



Este documento de Resumen de beneficios y cobertura (SBC) le ayudará a elegir un plan de salud. El SBC le muestra cómo usted y el plan compartirían el costo por los servicios de atención médica cubiertos. **NOTA:** La información sobre el costo de este plan (denominada prima) se proveerá por separado.

Esto es solo un resumen. Para obtener más información, o una copia de los términos completos de cobertura visite www.kp.org/plandocuments o llame al 1-855-249-5018 (TTY: 711). En el glosario, puede encontrar definiciones generales de términos comunes como importe autorizado, facturación del saldo, coseguro, copago, deducible, proveedor, u otros términos subrayados. Puede ver el Glosario en <https://www.HealthCare.gov/sbc-glossary/> o llamar al 1-855-249-5018 (TTY: 711) para solicitar una copia.

Preguntas importantes	Respuestas	Porqué es importante:
¿Cuál es el <u>deducible</u> total?	\$0	Consulte el siguiente cuadro de los Eventos médicos comunes para ver los costos de los servicios que este <u>plan</u> cubre.
¿Hay servicios cubiertos antes de alcanzar el <u>deducible</u> ?	No corresponde.	El <u>plan</u> cubre algunos artículos y servicios incluso si todavía no ha alcanzado el monto del <u>deducible</u> . Pero quizás tenga que pagar un <u>copago</u> o <u>coseguro</u> . Por ejemplo, este <u>plan</u> cubre ciertos <u>servicios preventivos</u> sin <u>costo compartido</u> y antes de que alcance su <u>deducible</u> . Consulte la lista de <u>servicios preventivos</u> cubiertos en https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/ .
¿Hay otros <u>deducibles</u> para servicios específicos?	No.	Usted no tiene que alcanzar los <u>deducibles</u> para servicios específicos.
¿Cuál es el <u>límite de gastos de bolsillo</u> para este <u>plan</u> ?	\$2,250 Individual/\$4,500 Familia	El <u>límite de gastos de bolsillo</u> es lo máximo que puede pagar en un año por servicios cubiertos. Si tiene otros familiares en este <u>plan</u> , ellos tienen que alcanzar sus propios <u>límites de gastos de bolsillo</u> hasta alcanzar el <u>límite de gastos de bolsillo</u> de toda la familia
¿Qué no está incluido en el <u>límite de gastos de bolsillo</u> ?	<u>Primas</u> , atención médica que este <u>plan</u> no cubre, y los servicios indicados en el cuadro que comienza en la página 2.	Aunque usted paga estos gastos, no cuenta para el <u>límite de gastos de bolsillo</u> .
¿Pagará menos si utiliza un <u>proveedor de la red</u> ?	Sí. Consulte www.kp.org o llame al 1-855-249-5018 (TTY: 711) para una lista de <u>proveedores de la red</u> .	Este <u>plan</u> utiliza una <u>red</u> de proveedores. Usted pagará menos si utiliza un <u>proveedor de la red</u> de proveedores del plan. Usted pagará el máximo si utiliza un <u>proveedor fuera de la red</u> , y podría recibir una factura de un proveedor por la diferencia entre el cargo del <u>proveedor</u> y lo que paga su <u>plan</u> (<u>facturación del saldo</u>). Tenga en cuenta que su <u>proveedor de la red</u> podría utilizar un proveedor fuera de la red para algunos servicios (como análisis de laboratorio). Consulte con su <u>proveedor</u> antes de obtener servicios.
¿Necesito una <u>remisión</u> para ver a un <u>especialista</u> ?	Sí, pero usted se puede autoremite a ciertos <u>especialistas</u> .	Este <u>plan</u> pagará algunos o todos los costos para ver a un <u>especialista</u> para servicios cubiertos pero solo si tiene una <u>remisión</u> antes de ver al <u>especialista</u> .



Todos los copagos y coseguros que figuran en este cuadro son luego de alcanzar el deducible, en el caso que corresponda un deducible.

