Éste es solo un resumen. Si desea más información sobre la cobertura y los precios, puede obtener los documentos del plan o términos de la póliza en **http://ambetter.pshpgeorgia.com/** o llamando al **877-687-1180, TTY/TDD 877-941-9231**

Preguntas importantes	Respuestas	¿Por qué es importante?
¿Qué es el deducible general?	**$5.250** individuo / familia **$10.500** . No cubre cuidado preventivo.	Usted debe pagar todos los costos hasta el monto del **deducible**, antes de que el plan comience a pagar por los servicios cubiertos. Consulte su póliza para averiguar cuándo tiene que pagar nuevamente el **deducible** (por lo general, pero no siempre, el 1 de enero). Fíjese en el cuadro de la página 2 para averiguar cuánto debe pagar usted por los servicios cubiertos después de haber pagado el **deducible**.
¿Hay otros deducibles para servicios específicos?	No.	Usted no tiene que pagar **deducibles** para servicios específicos, pero debe consultar el cuadro que comienza en la página 2 para obtener los precios de otros servicios cubiertos por el plan.
¿Hay un límite para los gastos de mi bolsillo?	Sí, para los proveedores de red **$5.250** individual / familiar de**$10.500** . No, para los proveedores de fuera de la red.	El límite para los **gastos del bolsillo** es la cantidad máxima que usted pagará por los servicios cubiertos durante el período de cobertura. Este límite le permite planificar sus gastos médicos.
¿Cuáles son las expensas que no cuentan para el límite de gastos del bolsillo?	Primas, gastos facturados por el equilibrio y servicios fuera de la red este plan no cubre.	Si bien usted paga estos costos, los mismos no se tendrán en cuenta para el **límite de gastos del bolsillo**.
¿Hay un límite anual general para lo que paga el plan?	No	El cuadro que comienza en la página 2 describe los límites de cobertura del plan para servicios *específicos*, como los límites al número de visitas médicas.
¿Tiene este plan una red de proveedores?	Sí. Encontrar un proveedor o llame al **1-877-687-1180** para una lista de proveedores participantes.	Si usted se atiende con médicos y **proveedores** de la red, el plan pagará muchos o todos los servicios cubiertos. Tenga en cuenta que su médico u hospital de la red, podría usar algún **proveedor** que no pertenezca a la red para algunos servicios. Los planes usan términos como **perteneciente a la red**, **preferido** o **participante** para referirse a los proveedores de la red del plan. Consulte el cuadro que comienza en la página 2 para averiguar cómo le paga este plan a sus distintos **proveedores**.

Preguntas Llame al **877-687-1180, TTY/TDD 877-941-9231** o visite **http://ambetter.pshpgeorgia.com/**.
Si no entiende alguno de los términos en negritas, consulte el Glosario en **www.cciio.cms.gov** o llame al **877-687-1180, TTY/TDD 877-941-9231** y pida una copia.

Preguntas importantes	Respuestas	¿Por qué es importante?
¿Necesito un referido para ver un especialista?	No, usted no necesita una remisión para consultar a un especialista de la red.	Puede ver al **especialista** de su preferencia sin una referencia; sin embargo, se requiere autorización previa de este plan.
¿Hay algún servicio(s) que el plan no cubra?	Sí	Algunos servicios que este plan no cubre se mencionan en la página 5. Para averiguar cuáles son los **servicios excluidos**, vea los documentos del plan o póliza.

- **Copago** es una cantidad fija (por ejemplo $15) que usted paga por los servicios médicos cubiertos, generalmente al momento de recibirlos.
- **Coseguro** es la parte que le corresponde pagar a *usted* por un servicio cubierto, que es un porcentaje de la **cantidad aprobada** para dicho servicio. Por ejemplo, si la **cantidad aprobada** por el plan para pasar la noche en el hospital es $1,000, su **coseguro** será el 20% de esa cantidad o sea $200. Esta cantidad puede cambiar si usted aún no ha pagado el **deducible**.
- El pago del plan por los servicios cubiertos está basado en la **cantidad aprobada**. Si un **proveedor** fuera de la red (que no pertenece a la red del plan) le cobra más de la **cantidad aprobada**, usted tendrá que pagar la diferencia. Por ejemplo, en un hospital que no pertenece a la red le cobran por pasar la noche internado $1,500 la **cantidad aprobada** es $1,000, usted tendrá que pagar la diferencia de $500 (conocida como **saldo de facturación**).
- El plan puede animarlo a que use **proveedores** cobrándole **deducibles**, **copagos** o **coseguro** más bajos.

