

 El Resumen de beneficios y cobertura (SBC, por sus siglas en inglés) es un documento que le ayudará a elegir un plan médico. El SBC le muestra cómo usted y el plan compartirían el costo de los servicios médicos cubiertos. **NOTA: La información sobre el costo de este plan (llamada prima) se proporcionará aparte. Esto es solo un resumen.** Para más información sobre su cobertura, o para obtener una copia de los términos de cobertura completos, llame al **1-855-OSCAR-55** o visite este sitio web: <https://www.hioscar.com/forms/2020/ny>. Para una definición de los términos de uso común, como monto permitido, facturación del saldo, coseguro, copago, deducible, proveedor u otros términos delineados consulte el glosario. Puede ver una copia del glosario en www.dol.gov/ebsa/healthreform o llamar a **1-855-OSCAR-55** para solicitar una copia.

| Preguntas importantes | Respuestas | Porqué es importante |
|--|---|---|
| ¿Cuál es el <u>deducible</u> general? | \$0 por persona / \$0 por familia | Revise el cuadro de eventos médicos comunes más abajo para obtener los costos de los servicios que cubre este <u>plan</u> . |
| ¿Se cubre algún servicio antes de pagar todo el <u>deducible</u> ? | Sí. Atención preventiva, atención prenatal y posnatal y telemedicina. | Este <u>plan</u> cubre algunos insumos y servicios, incluso si aún no ha alcanzado el monto del <u>deducible</u> . No obstante, puede aplicarse un <u>copago</u> o <u>coseguro</u> . Por ejemplo, este <u>plan</u> cubre determinados <u>servicios preventivos</u> sin <u>costos compartidos</u> y antes de que alcance su <u>deducible</u> . Consulte una lista de <u>servicios preventivos</u> cubiertos en https://www.cuidadodesalud.gov/es/coverage/preventive-care-benefits/ . |
| ¿Hay algún otro <u>deducible</u> por servicios específicos? | Sí. \$100 por persona/ \$200 por familia para cobertura de medicamentos recetados. No se aplican otros <u>deducibles</u> para servicios específicos. | Debe pagar todos los costos de estos servicios hasta alcanzar el monto del <u>deducible</u> para servicios específicos antes de que este <u>plan</u> comience a pagar por estos servicios |
| ¿Cuál es el límite de desembolso para este <u>plan</u> ? | \$8,150 por persona / \$16,300 por familia | El <u>límite de gastos de su bolsillo</u> es la cantidad máxima que usted puede pagar durante un año por los servicios cubiertos. Si otros miembros de la familia están incluidos en el <u>plan</u> , deben alcanzar su propio <u>límite de gastos de bolsillo</u> hasta que se haya alcanzado el <u>límite de gastos de bolsillo</u> familiar total. |
| ¿Qué no está incluido en el límite de desembolso? | Este <u>plan</u> no cubre las <u>primas</u> ni la atención médica. | Aunque pague estos gastos, no forman parte del <u>límite de gastos de bolsillo</u> . |
| ¿Pagará un poco menos si acude a un <u>proveedor</u> dentro de la <u>red</u> médica? | Sí. Visite www.hioscar.com o llame al 1-855-OSCAR-55 para obtener la lista de los <u>proveedores dentro de la red</u> . | Este <u>plan</u> utiliza una <u>red de proveedores</u> al que pagará menos. Pagará más si utiliza un <u>proveedor fuera de la red</u> y es posible que reciba una factura por la diferencia entre lo que cobra el <u>proveedor</u> y lo que paga su <u>plan</u> (<u>facturación del saldo</u>). Tenga en cuenta que es posible que su <u>proveedor de la red</u> recurra a un <u>proveedor fuera de la red</u> para algunos servicios (ej., análisis de laboratorio). Consulte a su <u>proveedor</u> antes de recibir los servicios. |
| ¿Necesita una <u>referencia</u> para ver a un <u>especialista</u> ? | No. | Puede consultar al <u>especialista</u> que elija sin una <u>referencia médica</u> . |