Situación médica común	Servicios que usted podría necesitar	Lo que usted paga Proveedor del plan (Usted paga el mínimo)	Lo que usted paga Proveedor fuera del plan (Usted paga el máximo)	Limitaciones, excepciones y otra información importante
Si usted acude al consultorio o clínica de un proveedor de atención médica	Consulta de atención primaria para tratar una lesión o enfermedad	\$15 por consulta	No está cubierto	Se exime para niños menores de 5 años
	Consulta al especialista	\$25 por consulta	No está cubierto	Ninguna
	Atención preventiva/evaluación/inmunización	Usted no paga nada	No está cubierto	Es posible que tenga que pagar los servicios que no sean <u>preventivos</u> . Pregúntele a su <u>proveedor</u> si los servicios que necesita son preventivos. Luego verifique lo que paga su <u>plan</u> .
Si se le realiza una prueba	Prueba de diagnóstico (rayos X, exámenes de sangre)	Usted no paga nada	No está cubierto	Ninguna
	Exámenes de imágenes (Tomografía Computarizada/PET, RMN)	Usted no paga nada	No está cubierto	Ninguna
Si usted necesita medicamentos para tratar una enfermedad o afección Encuentre más información acerca de la <u>cobertura de medicamentos recetados</u> en www.kp.org	Medicamentos genéricos	\$10 por receta en farmacia del Plan; \$10 por receta Pedido por Correo	No está cubierto	Un suministro hasta de 30 días; un suministro hasta de 90 días por 2 copagos. Usted no paga nada para los medicamentos preventivos, anticonceptivos o medicamentos de quimioterapia oral.
	Medicamento de marca preferida	\$20 por receta en farmacia del Plan; \$20 por receta Pedido por Correo	No está cubierto	
	Medicamento de marca no preferida	\$35 por receta en farmacia del Plan; \$35 por receta Pedido por Correo	No está cubierto	
	Medicamentos especializados	Copagos por genérico, preferido y no preferido corresponda	No está cubierto	Un suministro hasta de 30 días; un suministro hasta de 90 días por 2 copagos Usted no paga nada para los medicamentos de quimioterapia oral.

Situación médica común	Servicios que usted podría necesitar	Lo que usted paga Proveedor del plan (Usted paga el mínimo)	Lo que usted paga Proveedor fuera del plan (Usted paga el máximo)	Limitaciones, excepciones y otra información importante
Si se somete a cirugía como paciente ambulatorio	Cuota del centro (por ejemplo, centro de cirugía ambulatoria)	Usted no paga nada	No está cubierto	Ninguna
	Cuota del médico/cirujano	Incluida en cuota del centro	No está cubierto	Ninguna
Si necesita atención médica inmediata	Servicios de la sala de emergencia	\$100 por consulta	\$100 por consulta	Se exime si ingresa como paciente hospitalizado
	Transporte médico de emergencia	Usted no paga nada	Usted no paga nada	Ninguna
	Atención de urgencia	\$25 por consulta	\$25 por consulta	Proveedores fuera del plan solo tienen cobertura fuera del área de servicio
Si se le hospitaliza	Cuota del centro (por ej., cuarto del hospital)	Usted no paga nada	No está cubierto	Ingresas de emergencias cubiertos para proveedores fuera del plan
	Cuota del médico/cirujano	Incluida en cuota del centro	No está cubierto	Servicios de emergencias cubiertos para proveedores fuera del plan
Si necesita servicios de salud mental, salud del comportamiento o abuso de sustancias	Servicios ambulatorios	\$15 por consulta individual; \$7 por consulta en grupo	No está cubierto	Salud Mental/del Comportamiento: No hay cobertura para exámenes psicológicos de capacidad, aptitud, inteligencia, o interés; Abuso de sustancias: Ninguna
	Servicios para pacientes hospitalizados	Usted no paga nada	No está cubierto	Ninguna
Si está embarazada	Consultas al consultorio	Usted no paga nada	No está cubierto	Según el tipo de servicios, es posible que tenga que pagar un copago, coseguro o deducible. La atención de maternidad puede incluir pruebas y servicios descritos en otra sección de este SBC (por ejemplo, ultrasonido).
	Servicios profesionales de nacimiento/parto	Usted no paga nada	No está cubierto	Ninguna
	Servicios de las instalaciones de nacimiento/parto	Usted no paga nada	No está cubierto	Ninguna