Evento médico común	Servicios que necesite	Su costo si utilizas un proveedor dentro de la red	Su costo si utilizas un proveedor fuera de la red	Limitaciones las excepciones &
Si se atiende en la clínica o consultorio del proveedor médico	Consulta con su médico principal para tratar una condición o herida	Copago por visita $15	No está cubierto	-----Ninguno-----
	Consulta con un especialista	Copago por visita $40	No está cubierto	Requiere autorización previa.
	Consulta con otro proveedor de la salud	Copago por visita $15	No está cubierto	-----Ninguno-----
	Servicios preventivos/evaluaciones/vacunas	No hay costo	No está cubierto	-----Ninguno-----
Si tiene que hacerse un examen	Exámenes de diagnóstico (radiografías, análisis de sangre)	No hay costo después del deducible	No está cubierto	Requiere autorización previa.
	Imágenes (CT/PET scan, MRI)	No hay costo después del deducible	No está cubierto	Requiere autorización previa.

Evento médico común	Servicios que necesite	Su costo si utilizas un proveedor dentro de la red	Su costo si utilizas un proveedor fuera de la red	Limitaciones las excepciones &
Si necesita un medicamento Para más información sobre la **cobertura de medicamentos** visite Lista de medicamentos preferidos**.**	Medicamentos genéricos	Copago de $15	No está cubierto	-----Ninguno-----
	Medicamentos de marca preferidos	Copago de $50	No está cubierto	Requiere autorización previa.
	Medicamentos de marca no preferidos	No hay costo después del deducible	No está cubierto	Es necesaria la aprobación previa. Sujeto a deducible
	Medicamentos especiales	No hay costo después del deducible	No está cubierto	
Si le hacen una cirugía ambulatoria	Arancel del centro (clínica)	No hay costo después del deducible	No está cubierto	Requiere autorización previa.
	Tarifa del médico/cirujano	No hay costo después del deducible	No está cubierto	Requiere autorización previa.
Si necesita atención inmediata	Servicios de la sala de emergencias	No hay costo después del deducible	No hay costo después del deducible	Para servicio de emergencia fuera de la red, usted será responsable de cualquier balance de cargos de facturación.
	Traslado médico de emergencia	No hay costo después del deducible	No hay costo después del deducible	Para servicio de emergencia fuera de la red, usted será responsable de cualquier balance de cargos de facturación.
	Cuidado urgente	Copago de $75	No está cubierto	-----Ninguno-----
Si lo admiten al hospital	Arancel del hospital (habitación)	No hay costo después del deducible	No está cubierto	Requiere autorización previa.
	Tarifa del médico/cirujano	No hay costo después del deducible	No está cubierto	Requiere autorización previa.

Evento médico común	Servicios que necesite	Su costo si utilizas un proveedor dentro de la red	Su costo si utilizas un proveedor fuera de la red	Limitaciones las excepciones &
Si tiene problemas psiquiátricos, de conducta o de abuso de sustancias	Servicios ambulatorios de salud mental y de la conducta	Copago de $15	No está cubierto	Requiere autorización previa.
	Servicios de salud mental y de la conducta para pacientes internados	No hay costo después del deducible	No está cubierto	Requiere autorización previa.
	Tratamiento ambulatorio para el abuso de sustancias	Copago de $15	No está cubierto	Requiere autorización previa.
	Tratamiento para el abuso de sustancias para pacientes internados	No hay costo después del deducible	No está cubierto	Requiere autorización previa.
Si está embarazada	Cuidados prenatales y post parto	Copago de $15	No está cubierto	Requiere autorización previa.
	Parto y todos los servicios de internación	No hay costo después del deducible	No está cubierto	Es necesaria la aprobación previa. estancia mínima de 48 horas.

