforo	\$15
Prueba de potasio	\$15
Prueba de embarazo	\$25
Examen de la próstata*	\$60
Prueba de sodio	\$15
Prueba de detección de estreptococos del grupo A con hisopado	\$65
Prueba de detección de sangre en las heces*	\$50
Prueba de la hormona estimulante de la tiroides	\$55
Recuento de colonias bacterianas en la orina*	\$25
Examen de orina (completo)	\$10
Examen de orina (solo con tira reactiva)	\$7
Examen de orina (solo microanálisis)	\$10

*Dependiendo de su plan, estos servicios podrían ser preventivos y estar cubiertos sin ningún costo o con un copago. Para obtener más información, consulte la *Evidencia de Cobertura* o la *Descripción Resumida del Plan*.

Estas tarifas estimadas están vigentes a partir del 1 de enero de 2020 y pueden cambiar sin previo aviso.

Las tarifas que se muestran son únicamente para servicios profesionales y no incluyen las tarifas del centro de atención u otros servicios.

Aviso de no discriminación

Kaiser Permanente no discrimina a ninguna persona por su edad, raza, etnia, color, país de origen, antecedentes culturales, ascendencia, religión, sexo, identidad de género, expresión de género, orientación sexual, estado civil, discapacidad física o mental, fuente de pago, información genética, ciudadanía, lengua materna o estado migratorio.

La Central de Llamadas de Servicio a los Miembros brinda servicios de asistencia con el idioma las 24 horas del día, los siete días de la semana (excepto los días festivos). Se ofrecen servicios de interpretación sin costo alguno para usted durante el horario de atención, incluido el lenguaje de señas. Se ofrecen aparatos y servicios auxiliares para personas con discapacidades sin costo alguno durante el horario de atención. También podemos ofrecerle a usted, a sus familiares y amigos cualquier ayuda especial que necesiten para acceder a nuestros centros de atención y servicios. Puede solicitar los materiales traducidos a su idioma, y también los puede solicitar con letra grande o en otros formatos que se adapten a sus necesidades sin costo para usted. Para obtener más información, llame al **1-800-788-0616** (los usuarios de la línea TTY deben llamar al **711**).

Una queja es una expresión de inconformidad que manifiesta usted o su representante autorizado a través del proceso de quejas. Por ejemplo, si usted cree que ha sufrido discriminación de nuestra parte, puede presentar una queja. Consulte su *Evidencia de Cobertura (Evidence of Coverage)* o *Certificado de Seguro (Certificate of Insurance)*, o comuníquese con un representante de Servicio a los Miembros para conocer las opciones de resolución de disputas que le corresponden. Esto tiene especial importancia si es miembro de Medicare, Medi-Cal, el Programa de Seguro Médico para Riesgos Mayores (Major Risk Medical Insurance Program MRMIP), Medi-Cal Access, el Programa de Beneficios Médicos para los Empleados Federales (Federal Employees Health Benefits Program, FEHBP) o CalPERS, ya que dispone de otras opciones para resolver disputas.

Puede presentar una queja de las siguientes maneras:

- Completando un formulario de queja o de reclamación/solicitud de beneficios en una oficina de Servicio a los Miembros ubicada en un centro del plan (consulte las direcciones en *Su Guía* o en el directorio de centros de atención en nuestro sitio web en **kp.org/espanol**)
- Enviando por correo su queja por escrito a una oficina de Servicio a los Miembros en un centro del plan (consulte las direcciones en *Su Guía* o en el directorio de centros de atención en nuestro sitio web en **kp.org/espanol**)
- Llamando a la línea telefónica gratuita de la Central de Llamadas de Servicio a los Miembros al **1-800-788-0616** (los usuarios de la línea TTY deben llamar al **711**)
- Completando el formulario de queja en nuestro sitio web en **kp.org/espanol**

Llame a nuestra Central de Llamadas de Servicio a los Miembros si necesita ayuda para presentar una queja.