Situación médica común	Servicios que usted podría necesitar	Lo que usted paga Proveedor del plan (Usted paga el mínimo)	Lo que usted paga Proveedor fuera del plan (Usted paga el máximo)	Limitaciones, excepciones y otra información importante
Si necesita ayuda para recuperarse o tiene otras necesidades especiales	Atención de salud en el hogar	Usted no paga nada	No está cubierto	Ninguna
	Servicios de rehabilitación	\$25 por consulta	No está cubierto	Ambulatorio: Limitado a 30 consultas de terapia física o 90 días consecutivos de terapia ocupacional o del habla, por herida, incidente o afección al año
	Servicios de habilitación	\$25 por consulta	No está cubierto	Para niños hasta el final del mes en el que el niño cumpla 19 años
	Atención de enfermería especializada	Usted no paga nada	No está cubierto	Cobertura limitada a 100 días por año
	Equipo médico duradero	Usted no paga nada	No está cubierto	Ninguna
	Servicio en un centro de cuidados paliativos	Usted no paga nada	No está cubierto	Ninguna
Si su hijo necesita atención dental o de la vista	Examen de la vista de niño	\$15 por consulta con Optómetra; \$25 por consulta con Oftalmólogo	No está cubierto	Ninguna
	Anteojos de niño	Usted no paga nada	No está cubierto	1 par de anteojos al año limitado a lentes sencillo o bifocales o a la primera compra de lentes de contacto al año, o dos pares de lentes de contacto por ojo al año según recomendación médica (entre un grupo selecto de armaduras y lentes de contacto)
	Examen dental de niño	Usted no paga nada	No está cubierto	Las tarifas de descuento se aplican a otros servicios. \$ 30 copago de visita de oficina se aplica / visita.

Servicios que se excluyen y otros servicios que tienen cobertura:

Servicios que su plan generalmente NO cubre (Consulte el documento de su póliza o plan para más información y una lista de cualquier otro servicio no incluido).		
<ul style="list-style-type: none"> • Atención de rutina de los pies • Atención que no es emergencia al viajar fuera de EE.UU. 	<ul style="list-style-type: none"> • Cirugía cosmética • Cuidado a largo plazo 	<ul style="list-style-type: none"> • Servicios de enfermería privada

Otros servicios que tienen cobertura (Pueden existir limitaciones para estos servicios. Esta no es una lista completa. Por favor, consulte el documento de su plan).

<ul style="list-style-type: none"> • Acupuntura (límite de 20 consultas por año) • Atención de rutina de la vista (Adulto) • Atención dental (Adulto) 	<ul style="list-style-type: none"> • Atención quiropráctica (límite de 20 consultas por año) • Ayudas auditivas (1 por oreja cada 36 meses. Después del final del mes en el que cumple 19 años, hay beneficio máximo de \$1,000) • Cirugía bariátrica 	<ul style="list-style-type: none"> • Programas para perder peso • Tratamiento de infertilidad (Fecundación in vitro: 3 intentos por nacimiento en vivo con beneficio máximo por vida de \$100,000)
--	--	--

Sus derechos para continuar con cobertura: Hay agencias que pueden ayudarle si desea continuar su cobertura luego de que finalice. La información de contacto de esas agencias figura en el siguiente cuadro. También puede tener otras opciones de cobertura a su disposición, incluso puede comprar cobertura de seguro individual a través del Mercado de seguros médicos. Para más información sobre el Mercado, visite www.HealthCare.gov o llame al 1-800-318-2596.