Evento médico común	Servicios que necesite	Su costo si utilizas un proveedor dentro de la red	Su costo si utilizas un proveedor fuera de la red	Limitaciones las excepciones &
Si necesita servicios de recuperación u otras necesidades especiales	Cuidado de la salud en el hogar	No hay costo después del deducible	No está cubierto	Requiere autorización previa 120 visita(s) por año
	Servicios de rehabilitación	No hay costo después del deducible	No está cubierto	Es necesaria la aprobación previa. 20 consultas por año para ST; 20 visitas anuales combinados para OT y PT.
	Servicios de recuperación de las habilidades	No hay costo después del deducible	No está cubierto	Es necesaria la aprobación previa. 20 consultas por año para ST; 20 visitas anuales combinados para OT y PT.
	Cuidado de enfermería especializado	No hay costo después del deducible	No está cubierto	Es necesaria la aprobación previa. 30 días por año en un centro.
	Equipo médico duradero	No hay costo después del deducible	No está cubierto	Requiere autorización previa.
	Cuidado de hospicio	No hay costo después del deducible	No está cubierto	Requiere autorización previa.
Si su hijo necesita servicios dentales o de la vista	Examen de la vista	Copago por visita $0	No está cubierto	1 visita al año
	Anteojos	Copago por visita $0	No está cubierto	1 artículo al año
	Consulta dental	No está cubierto	No está cubierto	-----Ninguno-----

Servicios excluidos y otros servicios cubiertos:

Los servicios que su plan NO cubre. **(Esta es una lista parcial. Consulte los documentos del plan para más información.)**

- Acupuntura
- Cuidado de rutina de la vista (adulto)
- Cuidados a largo plazo
- Cirugía bariátrica
- Cuidado dental (adulto)
- Enfermería privada
- Cirugía estética
- Cuidado rutinario de los pies (no relacionados con el tratamiento de la diabetes)
- No es de emergencia cuidado al viajar fuera de Estados Unidos

Los servicios que su plan NO cubre. **(Esta es una lista parcial. Consulte los documentos del plan para más información.)**

- Servicios de aborto (excepto en casos de violación, incesto, o cuando se pone en peligro la vida de la madre)

Otros servicios cubiertos. **(Esta es una lista parcial. Consulte los documentos del plan para otros servicios cubiertos y sus precios.)**

- Audífonos (sólo implantes cocleares)
- Tratamiento quiropráctico (limitado a visitas de 40 especialistas por año combinado con habla, física y terapia ocupacional)
- Programas de pérdida de peso (4 visitas al año para el asesoramiento nutricional para el tratamiento de la obesidad)
- Tratamiento de la infertilidad (cubierto para el diagnóstico de la infertilidad sólo)

Su derecho para continuar con la cobertura

Las leyes federales y estatales pueden brindar una protección que le permiten mantener la cobertura de seguro de salud, siempre y cuando pague su **prima**. Hay excepciones, sin embargo, tal como si:

- Comete fraude
- La aseguradora deja de ofrecer servicios en el Estado
- Si se muda fuera del área de cobertura

Para obtener más información sobre sus derechos para continuar su cobertura, comuníquese con la compañía de seguros en 877-687-1180, TTY/TDD 877-941-9231. También puede comunicarse con el departamento de seguros del estado Georgia Office of Insurance and Safety Fire Commissioner, Two Martin Luther King, Jr. Drive, West Tower, Suite 716, Atlanta, Georgia 30334, Phone No. (404) 656-2070 or (800) 656-2298.

Su derecho a presentar una queja o una apelación

Si tiene una queja o no está conforme con una denegación de cobertura de su plan, puede **apelar** la decisión o presentar una **queja**. Si tiene preguntas sobre sus derechos, este aviso, o necesita ayuda comuníquese con: Georgia Office of Insurance and Safety Fire Commissioner, Two Martin Luther King, Jr. Drive, West Tower, Suite 716, Atlanta, Georgia 30334, Phone No. (404) 656-2070 or (800) 656-2298.

¿Provee Cobertura Esencial Minima esta Coburtura?

La Ley de Cuidado de Salud a Bajo Precio requiere que la mayoría de las personas tengan cobertura de atención médica que cumpla los requisitos de ser "cobertura esencial mínima." **Este plan o esta póliza ofrece cobertura esencial mínima.**

¿Satisface esta Cobertura el Estándar de Valor Mínimo?