Todos los costos de **copago** y **coseguro** que se indican en esta tabla son después de que se haya completado el **deducible**, si aplica un **deducible**.

| Eventos médicos comunes | Servicios que podría necesitar | Lo que usted paga | | Limitaciones, excepciones y otra información importante |
|---|--|--|--|---|
| | | Proveedor en la red (Usted pagará lo mínimo) | Proveedor fuera de la red (Usted pagará lo máximo) | |
| Si acude a la oficina o clínica de un proveedor de salud | Visita de atención primaria para tratar una lesión o enfermedad | \$20 copago /visita no sujeto al deducible | Sin cobertura | Las visitas al médico de atención primaria en Oscar Center están cubiertas en su totalidad. Las visitas de telemedicina de proveedores de telemedicina designados por Oscar están cubiertas en su totalidad; no se aplica deducible . |
| | Visita al especialista | \$40 copago /visita no sujeto al deducible | Sin cobertura | La atención especializada puede incluir pruebas de diagnóstico descritas en el Programa de beneficios, y estas pruebas están sujetas a costo compartido por separado. |
| | Atención preventiva/examen colectivo /vacuna | Sin cargo | Sin cobertura | Es posible que deba pagar por servicios que no sean preventivos. Pregunte a su proveedor si los servicios necesarios son preventivos. Luego, verifique lo que pagará su plan . |
| Si se realiza un examen | Prueba diagnóstica (radiografía, análisis de sangre) | \$40 copago /visita no sujeto al deducible (radiografía/análisis de laboratorio) | Sin cobertura | Se requiere autorización previa para la radiología de diagnóstico (excepto radiografías). Si no obtiene la autorización previa, es posible que se le niegue el pago de la atención. |
| | Estudios de imágenes (tomografía computarizada, estudio PET, resonancia magnética) | \$140 copago /visita no sujeto al deducible | Sin cobertura | Es posible que se requiera autorización previa. Si no obtiene la autorización previa, es posible que se le niegue el pago de la atención. |

| Eventos médicos comunes | Servicios que podría necesitar | Lo que usted paga | | Limitaciones, excepciones y otra información importante |
|--|--|--|---|---|
| | | Proveedor en la red (Usted pagará lo mínimo) | Proveedor fuera de la red (Usted pagará lo máximo) | |
| <p>Si necesita medicamentos para tratar su enfermedad o infección.</p> <p>Hay más información disponible acerca de la cobertura de medicamentos con receta en www.hioscar.com/search/NY/drugs?year=2020</p> | Medicamentos genéricos | \$10 copago /receta médica no sujeto al deducible (minorista), \$25 copago /receta médica no sujeto al deducible (orden por correo) | Sin cobertura | <p>Cubre hasta un suministro de 30 días en farmacias minoristas y hasta un suministro de 90 días para farmacias de pedido por correo. Es posible que se requiera autorización previa/terapia escalonada</p> |
| | Medicamentos de marcas preferidas | \$35 copago /receta médica sujeto al deducible por medicamentos recetados (minorista), \$87.50 copago /receta médica sujeto al deducible por medicamentos recetados (orden por correo) | Sin cobertura | |
| | Medicamentos de marcas no preferidas | \$100 copago /receta médica sujeto al deducible por medicamentos recetados (minorista), \$250 copago /receta médica sujeto al deducible por medicamentos recetados (orden por correo) | Sin cobertura | |
| | Medicamentos especializados | \$100 copago /receta médica sujeto al deducible por medicamentos recetados (minorista/orden por correo) | Sin cobertura | |
| <p>Si se somete a una operación ambulatoria</p> | Cargo de instalaciones (p. ej., centro de cirugía ambulatoria) | \$250 copago /visita no sujeto al deducible | Sin cobertura | ————ninguna———— |
| | Honorarios del médico/cirujano | \$150 copago /visita no sujeto al deducible | Sin cobertura | Se requiere autorización previa. Si no obtiene la autorización previa, es posible que se le niegue el pago de la atención. |
| <p>Si necesita atención médica inmediata</p> | Atención en la sala de emergencias | \$650 copago /visita no sujeto al deducible (tasa de la sala de emergencias), Sin cargo (tasa del médico de la sala de emergencias) | \$650 copago /visita no sujeto al deducible (tasa de la sala de emergencias), Sin cargo (tasa del médico de la sala de emergencias) | ————ninguna———— |

