

Oscar Platinum 90 EPO \$0/\$15 + Child Dental INF

Cobertura para: Individual + Familiar Tipo de Plan: EPO



El documento Resumen de Beneficios y Cobertura (Summary of Benefits and Coverage, SBC) lo ayudará a elegir un plan médico. El SBC le muestra cómo usted y el plan compartirán el costo de los servicios de cuidado de salud cubiertos. **NOTA: La información sobre el costo de este plan (que se denomina mensualidad) se proporcionará por separado. Esto es solo un resumen.** Si desea obtener más información sobre su cobertura o una copia de todos los términos de la cobertura, llame al **1-855-OSCAR-55** o visite este sitio web: <https://www.hioscar.com/forms/?planState=CA&planDate=2018>. Para conocer las definiciones generales de términos comunes, como **cantidad autorizada**, **facturación por el saldo**, **coaseguro**, **copago**, **deducible**, **proveedor** u otros términos **subrayados**, consulte el Glosario. Puede ver el Glosario en www.dol.gov/ebsa/healthreform o llamar al **1-855-OSCAR-55** para pedir una copia.

Preguntas Importantes	Respuestas	Por Qué Esto Es Importante:
¿Cuál es el deducible total?	\$0 por persona/\$0 por familia	Consulte el cuadro de Eventos Médicos Comunes que se incluye a continuación para conocer los costos que usted debe pagar por los servicios que cubre este plan .
¿Se cubren algunos servicios antes de que alcance su deducible ?	Sí. Cuidados preventivos , cuidado prenatal y posnatal, y telemedicina.	Este plan cubre algunos insumos y servicios, incluso si aún no ha alcanzado el monto del deducible . No obstante, puede aplicarse un copago o coaseguro . Por ejemplo, este plan cubre determinados servicios de prevención sin costos compartidos y antes de que alcance su deducible . Puede consultar una lista de los servicios de prevención cubiertos en este sitio web: https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/ .
¿Existen otros deducibles para servicios específicos?	No	No tiene que alcanzar deducibles para servicios específicos.
¿Cuál es el límite de gastos de su bolsillo para este plan ?	\$3,350 por persona/\$6,700 por familia	El límite de gastos de su bolsillo 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 plan , debe alcanzarse el límite de gastos de su bolsillo familiar total.
¿Qué es lo que no está incluido en el límite del gasto de bolsillo ?	Las mensualidades y los cuidados de salud que este plan no cubre.	Aunque pague estos gastos, no forman parte del límite de gastos de su bolsillo .
¿Pagará menos si utiliza un proveedor de la red ?	Sí. Visite www.hioscar.com o llame al 1-855-OSCAR-55 para obtener la lista de los proveedores dentro de la red .	Este plan utiliza una red de proveedores . Pagará menos si utiliza un proveedor que forme parte de la red del plan. Pagará más si utiliza un proveedor fuera de la red y es posible que reciba una factura de un proveedor por la diferencia entre lo que cobra el proveedor y lo que paga su plan (facturación por el saldo). Tenga en cuenta que es posible que su proveedor de la red recurra a un proveedor fuera de la red para algunos servicios (por ejemplo, análisis de laboratorio). Consulte a su proveedor antes de recibir los servicios.
¿Necesita una referencia médica para consultar a un especialista ?	No	Puede consultar al especialista que elija sin una referencia médica .



Todos los costos de **copago** y **coaseguro** que se muestran en este cuadro se cobran una vez que ha alcanzado su **deducible**, si es que se aplica uno.

Evento Médico Común	Servicios que Usted Puede Necesitar	Lo que Usted Pagará		Limitaciones, Excepciones y Otra Información Importante
		Su Costo si Consulta a un Proveedor Dentro de la Red	Su Costo si Consulta a un Proveedor Fuera de la Red	
Si visita el consultorio o la clínica de un proveedor de atención médica	Visita de atención primaria para tratar una lesión o enfermedad	Copago de \$15.00/visita	Sin cobertura	————ninguno————
	Visita al especialista	Copago de \$30.00/visita	Sin cobertura	————ninguno————
	Cuidados preventivos/exámenes de detección /vacunas	Copago de \$0/visita	Sin cobertura	No se aplica el deducible . Es posible que deba pagar por los servicios que no sean preventivos. Pregúntele a su proveedor si los servicios que necesita son preventivos. Luego, verifique qué pagará el plan .
Si se realiza estudios	Estudio de diagnóstico (radiografías, análisis de sangre)	Copago de \$30.00/visita (radiografías), copago de \$15.00/visita (análisis de laboratorio)	Sin cobertura	Se puede requerir Autorización Previa. Si no obtiene la autorización previa , se puede rechazar el pago.
	Estudios de diagnóstico por imágenes (TAC/TEP, IRM)	Copago de \$75.00/visita	Sin cobertura	Se requiere autorización previa . Si no obtiene la autorización previa , se puede rechazar el pago.