Su derecho a la presentación de quejas y apelación: Hay agencias que pueden ayudarle si tiene una queja contra su plan por el rechazo de una reclamación. Esta queja se denomina queja o apelación. Para más información sobre sus derechos, consulte la explicación de beneficios que recibirá por esa reclamación médica. Los documentos del plan también proveen información completa para enviarle a su plan una reclamación, apelación o queja por cualquier motivo. Para más información sobre sus derechos, este aviso, o para recibir ayuda, contacte a la agencia que figura en el siguiente cuadro. Además, un programa de asistencia al consumidor puede ayudarle a presentar su apelación. Contacte a la Oficina de Maryland del Fiscal General Unidad de Promoción y Educación para la Salud en 200 St. Paul Place, 16th Floor Baltimore, MD 21202 1-877-261-8807, correo electrónico heau@oag.state.md.us o <http://www.oag.state.md.us/Consumer.HEAU.htm>.

Información de contacto para sus derechos para continuar con la cobertura y sus derechos de quejas y apelaciones:

Servicios para miembros de Kaiser Permanente	1-855-249-5018 (TTY: 711) o www.kp.org/memberservices
Administración de seguridad de beneficios del empleado del Departamento de Trabajo	1-866-444-EBSA (3272) o www.dol.gov/ebsa/healthreform
Departamento de salud y servicios humanos, Centro para información al consumidor y supervisión de seguros	1-877-267-2323 x61565 o www.cciio.cms.gov
Departamento de seguros de Maryland	1-877-261-8807 o www.oag.state.md.us

¿Este plan provee cobertura esencial mínima? Sí

Si no tiene Cobertura esencial mínima por un mes, tendrá que hacer un pago cuando presente su declaración de impuestos a menos que califique para una exención del requisito de poseer cobertura de salud por ese mes.

¿Este plan cumple los Estándares de valor mínimo? Sí

Si su plan no cumple con los Estándares de valor mínimo, es posible que sea elegible para un crédito fiscal para primas para ayudarle a pagar un plan a través del Mercado.

Acceso a servicios lingüísticos:

SPANISH (Español): Para obtener asistencia en Español, llame al 1-855-249-5018 (TTY: 711)

TAGALOG (Tagalog): Kung kailangan ninyo ang tulong sa Tagalog tumawag sa 1-855-249-5018 (TTY: 711)

CHINESE (中文): 如果需要中文的帮助, 请拨打这个号码 1-855-249-5018 (TTY: 711)

NAVAJO (Dine): Dinek'ehgo shika at'ohwol ninisingo, kwijigo holne' 1-855-249-5018 (TTY: 711)

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

Acerca de estos ejemplos de cobertura:



No se trata de una calculadora de costos. Los tratamientos que se muestran son solo ejemplos de cómo este plan podría cubrir su atención médica. Sus costos reales podrían ser distintos según la atención real que recibe, los precios que cobran sus proveedores y muchos otros factores. Concéntrese en los montos de costos compartidos (deducibles, copagos y coseguros) y los servicios excluidos en virtud de este plan. Utilice esta información para comparar la parte de los costos que podría pagar en virtud de diferentes planes de salud. Tenga en cuenta que estos ejemplos de cobertura se basan en una cobertura para una sola persona.

Peg va a tener un bebé

(9 meses de atención prenatal dentro de la red y un parto dentro del hospital)

- Deducible total del plan \$0
- Copago del especialista \$25
- Copago del hospital (instalación) \$0
- Otros copagos (análisis de sangre) \$0

Este evento de EJEMPLO incluye servicios como:

Visitas al consultorio del especialista (*atención prenatal*)
 Servicios profesionales de nacimiento/parto
 Servicios de las instalaciones de nacimiento/parto
 Pruebas de diagnóstico (*ultrasonidos y análisis de sangre*)
 Visita al especialista (*anestesia*)

Costo total del ejemplo	\$12,800
--------------------------------	-----------------

En este ejemplo, Peg pagaría:

Costo compartido

Deducibles	\$0
Copagos	\$40
Coseguro	\$0

Lo que no está cubierto

Limitaciones o exclusiones	\$50
----------------------------	------

El total que Peg pagaría es	\$90
------------------------------------	-------------

El plan sería responsable por los otros costos de los servicios cubiertos de estos EJEMPLOS.