| Eventos médicos comunes | Servicios que podría necesitar | Lo que usted paga | | Limitaciones, excepciones y otra información importante |
|--|---|--|---|---|
| | | Proveedor en la red (Usted pagará lo mínimo) | Proveedor fuera de la red (Usted pagará lo máximo) | |
| Si necesita atención médica inmediata | Transporte médico de emergencia | \$650 copago /visita no sujeto al deducible | \$650 copago /visita no sujeto al deducible | ————ninguna———— |
| | Atención de urgencia | \$75 copago /visita no sujeto al deducible | Sin cobertura | Se requiere autorización previa para la atención de urgencia fuera de la red . Si no obtiene la autorización previa, es posible que se le niegue el pago de la atención. |
| Si le hospitalizan | Cargo de instalaciones (p. ej., habitación de hospital) | \$500 copago /día por un máximo de cinco días no sujeto al deducible | Sin cobertura | El copago se aplica por día hasta 5 días. Se requiere autorización previa para estadias de pacientes hospitalizados, excepto para hospitalizaciones de emergencia. Si no obtiene la autorización previa, es posible que se le niegue el pago de la atención. |
| | Honorarios del médico/cirujano | \$150 copago /visita no sujeto al deducible | Sin cobertura | Se requiere autorización previa. Si no obtiene la autorización previa, es posible que se le niegue el pago de la atención. |
| Si necesita servicios de salud mental, conductual o toxicomanías | Sevicios ambulatorios | \$20 copago /visita no sujeto al deducible (visitas al consultorio/otros servicios ambulatorios) | Sin cobertura | Es posible que se requiera autorización previa. Si no obtiene la autorización previa, es posible que se le niegue el pago de la atención. |
| | Servicios internos | \$500 copago /día por un máximo de cinco días no sujeto al deducible | Sin cobertura | El copago se aplica por día hasta 5 días. Se requiere autorización previa para estadias de pacientes hospitalizados, excepto para hospitalizaciones de emergencia o en instalaciones participantes certificadas por la Oficina de Servicios contra el Alcoholismo y el Abuso de Sustancias (Office of Alcoholism and Substance Abuse Services, OASAS). Si no obtiene la autorización previa, es posible que se le niegue el pago de la atención. |

| Eventos médicos comunes | Servicios que podría necesitar | Lo que usted paga | | Limitaciones, excepciones y otra información importante |
|---|--|--|--|--|
| | | Proveedor en la red (Usted pagará lo mínimo) | Proveedor fuera de la red (Usted pagará lo máximo) | |
| Si está embarazada | Visitas al consultorio | Sin cargo | Sin cobertura | El costo compartido no se aplica a los servicios preventivos . Dependiendo del tipo de servicios, es posible que se aplique el costo compartido. La atención de la maternidad puede incluir pruebas y servicios descritos en otras partes del Resumen de beneficios y cobertura (Summary of Benefits and Coverage, SBC) (p. ej., ecografías). |
| | Servicios de parto profesionales | \$150 copago /visita no sujeto al deducible | Sin cobertura | ————ninguna———— |
| | Servicios de instalaciones de partos profesionales | \$500 copago /día por un máximo de cinco días no sujeto al deducible | Sin cobertura | El copago se aplica por día hasta 5 días. No se requiere autorización previa si la paciente permanece hospitalizada <48 horas (<96 horas para una cesárea). Si no obtiene la autorización previa, es posible que se le niegue el pago de la atención. |
| Si necesita ayuda recuperándose o tiene otras necesidades de salud especiales | Cuidado de la salud en el hogar | \$40 copago /visita no sujeto al deducible | Sin cobertura | 40 visitas por año del plan . Se requiere autorización previa. Si no obtiene la autorización previa, es posible que se le niegue el pago de la atención. |
| | Servicios de rehabilitación | \$40 copago /visita no sujeto al deducible | Sin cobertura | 60 visitas por afección, por año, terapias combinadas. Se requiere autorización previa. Si no obtiene la autorización previa, es posible que se le niegue el pago de la atención. |
| | Servicios de habilitación | \$40 copago /visita no sujeto al deducible | Sin cobertura | 60 visitas por afección, por año, terapias combinadas. Se requiere autorización previa. Si no obtiene la autorización previa, es posible que se le niegue el pago de la atención. |