Se le informará al coordinador de derechos civiles de Kaiser Permanente (Civil Rights Coordinator) de todas las quejas relacionadas con la discriminación por motivos de raza, color, país de origen, género, edad o discapacidad. También puede comunicarse directamente con el coordinador de derechos civiles de Kaiser Permanente en One Kaiser Plaza, 12th Floor, Suite 1223, Oakland, CA 94612.

También puede presentar una queja formal de derechos civiles de forma electrónica ante la Oficina de Derechos Civiles (Office for Civil Rights) en el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos (U.S. Department of Health and Human Services) mediante el portal de quejas formales de la Oficina de Derechos Civiles (Office for Civil Rights Complaint Portal), en ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf (en inglés) o por correo postal o por teléfono a: 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 (línea TDD). Los formularios de queja formal están disponibles en hhs.gov/ocr/office/file/index.html (en inglés).

Language Assistance Services

English: Language assistance is available at no cost to you, 24 hours a day, 7 days a week. You can request interpreter services, materials translated into your language, or in alternative formats. Just call us at **1-800-464-4000**, 24 hours a day, 7 days a week (closed holidays). TTY users call **711**.

Arabic: خدمات الترجمة الفورية متوفرة لك مجاناً على مدار الساعة كافة أيام الأسبوع. بإمكانك طلب خدمة الترجمة الفورية أو ترجمة وثائق للغتك أو لصيغ أخرى. ما عليك سوى الاتصال بنا على الرقم **1-800-464-4000** على مدار الساعة كافة أيام الأسبوع (مغلق أيام العطلات). لمستخدمي خدمة الهاتف النصي يرجى الاتصال على الرقم (711).

Armenian: Ձեզ կարող է անվճար օգնություն տրամադրվել լեզվի հարցում՝ օրը 24 ժամ, շաբաթը 7 օր: Դուք կարող եք պահանջել բանավոր թարգմանչի ծառայություններ, Ձեր լեզվով թարգմանված կամ այլընտրանքային ձևաչափով պատրաստված նյութեր: Պարզապես զանգահարեք մեզ՝ **1-800-464-4000** հեռախոսահամարով՝ օրը 24 ժամ՝ շաբաթը 7 օր (տոն օրերին փակ է): TTY-ից օգտվողները պետք է զանգահարեն **711**:

Chinese: 您每週 7 天，每天 24 小時均可獲得免費語言協助。您可以申請口譯服務、要求將資料翻譯成您所用語言或轉換為其他格式。我們每週 7 天，每天 24 小時均歡迎您打電話 **1-800-757-7585** 前來聯絡（節假日 休息）。聽障及語障專線 (TTY) 使用者請撥 **711**。

Farsi: خدمات زبانی در 24 ساعت شبانهروز و 7 روز هفته بدون اخذ هزینه در اختیار شما است. شما می توانید برای خدمات مترجم شفاهی، ترجمه جزوات به زبان شما و یا به صورتهای دیگر درخواست کنید. کفایت در 24 ساعت شبانهروز و 7 روز هفته (به استثنای روزهای تعطیل) با ما به شماره **1-800-464-4000** تماس بگیرید. کاربران TTY با شماره **711** تماس بگیرند.

Hindi: बिना किसी लागत के दुभाषिया सेवाएँ, दिन के 24 घंटे, सप्ताह के सातों दिन उपलब्ध हैं। आप एक दुभाषिये की सेवाओं के लिए, बिना किसी लागत के सामग्रियों को अपनी भाषा में अनुवाद करवाने के लिए, या वैकल्पिक प्रारूपों के लिए अनुरोध कर सकते हैं। बस केवल हमें **1-800-464-4000** पर, दिन के 24 घंटे, सप्ताह के सातों दिन (छुट्टियों वाले दिन बंद रहता है) कॉल करें। TTY उपयोगकर्ता **711** पर कॉल करें।

Hmong: Muajkwc pab txhais lus pub dawb rau koj, 24 teev ib hnuv twg, 7 hnuv ib lim tiam twg. Koj thov tau cov kev pab txhais lus, muab cov ntaub ntawv txhais ua koj hom lus, los yog ua lwm hom. Tsuas hu rau **1-800-464-4000**, 24 teev ib hnuv twg, 7 hnuv ib lim tiam twg (cov hnuv caiv kaw). Cov neeg siv TTY hu **711**.