Evento Médico Común	Servicios que Usted Puede Necesitar	Lo que Usted Pagará		Limitaciones, Excepciones y Otra Información Importante
		Su Costo si Consulta a un Proveedor Dentro de la Red	Su Costo si Consulta a un Proveedor Fuera de la Red	
Si necesita medicamentos para tratar su enfermedad o condición Se encuentra disponible más información sobre la cobertura de medicamentos recetados en este sitio web: www.hioscar.com/search/CA/drugs?year=2018	Medicamentos genéricos (Tipo 1)	Copago de \$5.00/suministro para 30 días (minorista), copago de \$12.50/suministro para 90 días (pedido por correo)	Sin cobertura	Cubre un suministro de hasta 30 días al precio minorista y un suministro de hasta 90 días por pedido por correo. Se puede requerir autorización previa /tratamiento escalonado. Si no obtiene la autorización previa , se puede rechazar el pago.
	Medicamentos de marca preferidos (Tipo 2)	Copago de \$15.00/suministro para 30 días (minorista), copago de \$37.50/suministro para 90 días (pedido por correo)	Sin cobertura	Cubre un suministro de hasta 30 días al precio minorista y un suministro de hasta 90 días por pedido por correo. Se puede requerir autorización previa /tratamiento escalonado. Si no obtiene la autorización previa , se puede rechazar el pago.
	Medicamentos de marca no preferidos (Tipo 3)	Copago de \$25.00/suministro para 30 días (minorista), copago de \$62.50/suministro para 90 días (pedido por correo)	Sin cobertura	Cubre un suministro de hasta 30 días al precio minorista y un suministro de hasta 90 días por pedido por correo. Se puede requerir autorización previa /tratamiento escalonado. Si no obtiene la autorización previa , se puede rechazar el pago.
	Medicamentos especiales (Tipo 4)	Coaseguro del 10% (minorista/pedido por correo)	Sin cobertura	Hasta \$250 por receta. Cubre un suministro de hasta 30 días a través de la Farmacia Especializada de Oscar. Se puede requerir autorización previa /tratamiento escalonado. Si no obtiene la autorización previa , se puede rechazar el pago.
Si se somete a una cirugía ambulatoria	Tarifa de la institución (p. ej., centro de cirugía ambulatoria)	Copago de \$100.00/visita	Sin cobertura	Se puede requerir Autorización Previa. Si no obtiene la autorización previa , se puede rechazar el pago.
	Tarifas del médico/cirujano	Copago de \$25.00/cirugía	Sin cobertura	Se puede requerir Autorización Previa. Si no obtiene la autorización previa , se puede rechazar el pago.

Evento Médico Común	Servicios que Usted Puede Necesitar	Lo que Usted Pagará		Limitaciones, Excepciones y Otra Información Importante
		Su Costo si Consulta a un Proveedor Dentro de la Red	Su Costo si Consulta a un Proveedor Fuera de la Red	
Si necesita atención médica inmediata	Cuidados de emergencia	Copago de \$150.00 por visita (Tasa de la Sala de Emergencias), copago de \$0.00 por visita (Tasa del Médico de la Sala de Emergencias)	Copago de \$150.00 por visita (Tasa de la Sala de Emergencias), copago de \$0.00 por visita (Tasa del Médico de la Sala de Emergencias)	ninguno
	Transporte médico de emergencia	Copago de \$150.00/transporte	Copago de \$150.00/transporte	ninguno
	Cuidados de urgencia	Copago de \$15.00/visita	Sin cobertura	ninguno
Si tiene una estadía hospitalaria	Tarifa de la institución (p. ej., habitación del hospital)	\$250.00 de copago/día, hasta cinco días	Sin cobertura	El copago se aplica por día, hasta cinco días. Se requiere autorización previa para las hospitalizaciones, excepto para las hospitalizaciones de emergencia. Si no obtiene la autorización previa , se puede rechazar el pago.
	Tarifas del médico/cirujano	Copago de \$0/visita	Sin cobertura	Se requiere autorización previa . Si no obtiene la autorización previa , se puede rechazar el pago.
Si requiere servicios de salud mental, salud conductual o por abuso de sustancias	Servicios de salud mental y conductual para pacientes ambulatorios	Copago de \$15.00/visita (visita al consultorio), copago de \$15.00/visita (otros servicios ambulatorios)	Sin cobertura	ninguno
	Servicios de salud mental y conductual para pacientes internados	\$250.00 de copago/día, hasta cinco días	Sin cobertura	El copago se aplica por día, hasta cinco días. Se requiere autorización previa para las hospitalizaciones, excepto para las hospitalizaciones de emergencia. Si no obtiene la autorización previa , se puede rechazar el pago.