| Eventos médicos comunes | Servicios que podría necesitar | Lo que usted paga | | Limitaciones, excepciones y otra información importante |
|---|---|--|--|---|
| | | Proveedor en la red (Usted pagará lo mínimo) | Proveedor fuera de la red (Usted pagará lo máximo) | |
| Si necesita ayuda recuperándose o tiene otras necesidades de salud especiales | Cuidado de enfermería especializada | \$500 copago /día por un máximo de cinco días no sujeto al deducible | Sin cobertura | 200 días por año. Se requiere autorización previa. Si no obtiene la autorización previa, es posible que se le niegue el pago de la atención. |
| | Equipo médico duradero | 20% coseguro no sujeto al deducible | Sin cobertura | Se requiere autorización previa para compras y alquileres >\$500. Si no obtiene la autorización previa, es posible que se le niegue el pago de la atención. |
| | Servicios de cuidados paliativos o enfermos terminales | \$500 copago /día por un máximo de cinco días no sujeto al deducible | Sin cobertura | Hasta 210 días por año. Los cuidados paliativos para pacientes hospitalizados están sujetos al costo compartido del hospital para pacientes hospitalizados. Es posible que se requiera autorización previa. Si no obtiene la autorización previa, es posible que se le niegue el pago de la atención. |
| Si su niño necesita servicios odontológicos o de la vista | Examen de la vista pediátrico | \$40 copago /visita no sujeto al deducible | Sin cobertura | 1 examen en un período de 12 meses |
| | Anteojos para niños | 20% coseguro no sujeto al deducible | Sin cobertura | 1 par de anteojos o lentes de contacto en un período de 12 meses |
| | Chequeo dental pediátrico | Sin cargo | Sin cobertura | Límite de 2 controles dentales por año. También se cubre la atención dental básica, la ortodoncia y la atención dental de mayor complejidad. |

Servicios excluidos y otros servicios cubiertos

Servicios que su plan generalmente NO cubre (consulte el documento de su **plan** o póliza para encontrar más información y una lista de otros **servicios excluidos**.)

- Cirugía estética
- Atención dental (adultos)
- Cuidado a largo plazo
- Los casos que no sean emergencias cuando se viaja fuera de los Estados Unidos.
- Servicio de enfermería particular
- Atención de la vista de rutina (adultos)
- Cuidado de rutina de los pies

Otros servicios cubiertos (podrían aplicarse limitaciones a estos servicios. Esto no es una lista completa. Consulte el documento de su **plan**.)

- Aborto
- Acupuntura
- Cirugía bariátrica
- Atención quiropráctica
- Audífonos
- Infertility treatment (basic infertility services may be covered; does not cover IVF, GIFT, ZIFT)
- Programas para bajar de peso

Sus derechos a continuar con su cobertura:

Hay agencias que pueden ayudarle si desea continuar con su cobertura cuando esta termine. La información de contacto de estas agencias es: Employee Benefits Security Administration (Administración de Seguridad de Beneficios de los Empleados) del Department of Labor (Departamento de Trabajo): número de teléfono **1-866-444-EBSA (3272)** o sitio web **www.dol.gov/ebsa/healthreform**. Podría tener también otras opciones de cobertura, como comprar cobertura de seguro individual a través del **Mercado de Seguro Médico**. Para más información acerca del **Mercado**, visite www.CuidadDeSalud.gov o llame al **1-800-318-2596**.