Japanese: 当院では、言語支援を無料で、年中無休、終日ご利用いただけます。通訳サービス、日本語に翻訳された資料、あるいは資料を別の書式でも依頼できます。お気軽に **1-800-464-4000** までお電話ください（祭日を除き年中無休）。TTY ユーザーは **711** にお電話ください。

Khmer: ជំនួយភាសា គឺមានឥតគិតថ្លៃដល់អ្នកឡើយ 24 ម៉ោងមួយថ្ងៃ 7 ថ្ងៃមួយអាទិត្យ។ អ្នកអាចស្នើសុំសេវាអ្នកបកប្រែសំភារៈដែលបានបកប្រែទៅជាភាសាខ្មែរ ឬជាទម្រង់ផ្សេងទៀត។ គ្រាន់តែទូរស័ព្ទមកយើង តាមលេខ **1-800-464-4000** បាន 24 ម៉ោងមួយថ្ងៃ 7 ថ្ងៃមួយអាទិត្យ (បិទថ្ងៃបុណ្យ)។ អ្នកប្រើ TTY ហៅលេខ **711**។

Korean: 요일 및 시간에 관계없이 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 귀하는 통역 서비스, 귀하의 언어로 번역된 자료 또는 대체 형식의 자료를 요청할 수 있습니다. 요일 및 시간에 관계없이 **1-800-464-4000** 번으로 전화하십시오 (공휴일 휴무). TTY 사용자 번호 **711**.

Laotian: ການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາມີໃຫ້ໂດຍບໍ່ເສັງຄ່າ ແກ່ທ່ານ, ຕະຫຼອດ 24 ຊົ່ວໂມງ, 7 ວັນຕໍ່ອາທິດ. ທ່ານ ສາມາດຮ້ອງຂໍຮັບບໍລິການນາຍພາສາ, ໃຫ້ແປເອກະ ສານເປັນພາສາຂອງທ່ານ, ຫຼື ໃນຮູບແບບອື່ນ. ພຽງ ແຕ່ໂທສຫາພວກເຮົາທີ່ **1-800-464-4000**, ຕະຫຼອດ 24 ຊົ່ວໂມງ, 7 ວັນຕໍ່ອາທິດ (ປິດວັນພັກຕ່າງໆ). ຜູ້ໃຊ້ສາຍ TTY ໂທ **711**.

Navajo: Saad bee áká'a'ayeed náhóló t'áá jiiik'é, naadiin doo bibaa' dji' ahéé'iikeed tsosts'id yiskáají damoo ná'ádleehejí. Atah halne'é áká'adoolwołígíí jókí, t'áadoo le'é t'áá hóhazaadji hadilyaa'go, éí doodaii' nááná lá ał'aa'ádaat'chígíí bee hádadilyaa'go. Kojí hodiilnih **1-800-464-4000**, naadiin doo bibaa' dji' ahéé'iikeed tsosts'id yiskáají damoo ná'ádleehejí (Dahodiyin biniiyé e'e'aahgo éí da'deelkaal). TTY chodeeyoolínígíí kojí hodiilnih **711**.