Manejar la diabetes tipo 2 de Joe

(un año de atención de rutina dentro de la red de una enfermedad bien controlada)

- Deducible total del plan \$0
- Copago del especialista \$25
- Copago del hospital (instalación) \$0
- Otros copagos (análisis de sangre) \$0

Este evento de EJEMPLO incluye servicios como:

Visitas al consultorio del médico de atención primaria (*incluso educación sobre la enfermedad*)
 Pruebas de diagnóstico (*análisis de sangre*)
 Medicamentos recetados
 Equipo médico duradero (*medidor de glucosa*)

Costo total del ejemplo	\$7,400
--------------------------------	----------------

En este ejemplo, Joe pagaría:

Costo compartido

Deducibles	\$0
Copagos	\$700
Coseguro	\$0

Lo que no está cubierto

Limitaciones o exclusiones	\$50
----------------------------	------

El total que Peg pagaría es	\$750
------------------------------------	--------------

El plan sería responsable por los otros costos de los servicios cubiertos de estos EJEMPLOS.

Fractura simple de Mia

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

- Deducible total del plan \$0
- Copago del especialista \$25
- Copago del hospital (instalación) \$0
- Otros copagos (rayos X) \$0

Este evento de EJEMPLO incluye servicios como:

Atención en la sala de emergencias (*incluso suministros médicos*)
 Equipo médico duradero (*muletas*)
 Pruebas de diagnóstico (*rayos X*)
 Servicios de rehabilitación (*terapia física*)

Costo total del ejemplo	\$1,900
--------------------------------	----------------

En este ejemplo, Mia pagaría:

Costo compartido

Deducibles	\$0
Copagos	\$400
Coseguro	\$0

Lo que no está cubierto

Limitaciones o exclusiones	\$0
----------------------------	-----

El total que Mia pagaría es	\$400
------------------------------------	--------------

El plan sería responsable por los otros costos de los servicios cubiertos de estos EJEMPLOS.

NONDISCRIMINATION NOTICE

Kaiser Foundation Health Plan of the Mid-Atlantic States, Inc. (Kaiser Health Plan) complies with applicable federal civil rights laws and does not discriminate on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex. Kaiser Health Plan does not exclude people or treat them differently because of race, color, national origin, age, disability, or sex. We also:

- Provide no cost aids and services to people with disabilities to communicate effectively with us, such as:
 - Qualified sign language interpreters
 - Written information in other formats, such as large print, audio, and accessible electronic formats
- Provide no cost language services to people whose primary language is not English, such as:
 - Qualified interpreters
 - Information written in other languages

If you need these services, call **1-800-777-7902** (TTY: **711**)

If you believe that Kaiser Health Plan has failed to provide these services or discriminated in another way on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex, you can file a grievance by mail or phone at: Kaiser Permanente, Appeals and Correspondence Department, Attn: Kaiser Civil Rights Coordinator, 2101 East Jefferson St., Rockville, MD 20852, telephone number: 1-800-777-7902.

You can also file a civil rights complaint with the U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights electronically through the Office for Civil Rights Complaint Portal, available at <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, or by mail or phone at: U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue SW., Room 509F, HHH Building, Washington, DC 20201, 1-800-368-1019, 1-800-537-7697 (TDD). Complaint forms are available at <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

HELP IN YOUR LANGUAGE

ATTENTION: If you speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call **1-800-777-7902** (TTY: **711**).

አማርኛ (Amharic) ማስታወሻ: የሚናገሩት ቋንቋ አማርኛ ከሆነ የትርጉም እርዳታ ድርጅቶች፣ በነጻ ሊያገለግሉት ተዘጋጅተዋል። ወደ ሚከተለው ቁጥር ይደውሉ **1-800-777-7902** (TTY: **711**).

العربية (Arabic) ملحوظة: إذا كنت تتحدث العربية، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم **1-800-777-7902** (TTY: **711**).