Sus derechos para presentar quejas o apelaciones:

Hay agencias que pueden ayudarle si tiene una **queja** contra su **plan** por negarle una **reclamación**. Esta **queja** se llama **reclamo** o **apelación**. Para más información acerca de sus derechos, consulte la explicación de beneficios que recibirá para este **reclamo** médico. Sus documentos del **plan** también incluirán información completa sobre cómo presentar un **reclamo**, **apelación** o una **queja** a su **plan** por cualquier motivo. Para más información sobre sus derechos, esta notificación o para recibir asistencia, comuníquese con: Employee Benefits Security Administration (Administración de Seguridad de Beneficios de los Empleados) del Department of Labor (Departamento de Trabajo): número de teléfono **1-866-444-EBSA (3272)** o sitio web **www.dol.gov/ebsa/healthreform**.

¿Este plan proporciona cobertura esencial mínima? Sí.

Si no tiene **cobertura esencial mínima** durante un mes, tendrá que realizar un pago con su declaración de impuestos, a menos que califique para una exención del requisito de tener cobertura médica ese mes.

¿Este plan cumple con los estándares de valor mínimo? Sí.

Si su **plan** no cumple con los **estándares de valor mínimo**, usted podría calificar para un crédito fiscal para las **primas** para ayudarle a pagar un **plan** a través del **Mercado**.

Language Access Services:

[Spanish (Español): Para obtener asistencia en Español, llame al **1-855-OSCAR-55**.]

[Tagalog (Tagalog): Kung kailangan ninyo ang tulong sa Tagalog tumawag sa **1-855-OSCAR-55**.]

[Chinese (中文): 如果需要中文的帮助, 请拨打这个号码 **1-855-OSCAR-55**.]

[Navajo (Dine): Dinek'ehgo shika at'ohwol ninisingo, kwijigo holne' **1-855-OSCAR-55**.]

— *Para ver ejemplos de cómo este plan podría cubrir los costos de una situación médica hipotética, consulte la próxima sección.* —

Acerca de los ejemplos de cobertura:



Este no es un estimador de costos. Los tratamientos ilustrados son ejemplos de cómo este **plan** podría cubrir atención médica. Los costos en sí serán diferentes, en función de la atención que termine recibiendo, los precios que cobren sus **proveedores** y dentro del **plan**. Utilice esta información para comparar la porción de los costos que usted tendría que pagar con otros planes médicos distintos. Tenga en mente que estos ejemplos de cobertura se basan solo en la cobertura individual.

Peg está embarazada

(nueve meses de atención prenatal en la red y parto en el hospital)

| | |
|---|-------|
| ■ El deducible general del plan | \$0 |
| ■ Especialista copago | \$40 |
| ■ Hospital (instalaciones) copago | \$500 |
| ■ Otro coseguro | 20% |

Este EJEMPLO incluye servicios como:

Visitas al **especialista** (atención prenatal)
 Servicios de parto profesionales
 Servicios de instalaciones de partos profesionales
Pruebas diagnósticas (sonogramas y análisis de sangre)
 Visita al **especialista** (anestesia)

| | |
|-------------------------------|-----------------|
| Costo total hipotético | \$12,800 |
|-------------------------------|-----------------|

En este ejemplo, Peg pagaría:

| <i>Costo compartido</i> | |
|-------------------------|-------|
| Deducibles | \$0 |
| Copagos | \$800 |
| Coseguro | \$0 |

Qué no está cubierto

| | |
|-----------------------|------|
| Límites o exclusiones | \$60 |
|-----------------------|------|

| | |
|------------------------------------|--------------|
| El total que Peg pagaría es | \$860 |
|------------------------------------|--------------|

Control de la diabetes tipo 2 de Joe

(un año de atención en la red de rutina de una enfermedad bien manejada)

| | |
|---|-------|
| ■ El deducible general del plan | \$0 |
| ■ Especialista copago | \$40 |
| ■ Hospital (instalaciones) copago | \$250 |
| ■ Otro coseguro | 20% |

Este EJEMPLO incluye servicios como:

Visitas al consultorio del **médico primario** (incluye sesiones informativas sobre la enfermedad)
Pruebas diagnósticas (análisis de sangre)
 Medicamentos por recetas
Equipo médico duradero (medidor de glucosa)

| | |
|-------------------------------|----------------|
| Costo total hipotético | \$7,400 |
|-------------------------------|----------------|

En este ejemplo, Joe pagaría:

| <i>Costo compartido</i> | |
|-------------------------|---------|
| Deducibles | \$100 |
| Copagos | \$1,300 |
| Coseguro | \$0 |

Qué no está cubierto

| | |
|-----------------------|------|
| Límites o exclusiones | \$60 |
|-----------------------|------|

| | |
|------------------------------------|----------------|
| El total que Joe pagaría es | \$1,460 |
|------------------------------------|----------------|

Fractura simple de Mia

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

| | |
|---|-------|
| ■ El deducible general del plan | \$0 |
| ■ Especialista copago | \$40 |
| ■ Hospital (instalaciones) copago | \$250 |
| ■ Otro coseguro | 20% |

Este EJEMPLO incluye servicios como:

Sala de emergencias (incluye materiales médicos)
Prueba diagnóstica (radiografía)
Equipo médico duradero (muletas)
Servicios de rehabilitación (terapia física)

| | |
|-------------------------------|----------------|
| Costo total hipotético | \$1,900 |
|-------------------------------|----------------|

En este ejemplo, Mia pagaría:

| <i>Costo compartido</i> | |
|-------------------------|---------|
| Deducibles | \$0 |
| Copagos | \$1,500 |
| Coseguro | \$40 |

Qué no está cubierto

| | |
|-----------------------|-----|
| Límites o exclusiones | \$0 |
|-----------------------|-----|

| | |
|------------------------------------|----------------|
| El total que Mia pagaría es | \$1,540 |
|------------------------------------|----------------|

El **plan** sería responsable de los demás costos por estos servicios cubiertos en este EJEMPLO.

Aviso de no discriminación: La discriminación es ilegal

Oscar cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por razones de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, incluidos los estereotipos sexuales y la identidad de género. La cobertura de los servicios de salud médicamente necesarios se proporciona en las mismas condiciones para todas las personas, independientemente del sexo asignado al nacer, la identidad de género o el género registrado. Oscar no rechazará ni limitará la cobertura de ningún servicio de salud basándose en el hecho de que el sexo de una persona asignado al nacer, la identidad de género o el género registrado es diferente del sexo para el cual, normalmente, dicho servicio de salud está disponible. Oscar no rechazará ni limitará la cobertura de un servicio de salud específico relacionado con la transición de género si dicho rechazo o limitación da como resultado una discriminación contra una persona transgénero.

Oscar:

- Proporciona ayuda y servicios gratuitos a personas con discapacidades para que se comuniquen de manera eficaz con nosotros, como:
 - Intérpretes de lengua de señas calificados
 - Información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos)
- Proporciona servicios de idioma gratuitos en todo momento, en todos los puntos de contacto, para las personas cuyo idioma principal no es inglés, como:
 - Intérpretes calificados
 - Información escrita en otros idiomas

Si necesita estos servicios, comuníquese con Servicios al Miembro al 1-855-OSCAR-55 (TTY: 7-1-1).

Si cree que Oscar no le ha proporcionado estos servicios o lo ha discriminado de otra manera por razones de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, puede presentar una queja ante:

Miembros de CA: Oscar Health Plan of California, Attention Grievances 9942 Culver City Blvd., PO Box 1279, Culver City, CA 90232

Todos los demás miembros: Oscar Insurance, Attention: Grievances, PO Box 52146, Phoenix, AZ 85072

1-855-OSCAR-55 (TTY: 7-1-1), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m./de sábados a domingos de 9 a. m. a 5 p. m. (EST), Fax: 1-888-977-2062, correo electrónico: help@hioscar.com. Puede presentar una queja en persona o por correo, fax o correo electrónico. Si necesita ayuda para presentar una queja, el Departamento de quejas de Oscar está disponible para ayudarlo.