Punjabi: ਬਿਨਾਂ ਕਿਸੀ ਲਾਗਤ ਦੇ, ਦਿਨ ਦੇ 24 ਘੰਟੇ, ਹਫ਼ਤੇ ਦੇ 7 ਦਿਨ, ਦੁਭਾਸ਼ੀਆ ਸੇਵਾਵਾਂ ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਉਪਲਬਧ ਹੈ। ਤੁਸੀਂ ਇੱਕ ਦੁਭਾਸ਼ੀਏ ਦੀ ਮਦਦ ਲਈ, ਸਮੱਗਰੀਆਂ ਨੂੰ ਆਪਣੀ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਅਨੁਵਾਦ ਕਰਵਾਉਣ ਲਈ, ਜਾਂ ਕਿਸੇ ਵੱਖ ਫਾਰਮੈਟ ਵਿੱਚ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰਨ ਲਈ ਬੇਨਤੀ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ। ਬਸ ਸਿਰਫ਼ ਸਾਨੂੰ **1-800-464-4000** ਤੇ, ਦਿਨ ਦੇ 24 ਘੰਟੇ, ਹਫ਼ਤੇ ਦੇ 7 ਦਿਨ (ਛੁੱਟੀਆਂ ਵਾਲੇ ਦਿਨ ਬੰਦ ਰਹਿੰਦਾ ਹੈ) ਫ਼ੋਨ ਕਰੋ। TTY ਦਾ ਉਪਯੋਗ ਕਰਨ ਵਾਲੇ **711** 'ਤੇ ਫ਼ੋਨ ਕਰਨ।

Russian: Мы бесплатно обеспечиваем Вас услугами перевода 24 часа в сутки, 7 дней в неделю. Вы можете воспользоваться помощью устного переводчика, запросить перевод материалов на свой язык или запросить их в одном из альтернативных форматов. Просто позвоните нам по телефону **1-800-464-4000**, который доступен 24 часа в сутки, 7 дней в неделю (кроме праздничных дней). Пользователи линии TTY могут звонить по номеру **711**.

Spanish: Contamos con asistencia de idiomas sin costo alguno para usted 24 horas al día, 7 días a la semana. Puede solicitar los servicios de un intérprete, que los materiales se traduzcan a su idioma o en formatos alternativos. Solo llame al **1-800-788-0616**, 24 horas al día, 7 días a la semana (cerrado los días festivos). Los usuarios de TTY, deben llamar al **711**.

Tagalog: May magagamit na tulong sa wika nang wala kang babayaran, 24 na oras bawat araw, 7 araw bawat linggo. Maaari kang humingi ng mga serbisyo ng tagasalin sa wika, mga babasahin na isinalin sa iyong wika o sa mga alternatibong format. Tawagan lamang kami sa **1-800-464-4000**, 24 na oras bawat araw, 7 araw bawat linggo (sarado sa mga pista opisyal). Ang mga gumagamit ng TTY ay maaaring tumawag sa **711**.

Thai: เรามีบริการล่ามฟรีสำหรับคุณตลอด 24 ชั่วโมง ทุกวันตลอดชั่วโมงทำการของเราคุณสามารถขอให้ล่ามช่วยตอบคำถามของคุณที่เกี่ยวกับความคุ้มครองการดูแลสุขภาพของเราและคุณยังสามารถขอให้มีการแปลเอกสารเป็นภาษาที่คุณใช้ได้โดยไม่มีค่าบริการเพียงโทรหาเราที่หมายเลข **1-800-464-4000** ตลอด 24 ชั่วโมงทุกวัน (เปิดให้บริการในวันหยุดราชการ) ผู้ใช้ TTY โปรดโทรไปที่ **711**

Vietnamese: Dịch vụ thông dịch được cung cấp miễn phí cho quý vị 24 giờ mỗi ngày, 7 ngày trong tuần. Quý vị có thể yêu cầu dịch vụ thông dịch, tài liệu phiên dịch ra ngôn ngữ của quý vị hoặc tài liệu bằng nhiều hình thức khác. Quý vị chỉ cần gọi cho chúng tôi tại số **1-800-464-4000**, 24 giờ mỗi ngày, 7 ngày trong tuần (trừ các ngày lễ). Người dùng TTY xin gọi **711**.