La Ley de Cuidado de Salud a Bajo Precio establece un estándar de valor mínimo para los beneficios de un plan médico. El estándar de valor mínimo es 60% (valor actuario). **Esta cobertura médica cumple el estándar de valor mínimo para los beneficios que provee.**

Servicios de acceso Idioma (Language Access Services)

Inglés (English): For assistance in English, call us at: 877-687-1180, TTY/TDD 877-941-9231

Tagalog (Tagalog): Kung kailangan ninyo ang tulong sa Tagalog tumawag sa 877-687-1180 (TDD/TTY: 877-941-9231).

[Navajo (Dine): Dinek'ehgo shika at'ohwol ninisingo, kwiijigo holne' 877-687-1180 (TDD/TTY: 877-941-9231).

Para ejemplos sobre cómo este plan paga por los servicios en una situación médica específica consulte la página siguiente.

Sobre los ejemplos de cobertura:

Estos ejemplos le muestran cómo cubriría el plan los servicios en situaciones distintas. Úselos para tener una idea de cuánta cobertura económica podría obtener el paciente del ejemplo de los distintos planes.

Ésta no es una herramienta de cálculo de costos.

No use estos ejemplos para calcular los costos reales de su plan. Los servicios médicos que usted reciba y los precios pueden ser distintos a los mencionados en los ejemplos.

Para información importante sobre estos ejemplos, consulte la página siguiente.

Nacimiento
(parto normal)

- **El proveedor cobra:** $7,540
- **El plan paga:** $2,100
- **Usted paga:** $5,440

Ejemplos de los costos:

El costo del hospital (madre)	$2,700
Atención de rutina del obstetra	$2,100
El costo del hospital (bebe)	$900
Anestesia	$900
Análisis de laboratorio	$500
Medicamentos	$200
Radiografías	$200
Vacunas y otros servicios preventivos	$40
Total	**$7,540**

Usted paga:

Deducibles	$5,200
Copagos	$40
Coseguro	$0
Límites o exclusiones	$200
Total	**$5,440**

Control de la diabetes
(control rutinario de la enfermedad)

- **El proveedor cobra:** $5,400
- **El plan paga:** $2,320
- **Usted paga:** $3,080

Ejemplos de los costos:

Medicamentos	$2,900
Equipo médico e insumos	$1,300
Visitas al consultorios y procedimientos médicos	$700
Educación sobre el cuidado	$300
Análisis de laboratorio	$100
Vacunas y otros servicios preventivos	$100
Total	**$5,400**

Usted paga:

Deducibles	$2,400
Copagos	$600
Coseguro	$0
Límites o exclusiones	$80
Total	**$3,080**

Preguntas y respuestas sobre los ejemplos mencionados:

¿Qué conceptos se presuponen de estos ejemplos?

- Los costos no incluyen las **primas**.
- Los ejemplos de costos están basados en los promedios nacionales provenientes del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE.UU. y que no son específicos para una zona geográfica o un plan.
- La afección del paciente no es una condición excluida ni preexistente.
- Todos los servicios y tratamientos empezaron y terminaron en el mismo período de cobertura.
- No hay otros gastos médicos para ningún miembro cubierto por este plan.
- Los gastos del bolsillo están basados solamente en el tratamiento del problema mencionado en el ejemplo.
- El paciente recibió todos los servicios de **proveedores** de la red del plan. Si el paciente hubiese recibido los servicios de **proveedores** fuera de la red, los costos hubieran sido más altos.

¿Qué muestra el ejemplo?

En cada ejemplo usted verá cómo suman los **deducibles**, **copagos** y **coseguro**. También le ayudan a ver cuáles son los gastos que tendrá que pagar usted porque no están cubiertos o porque el pago es limitado.

¿Contempla el ejemplo mis propias necesidades?

✖ **No**. Los tratamientos que mencionamos son solo ejemplos. El tratamiento que usted podría recibir para esta condición tal vez sea distinto, según cuál sea el consejo de su médico, su edad, la gravedad de su caso y otros factores.

¿Puede el ejemplo predecir mis gastos futuros?

✖ **No**. Los ejemplos de cobertura no son herramientas de cálculo de costos. Usted no puede usar el ejemplo para estimar el costo del cuidado de su condición. El ejemplo es únicamente para fines comparativos. Sus costos reales dependerán de los servicios que reciba, del precio del **proveedor** y del reembolso que autorice el plan.