También puede presentar una queja a los derechos civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU., la Oficina de Derechos Civiles, de manera electrónica a través del Portal de quejas de la Oficina de Derechos Civiles, disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf> o por correo electrónico o por teléfono al:

U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue, SW Room 509F,
HHH Building Washington, D.C. 20201
1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD)

Los formularios de quejas están disponibles en <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

Servicios de asistencia de lenguaje para sordos o para personas con dificultades auditivas

ATENCIÓN: Si es sordo o tiene dificultades auditivas, hay servicios de transferencia de voz a texto, sin cargo, disponibles para usted. Llame a 1-855-Oscar-55 y marque 711 para recibir servicios de TTY/TDD.

Servicios de interpretación multilingüe

Español (Spanish): ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-855-OSCAR-55.

繁體中文 (Chinese): 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 1-855-OSCAR-55.

Русский (Russian): ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 1-855-OSCAR-55.

Kreyòl Ayisyen (French Creole): ATANSYON: Si w pale Kreyòl Ayisyen, gen sèvis èd pou lang ki disponib gratis pou ou. Rele 1-855-OSCAR-55.

한국어 (Korean): 주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 1-855-OSCAR-55 번으로 전화해 주십시오.

Italiano (Italian): ATTENZIONE: In caso la lingua parlata sia l'italiano, sono disponibili servizi di assistenza linguistica gratuiti. Chiamare il numero 1-855-OSCAR-55.

אידיש (Yiddish): אויפמערקזאם: אויב איר רעדט אידיש, זענען פארהאן פאר אייך שפראך הילף סערוויסעס פריי פון אפצאל. 1-855-OSCAR-55

বাংলা (Bengali): লক্ষ্য করুন: যদি আপনি বাংলা, কথা বলতে পারেন, তাহলে নি:খরচায় ভাষা সহায়তা পরিষেবা উপলব্ধ আছে। ফোন করুন ১-855-OSCAR-55.

Polski (Polish): UWAGA: Jeżeli mówisz po polsku, możesz skorzystać z bezpłatnej pomocy językowej. Zadzwoń pod numer 1-855-OSCAR-55.

العربية (Arabic): ملحوظة: إذا كنت تتحدث اذكر اللغة، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم 1-855-OSCAR-55.

Français (French): ATTENTION : Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le 1-855-OSCAR-55.

اُردُو (Urdu): خبردار: اگر آپ اردو بولتے ہیں، تو آپ کو زبان کی مدد کی خدمات مفت میں دستیاب ہیں۔ کال کریں 1-855-OSCAR-55

Tagalog (Tagalog – Filipino): PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 1-855-OSCAR-55.

λληνικά (Greek): ΠΡΟΣΟΧΗ: Αν μιλάτε ελληνικά, στη διάθεσή σας βρίσκονται υπηρεσίες γλωσσικής υποστήριξης, οι οποίες παρέχονται δωρεάν. Καλέστε 1-855-OSCAR-55.

Shqip (Albanian): KUJDES: Nëse flitni shqip, për ju ka në dispozicion shërbime të asistencës gjuhësore, pa pagesë. Telefononi në 1-855-OSCAR-55.

Tiếng Việt (Vietnamese): CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 1-855-OSCAR-55.

हिंदी (Hindi): ध्यान दें: यदि आप हिंदी बोलते हैं तो आपके लिए मुफ्त में भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध हैं। 1-855-OSCAR-55 पर कॉल करें।

فارسی (Farsi): توجه: اگر به زبان فارسی گفتگو می کنید، تسهیلات زبانی بصورت رایگان برای شما. بگیریید 1-855-OSCAR-55.

Deutsch (German): ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung. Rufnummer: 1-855-OSCAR-55.

ગુજરાતી (Gujarati): યુચના: જો તમે ગુજરાતી બોલતા હો, તો નિ:શુલ્ક ભાષા સહાય સેવાઓ તમારા માટે ઉપલબ્ધ છે. ફોન કરો 1-855-OSCAR-55.