Evento Médico Común	Servicios que Usted Puede Necesitar	Lo que Usted Pagará		Limitaciones, Excepciones y Otra Información Importante
		Su Costo si Consulta a un Proveedor Dentro de la Red	Su Costo si Consulta a un Proveedor Fuera de la Red	
Si está embarazada	Visitas al consultorio	Copago de \$0/visita	Sin cobertura	No se aplican los costos compartidos para determinados servicios de prevención. Según el tipo de servicios, se pueden aplicar los costos compartidos. El cuidado de maternidad puede incluir pruebas y servicios descritos en otras partes del SBC (p. ej., ultrasonido).
	Servicios profesionales para parto	Copago de \$0/visita	Sin cobertura	
	Servicios en centros para parto	Copago de \$250.00/visita	Sin cobertura	
Si necesita ayuda para su recuperación o tiene otras necesidades de salud especiales	<u>Cuidados de Salud en el Hogar</u>	Copago de \$20.00/visita	Sin cobertura	Hasta 100 visitas/año. Se requiere autorización previa . Si no obtiene la autorización previa , se puede rechazar el pago.
	<u>Servicios de Rehabilitación</u>	Copago de \$15.00/visita	Sin cobertura	Se requiere autorización previa . Si no obtiene la autorización previa , se puede rechazar el pago.
	<u>Servicios de Habilitación</u>	Copago de \$15.00/visita	Sin cobertura	Se requiere autorización previa . Si no obtiene la autorización previa , se puede rechazar el pago.
	<u>Cuidados de Enfermería Especializada</u>	\$150.00 de copago/día, hasta cinco días	Sin cobertura	El copago se aplica por día, hasta 5 días. Hasta 100 visitas/año. Se requiere autorización previa . Si no obtiene la autorización previa , se puede rechazar el pago. No se aplica el deducible .
	<u>Equipo Médico Duradero</u>	Coaseguro del 10%	Sin cobertura	Se requiere autorización previa para compras y alquileres superiores a \$500. Si no obtiene la autorización previa , se puede rechazar el pago.

Evento Médico Común	Servicios que Usted Puede Necesitar	Lo que Usted Pagará		Limitaciones, Excepciones y Otra Información Importante
		Su Costo si Consulta a un Proveedor Dentro de la Red	Su Costo si Consulta a un Proveedor Fuera de la Red	
Si necesita ayuda para su recuperación o tiene otras necesidades de salud especiales	<u>Servicios de Hospicio</u>	Copago de \$0/visita	Sin cobertura	Los cuidados de hospicio para pacientes hospitalizados están sujetos al costo compartido de las hospitalizaciones. Se puede requerir Autorización Previa. Si no obtiene la autorización previa , se puede rechazar el pago.
Si su hijo/a necesita cuidado odontológico u oftalmológico	Examen oftalmológico de niños	Copago de \$0/visita	Sin cobertura	1 examen en un período de 12 meses
	Anteojos para niños	Copago de \$0/pieza	Sin cobertura	1 par de anteojos o lentes de contacto en un período de 12 meses
	Control odontológico de niños	Copago de \$0/visita	Sin cobertura	Límite de 1 examen cada 6 meses. No se aplica el deducible para las visitas preventivas.

Servicios Excluidos y Otros Servicios Cubiertos:

Servicios que Su **Plan** Generalmente **NO** Cubre (Consulte la póliza o el documento del **plan** para obtener información adicional y una lista de otros **servicios excluidos**).

- Atención quiropráctica
- Cirugía estética
- Atención dental (adultos)
- Audífonos
- Atención 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)
- Programas para bajar de peso

Otros Servicios Cubiertos (Se pueden aplicar limitaciones a estos servicios. Esta no es una lista completa. Consulte el documento del **plan**).