¿Puedo usar los ejemplos para comparar los planes?

✓ **Sí**. Cuando usted se fija en el Resumen de Beneficios y Cobertura de otros planes, encontrará los mismos ejemplos de cobertura. Cuando compare los planes, fíjese en el casillero titulado "Usted paga" de cada ejemplo. Cuanto más bajo el número, mayor será la cobertura ofrecida por el plan.

¿Debo tener en cuenta otros costos al comparar los planes?

✓ **Sí**. Un gasto importante es lo que paga de **prima**. Por lo general, cuanto más baja sea la **prima** mayores serán los gastos de su bolsillo, como los **copagos**, **deducibles** y **coseguro**.

Declaración de no discriminación

Ambetter de Peach State Health Plan cumple con las leyes de derechos civiles federales aplicables y no discrimina basándose en la raza, color, origen nacional, edad, discapacidad, o sexo. Ambetter de Peach State Health Plan no excluye personas o las trata de manera diferente debido a su raza, color, origen nacional, edad, discapacidad, o sexo.

Ambetter de Peach State Health Plan:

- Proporciona ayuda y servicios gratuitos a las personas con discapacidad para que se comuniquen eficazmente con nosotros, tales como:
  - Intérpretes calificados de lenguaje por señas
  - Información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos)
- Proporciona servicios de idiomas a las personas cuyo lenguaje primario no es el inglés, tales como:
- Intérpretes calificados
- Información escrita en otros idiomas

Si necesita estos servicios, comuníquese con Ambetter de Peach State Health Plan a 1-877-687-1180 (TTY/TDD 1-877-941-9231).

Si considera que Ambetter de Peach State Health Plan no le ha proporcionado estos servicios, o en cierto modo le ha discriminado debido a su raza, color, origen nacional, edad, discapacidad o sexo, puede presentar una queja ante: Ambetter from Peach State Health Plan Complaints Department, 1100 Circle 75 Parkway, Suite 1100, Atlanta, GA 30339, 1-877-687-1180 (TTY/TDD 1-877-941-9231), Fax 1-855-678-6982. Usted puede presentar una queja en persona, por correo, fax, o correo electrónico. Si necesita ayuda para presentar una queja, Ambetter de Peach Health Plan está disponible para brindarle ayuda. También puede presentar una queja de violación a sus derechos civiles ante la Oficina de derechos civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos (U.S. Department of Health and Human Services), en forma 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 o vía telefónica llamando al: U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue SW., Room 509F, HHH Building, Washington, DC 20201, 1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD).

Los formularios de queja están disponibles en *http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html*.

© 2016 Ambetter of Peach State. All rights reserved.