日本語 (Japanese): 注意事項: 日本語を話される場合、無料の言語支援をご利用いただけます。1-855-OSCAR-55 まで、お電話にてご連絡ください。

ພາສາລາວ (Lao): ໄປດຊາຍ: ຖ້າວ່າ ທ່ານເວົ້າພາສາ ລາວ, ການບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາ, ໄດຍບໍ່ເສັຽຄ່າ, ແມ່ນມີພ້ອມໃຫ້ທ່ານ. ໂທສ 1-855-OSCAR-55.

Português (Portuguese): ATENÇÃO: Se fala português, encontram-se disponíveis serviços lingüísticos, grátis. Ligue para 1-855-OSCAR-55.

አማርኛ (Amharic): ማስታወሻ: የሚናገሩት ቋንቋ አማርኛ ከሆነ የተረጎሙ ስርዓታዎቻችን በነጻ ሊያገኙዎት ተዘጋጅተዋል። ወደ ሚከተለው ቁጥር ይደውሉ 1-855-OSCAR-55.

Հայերեն (Armenian): Ուշադրություն: Եթե խոսում եք հայերեն, ապա ձեզ անվճար կարող են արամադրվել լեզվական աշակերտության ծառայություններ: Զանգահարեք 1-855-OSCAR-55.

ਪੰਜਾਬੀ (Punjabi): ਧਿਆਨ ਦਿਓ: ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਪੰਜਾਬੀ ਬੋਲਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਸਹਾਇਤਾ ਸੇਵਾ ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਮੁਫਤ ਉਪਲਬਧ ਹੈ। 1-855-OSCAR-55. 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ।

ខ្មែរ (Cambodian): ប្រយ័ត្ន: បើសិនជាអ្នកនិយាយ ភាសាខ្មែរ, លេខជំនួយផ្នែកភាសា ដោយមិនគិតថ្លៃ គឺអាចមានសំបាប់វីដេអូ។ ចូរ ទូរស័ព្ទ 1-855-OSCAR-55. ។

Hmoob (Hmong): LUS CEEV: Yog tias koj hais lus Hmoob, cov kev pab txog lus_muaj kev pab dawb rau koj. Hu rau 1-855-OSCAR-55.

ภาษาไทย (Thai): หมายเหตุ: หากคุณพูดภาษาไทยคุณสามารถใช้ บริการช่วยเหลือทางภาษาได้ ฟรี โทร 1-855-OSCAR-55.

Deitsch (Pennsylvania Dutch): Wann du [Deitsch (Pennsylvania German / Dutch)] schwetzsch, kannscht du mitaus Koschte ebber gricke, ass dihr helft mit die englisch Schprooch. Ruf selli Nummer uff: Call 1-855-OSCAR-55.

Oroomiffa (Oromo): XIYYEEFFANNA: Afaan dubbattu Oroomiffa, tajaajila gargaarsa afaanii, kanfaltiidhaan ala, ni argama. Bilbilaa 1-855-OSCAR-55.

Nederlands (Dutch): AANDACHT: Als u nederlands spreekt, kunt u gratis gebruikmaken van de taalkundige diensten. Bel 1-855-OSCAR-55.

Українська (Ukrainian): УВАГА! Якщо ви розмовляєте українською мовою, ви можете звернутися до безкоштовної служби мовної підтримки. Телефонуйте за номером 1-855-OSCAR-55.

Română (Romanian): ATENȚIE: Dacă vorbiți limba română, vă stau la dispoziție servicii de asistență lingvistică, gratuit. Sunați la 1-855-OSCAR-55.

Navajo Diné Bizaad: Díí baa akó nínizín: Díí saad bee yánílti'go Diné Bizaad, saad bee aká'ánida'áwo'déé', t'áá jüik'eh, éí ná hóló, kojí' hódíilnih 1-855-OSCAR-55 (TTY: 711.)

Srpsko-hrvatski (Serbo-Croatian): OBAVJEŠTENJE: Ako govorite srpsko-hrvatski, usluge jezičke pomoći dostupne su vam besplatno. Nazovite 1-855-OSCAR-55