- Aborto
- Acupuntura.
- Cirugía bariátrica
- Tratamiento contra la esterilidad
- Cuidado de rutina de los pies

Sus Derechos para Continuar con la Cobertura:

Hay agencias que pueden ayudarlo si desea continuar con la cobertura después de que finalice. Para comunicarse con OSCAR, llame al 1-855-OSCAR-55 o la información de contacto de esas agencias es la siguiente: Employee Benefits Security Administration del Department of Labor al 1-866-444-EBSA (3272) o a través del sitio web www.dol.gov/ebsa/healthreform. Además, pueden estar disponibles otras opciones de cobertura, lo que incluye la compra de cobertura de seguro individual a través del **Mercado de Seguros** Médicos. Para obtener más información sobre el **Mercado de Seguros**, visite el sitio web www.HealthCare.gov o llame al 1-800-318-2596.

Sus Derechos de Quejas y Apelaciones:

Hay agencias que pueden ayudarlo si desea presentar un reclamo al **plan** por el rechazo de una **factura**. Este reclamo se denomina **queja** o **apelación**. Para obtener más información sobre sus derechos, consulte la explicación de los beneficios que recibirá para esa **factura** médica. Los documentos del **plan** también brindan información completa sobre cómo presentar una **factura**, **apelación** o **queja** por cualquier motivo al **plan**. Si desea obtener más información sobre sus derechos y este aviso o si necesita ayuda, puede comunicarse con la Employee Benefits Security Administration del Department of Labor al 1-866-444-EBSA (3272) o a través del sitio web www.dol.gov/ebsa/healthreform. Si tiene un reclamo o no está satisfecho debido a la negativa de cobertura de facturas de su plan, puede **apelar** o presentar una **queja**. Si tiene preguntas sobre sus derechos y este aviso o si necesita ayuda, puede comunicarse con <http://www.aging.ca.gov/hicap>.

¿Este plan ofrece una Cobertura Esencial Mínima? Sí

Si no tiene una **Cobertura Esencial Mínima** para un mes, deberá realizar un pago cuando presente su declaración de impuestos a menos que reúna los requisitos para una exención del requisito de que tenga cobertura médica para ese mes.

¿Este plan cumple con los Estándares de Valor Mínimo? Sí

Si su **plan** no cumple con los **Estándares de Valor Mínimo**, es posible que sea elegible para recibir un **crédito fiscal anticipado para la mensualidad** como ayuda para que pague un **plan** a través del **Mercado de Seguros**.

Servicios de Acceso a los Idiomas:

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

Si desea asistencia en otros idiomas, llame a los Servicios para Afiliados de Oscar al 1-855-OSCAR-55. Esta línea tiene acceso a servicios de traducción de terceros.

Para ver ejemplos de cómo este plan podría cubrir los costos en una situación médica hipotética, consulte la página siguiente.

Acerca de estos Ejemplos de Cobertura:



Esto no es un calculador de costos. Los tratamientos que se muestran son solo ejemplos de cómo este plan puede cubrir el cuidado médico. Los costos reales variarán de acuerdo con el cuidado que reciba, los precios que cobren sus proveedores y muchos otros factores. Concéntrese en los montos de los **costos compartidos** (**deducibles**, **copagos** y **coaseguro**) y los **servicios excluidos** según el plan. Utilice esta información para comparar la parte de los costos que podría pagar con diferentes planes médicos. Tenga en cuenta que estos ejemplos de cobertura se basan en la cobertura individual.

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

- **Deducible total del plan:** \$0
- **Especialista:** Copago de \$30.00/visita
- **Hospital (instalaciones):** Copago de \$100.00/visita
- **Otros:** Coaseguro del 10%

Este EJEMPLO de evento incluye servicios como los siguientes:

Visitas al consultorio del especialista (cuidado prenatal)

Servicios profesionales para parto

Servicios en centros para parto

Pruebas de diagnóstico (ultrasonidos y análisis de sangre)

Visita al especialista (anestesia)

Total	\$7,500
--------------	----------------

En este ejemplo, Peg pagaría lo siguiente:

Costos compartidos	
Deducibles	\$0
Copagos	\$400
Coseguros	\$0
Lo que no está cubierto	
Límites o exclusiones	\$200
Total	\$500

Control de la diabetes tipo 2 de Joe (un año de cuidado de rutina dentro de la red de una condición bien controlada)

- **Deducible total del plan:** \$0
- **Especialista:** Copago de \$30.00/visita
- **Hospital (instalaciones):** Copago de \$100.00/visita
- **Otros:** Coaseguro del 10%

Este EJEMPLO de evento incluye servicios como los siguientes:

Visitas al consultorio del médico de atención primaria (que incluyen educación sobre la enfermedad)

Pruebas de diagnóstico (análisis de sangre)

Medicamentos recetados.