Spanish	Si usted, o alguien a quien usted está ayudando, tiene preguntas acerca de Ambetter from Peach State Health Plan, tiene derecho a obtener ayuda e información en su idioma sin costo alguno. Para hablar con un intérprete, llame al 1-877-687-1180 (TTY/TDD 1-877-941-9231).
Vietnamese	Nếu quý vị, hay người mà quý vị đang giúp đỡ, có câu hỏi về Ambetter from Peach State Health Plan, quý vị sẽ có quyền được giúp và có thêm thông tin bằng ngôn ngữ của mình miễn phí. Để nói chuyện với một thông dịch viên, xin gọi 1-877-687-1180 (TTY/TDD 1-877-941-9231).
Korean	만약 귀하 또는 귀하가 돕고 있는 어떤 사람이 Ambetter from Peach State Health Plan 에 관해서 질문이 있다면 귀하는 그러한 도움과 정보를 귀하의 언어로 비용 부담없이 얻을 수 있는 권리가 있습니다. 그렇게 통역사와 얘기하기 위해서는 1-877-687-1180 (TTY/TDD 1-877-941-9231) 로 전화하십시오.
Chinese	如果您，或是您正在協助的對象，有關於 Ambetter from Peach State Health Plan 方面的問題，您有權利免費以您的母語得到幫助和訊息。洽詢一位翻譯員，請撥電話 1-877-687-1180 (TTY/TDD 1-877-941-9231)。
Gujarati	જો તમે અથવા તમે કોઇને મદદ કરી રહ્યાં તેમાંથી કોઇને Ambetter from Peach State Health Plan વિશે પ્રશ્નો હોય તો તમને મદદ અને માહિતી મેળવવાનો અધિકાર છે. તે ખર્ચ વિના તમારી ભાષામાં પ્રાપ્ત કરી શકાય છે. દુભાષિયો વાત કરવા માટે 1-877-687-1180 (TTY/TDD 1-877-941-9231) પર કોલ કરો.
French	Si vous, ou quelqu'un que vous êtes en train d'aider, a des questions à propos de Ambetter from Peach State Health Plan, vous avez le droit d'obtenir de l'aide et l'information dans votre langue à aucun coût. Pour parler à un interprète, appelez 1-877-687-1180 (TTY/TDD 1-877-941-9231).
Amharic	እርስዎ፣ ወይም እርስዎ የሚያግዙት ግለሰብ፣ ስለ Ambetter from Peach State Health Plan ጥያቄ ካላቸሁ፣ ያለ ምንም ክፍያ በቋንቋዎ እርዳታና መረጃ የማግኘት መብት አላቸሁ። ከአስተርጓሚ ጋር ለመነጋገር፣ 1-877-687-1180 (TTY/TDD 1-877-941-9231) ይደውሉ።
Hindi	यदि आपके ,या आप द्वारा सहायता ककए जा रहे ककसी व्यक्तत के Ambetter from Peach State Health Plan के बारे में प्रश्न हैं ,तो आपके पास अपनी भाषा में मुफ्त में सहायता और सूचना प्राप्त करने का अधिकार है। ककसी ुिभाषषए से बात करन े के लिए ,1-877-687-1180 (TTY/TDD 1-877-941-9231) पर किॉ करें।
French Creole-Haitian Creole	Si oumenm oswa yon moun w ap ede gen kesyon konsènan Ambetter from Peach State Health Plan, se dwa w pou resevwa asistans ak enfòmasyon nan lang ou pale a, san ou pa gen pou peye pou sa. Pou pale avèk yon entèprèt, rele nan 1-877-687-1180 (TTY/TDD 1-877-941-9231).

Russian	Если у вас или лица, которому вы помогаете, имеются вопросы по поводу Ambetter from Peach State Health Plan, то вы имеете право на бесплатное получение помощи и информации на вашем языке. Для разговора с переводчиком позвоните по телефону 1-877-687-1180 (TTY/TDD 1-877-941-9231).
Arabic	إن كان لديك أو لدى شخص تساعده أسئلة بخصوص Ambetter from Peach State Health Plan ، فلديك الحق في الحصول على المساعدة والمعلومات الضرورية بلغتك من دون اية تكلفة. للتحدث مع مترجم اتصل ب (TTY/TDD 1-877-941-9231) 1-877-687-1180.
Portuguese	Se você, ou alguém a quem você está ajudando, tem perguntas sobre o Ambetter from Peach State Health Plan, você tem o direito de obter ajuda e informação em seu idioma e sem custos. Para falar com um intérprete, ligue para 1-877-687-1180 (TTY/TDD 1-877-941-9231).
Persian-Farsi	اگر شما، یا کسی که شما به او کمک میکنید ، سوال در مورد Ambetter from Peach State Health Plan ، داشته باشید حق این را دارید که کمکو اطلاعات به زبان خود را به طور رایگان دریافت نمایید (TTY/TDD 1-877-941-9231) 1-877-687-1180. تماس حاصل نمایید .
German	Falls Sie oder jemand, dem Sie helfen, Fragen zum Ambetter from Peach State Health Plan haben, haben Sie das Recht, kostenlose Hilfe und Informationen in Ihrer Sprache zu erhalten. Um mit einem Dolmetscher zu sprechen, rufen Sie bitte die Nummer 1-877-687-1180 (TTY/TDD 1-877-941-9231) an.
Japanese	ご本人様、またはお客様の身の回りの方でも、Ambetter from Peach State Health Planについてご質問がございました ら、ご希望の言語でサポートを受けたり、情報を入手したりすることができます。料金はかかりません。 通訳とお話される場合、1-877-687-1180 (TTY/TDD 1-877-941-9231)までお電話ください