ፊንታ ስታላይት (Bassa) Dè dɛ nià kɛ dyédɛ gbo: ɔ jũ ké m̄ Bāsóò-wùdù-po-nyò jũ ní, níí, à wudu kà kò dò po-poò béin m̄ gbo kpáa. Đá **1-800-777-7902** (TTY: **711**)

বাংলা (Bengali) লক্ষ্য করুন: যদি আপনি বাংলা, কথা বলতে পারেন, তাহলে নিঃখরচায় ভাষা সহায়তা পরিষেবা উপলব্ধ আছে। ফোন করুন **1-800-777-7902** (TTY: **711**)।

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 **1-800-777-7902** (TTY: **711**)。

فارسی (Farsi) توجه: اگر بہ زبان فارسی گفتگو می کنید، تسهیلات زبانی بصورت رایگان برای شما فراهم می باشد. با 1-800-777-7902 (TTY: 711) تماس بگیرید.

Français (French) ATTENTION: Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le 1-800-777-7902 (TTY: 711).

Deutsch (German) ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung. Rufnummer: 1-800-777-7902 (TTY: 711).

ગુજરાતી (Gujarati) સુચના: જો તમે ગુજરાતી બોલતા હો, તો નિ:શુલ્ક ભાષા સહાય સેવાઓ તમારા માટે ઉપલબ્ધ છે. ફોન કરો 1-800-777-7902 (TTY: 711).

Kreyòl Ayisyen (Haitian Creole) ATANSYON: Si w pale Kreyòl Ayisyen, gen sèvis èd pou lang ki disponib gratis pou ou. Rele 1-800-777-7902 (TTY: 711).

हिन्दी (Hindi) ध्यान दें: यदि आप हिंदी बोलते हैं तो आपके लिए मुफ्त में भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध हैं। 1-800-777-7902 (TTY: 711) पर कॉल करें।

Igbo (Igbo) NRUBAMA: O bụrụ na i na asụ Igbo, ọrụ enyemaka asụsụ, n'efu, dijiri gi. Kpọọ 1-800-777-7902 (TTY: 711).

Italiano (Italian) ATTENZIONE: In caso la lingua parlata sia l'italiano, sono disponibili servizi di assistenza linguistica gratuiti. Chiamare il numero 1-800-777-7902 (TTY: 711).

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。1-800-777-7902 (TTY: 711) まで、お電話にてご連絡ください。

한국어 (Korean) 주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 1-800-777-7902 (TTY: 711) 번으로 전화해 주십시오.

Naabeehó (Navajo) Díí baa akó nínízin: Díí saad bee yánífti'go Diné Bizaad, saad bee áká'ánída'áwo'déé', t'áá jiik'eh, éí ná hóló, kojí' hódíílnih 1-800-777-7902 (TTY: 711).

Português (Portuguese) ATENÇÃO: Se fala português, encontram-se disponíveis serviços linguísticos, grátis. Ligue para 1-800-777-7902 (TTY: 711).

Русский (Russian) ВНИМАНИЕ: если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 1-800-777-7902 (TTY: 711).

Español (Spanish) ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-800-777-7902 (TTY: 711).

Tagalog (Tagalog) PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 1-800-777-7902 (TTY: 711).

ไทย (Thai) เรียน: ถ้าคุณพูดภาษาไทย คุณสามารถใช้บริการช่วยเหลือทางภาษาได้ฟรี โทร 1-800-777-7902 (TTY: 711).

أردو (Urdu) خبردار: اگر آپ اردو بولتے ہیں، تو آپ کو زبان کی مدد کی خدمات مفت میں دستیاب ہیں۔ کال کریں 1-800-777-7902 (TTY: 711)۔

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 1-800-777-7902 (TTY: 711).

Yorùbá (Yoruba) AKIYESI: Ti o ba nso ede Yoruba ofe ni iranlowo lori ede wa fun yin o. E pe ero ibanisoro yi 1-800-777-7902 (TTY: 711).