Equipo médico duradero (medidor de glucemia)

Total	\$5,400
--------------	----------------

En este ejemplo, Joe pagaría lo siguiente:

Costos compartidos	
Deducibles	\$0
Copagos	\$500
Coseguros	\$100
Lo que no está cubierto	
Límites o exclusiones	\$80
Total	\$700

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

- **Deducible total del plan:** \$0
- **Especialista:** Copago de \$30.00/visita
- **Hospital (instalaciones):** Copago de \$100.00/visita
- **Otros:** Coaseguro del 10%

Este EJEMPLO de evento incluye servicios como los siguientes:

Cuidados de emergencia (que incluyen suministros médicos)

Prueba de diagnóstico (radiografía)

Equipo médico duradero (muletas)

Servicios de rehabilitación (fisioterapia)

Total	\$1,925
--------------	----------------

En este ejemplo, Mia pagaría lo siguiente:

Costos compartidos	
Deducibles	\$0
Copagos	\$800
Coseguros	\$30
Lo que no está cubierto	
Límites o exclusiones	\$0
Total	\$800

Aviso de no discriminación: la discriminación atenta contra la ley

Oscar cumple con las leyes federales de derechos civiles vigentes y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. Oscar no excluye a las personas ni las trata de forma diferente debido a su raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo.

Oscar hace lo siguiente:

- Proporciona asistencia y servicios gratuitos a las personas con discapacidades para que se comuniquen de manera eficaz con nosotros, como los siguientes:
 - Intérpretes de lenguaje de señas capacitados
 - Información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos)
- Proporciona servicios lingüísticos gratuitos a personas cuya lengua materna no es el inglés, como los siguientes:
 - Intérpretes capacitados en todo momento, en todos los puntos de contacto
 - Información escrita en idiomas clave

Si necesita recibir estos servicios, comuníquese con Member Services (Servicios para Afiliados) al 1-855-OSCAR-55 (TTY: 7-1-1).

Si considera que Oscar no le proporcionó estos servicios o lo discriminó de otra manera por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, puede presentar una queja con la información de contacto que figura a continuación:

Afiliados de NY/NJ/TX/OH/TN: Oscar Insurance, Attention Grievances PO Box 278, New York, NY 10013

Afiliados de CA: Oscar Health Plan of California, Attention Grievances 3535 Hayden Avenue, Suite 230, Culver City, CA 90232

1-855-OSCAR-55 (TTY: 7-1-1), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., y sábados y domingos, de 9:00 a. m. a 5:00 p. m. (hora del Este). Fax: 1-888-977-2062. Correo electrónico: help@hioscar.com. Puede presentar una queja en persona o por correo postal, fax o correo electrónico. Si necesita ayuda para hacerlo, el Grievances Department (Departamento de Quejas) de Oscar está a su disposición para brindársela.

Además, puede presentar una reclamación de derechos civiles al U.S. Department of Health and Human Services (Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU.), Office for Civil Rights (Oficina de Derechos Civiles), de manera electrónica a través del portal de reclamaciones de dicha oficina, disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf> o bien, por correo postal a la siguiente dirección o por teléfono a los números que figuran a continuación:

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)

Puede obtener los formularios de reclamación en el sitio web <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

Servicios de asistencia lingüística para sordos o personas con discapacidad auditiva

ATENCIÓN: Si usted es sordo o tiene una discapacidad auditiva, tiene a su disposición servicios gratuitos para convertir audio en texto. Llame al 1-855-Oscar-55 y marque 711 para poder utilizar los servicios TTY/TDD.

Multi-language interpreter services

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. רופט 1-855-OSCAR-55.

বাংলা (Bengali): লক্ষ্য করুন: যদি আপনি বাংলা, কথা বলতে পারেন, তাহলে নিঃখরচায় ভাষা সহায়তা পরিষেবা উপলব্ধ আছে। ফোন করুন ১-৮৫৫-OSCAR-৫৫.

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 بالجان. 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. بگیرید ت 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): સુચના: જો તમે ગુજરાતી બોલતા હો, તો નિઃશુલ્ક 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): ໄປດຊາບ: ຖ້າວ່າ ທ່ານເວົ້າພາສາ ລາວ, ການບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາ, ໄດຍບໍ່ເສັຽຄ່າ, ແມ່ນມີພ້ອມໃຫ້ທ່ານ. ໂທສ 1-855-OSCAR-55.

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

አማርኛ (Amharic): ማስታወሻ: የሚናገሩት ቋንቋ አማርኛ ከሆነ የትርጉም አገዳታ ድርጅቶቻችን በነጻ ሊያገዝዎት ተዘጋጅተዋል። ወደ ሚከተለው ቁጥር ይደውሉ 1-855-OSCAR-55.

