Western Health Advantage: Western 2800/40 HDHP HMO

Cobertura para: Solo y Familia | Tipo de plan: HMO

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 1-888-563-2250 o visite mywha.org. Para una definición de los términos de uso común, como cantidad autorizada, facturación del saldo, coseguro, copago, deducible, proveedor, u otros términos delineados consulte el glosario. Puede ver una copia del glosario en www.cuidadodesalud.gov/es/glossary o llamar a 1-800-318-2596 para solicitar una copia.

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué es importante
¿Cuál es el deducible general?	$2,800 por Individuo o $5,600 por Familia por año calendario	Por lo general, usted debe pagar todos los costos de los proveedores hasta el monto del deducible, antes de que el plan comience a pagar. Si tiene otros miembros familiares inscritos, cada miembro debe montar su deducible propio hasta que la cantidad pagada por todos miembros por deducibles monte el deducible total para la familia.
¿Se cubre algún servicio antes de pagar todo el deducible?	Sí, incluídos los cuidados preventivos y exámenes anuales del oído y de la vista para adultos	Este plan cubre algunas partidas y servicios incluso si aún no ha cubierto el monto total del deducible. Sin embargo, es posible que se aplique un copago o coseguro. Por ejemplo, este plan cubre algunos cuidados preventivos sin costo compartido y antes de que cumpla con su deducible. Vea una lista de servicios preventivos cubiertos en www.cuidadodesalud.gov/es/coverage/preventive-care-benefits.
¿Hay algún otro deducible por servicios específicos?	No	Usted no tiene que pagar deducibles para servicios específicos.
¿Cuál es el máximo en gastos directos del bolsillo de este plan?	$4,000 por Individuo o $8,000 por Familia por año calendario	El desembolso máximo es la cantidad máxima que usted pagará por los servicios cubiertos en un año. Si tiene otros miembros familiares inscritos, cada miembro debe montar su desembolso máximo propio hasta que se cumple con el desembolso máximo total para la familia.
¿Qué no incluyen los gastos directos del bolsillo?	Primas y cuidado de salud que el plan no cubre	Aunque usted pague estos costos, no cuentan para el límite de gastos de su bolsillo.
¿Pagará un poco menos si acude a un proveedor dentro de la red médica?	Sí. Consulte mywha.org/directory o llame al 1-888-563-2250 para una lista de proveedores dentro de la red.	Este plan usa una red de proveedores. Usted pagará menos si acude a un proveedor dentro de la red del plan. Usted pagará el máximo si acude a un proveedor fuera de la red, y es posible que reciba una factura de un proveedor por la diferencia en el costo del proveedor y lo que su plan paga (facturación del saldo). Tenga en mente que su proveedor dentro de la red podría utilizar un proveedor fuera de la red para algunos servicios (como laboratorios médicos). Consulte con su proveedor antes de obtener servicios.
¿Necesita un referido para ver a un especialista?	Sí	Este plan paga algunos o todos los costos de acudir a un especialista por servicios cubiertos, pero solo si tiene un referido antes de acudir al especialista.

Números de control de OMB 1545-2229, 1210-0147 y 0938-1146
Publicado el 6 de abril de 2016

⚠ 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	$40 por visita	No está cubierto	Ninguno
	Visita al especialista	$40 por visita	No está cubierto	Se puede requerir preautorización.
	Atención preventiva/examen colectivo/vacuna	Sin cargo; no se aplica el deducible	No está cubierto	Es posible que usted pagará por los servicios que no son preventivos. Pregunte a su proveedor si los servicios necesarios sean preventivos. Entonces averigüe lo que pagará el plan.
Si se realiza un examen	Prueba diagnóstica (radiografía, análisis de sangre)	Sin cargo	No está cubierto	Se puede requerir preautorización para pruebas diagnósticas. Se requiere preautorización para imágenes.
	Estudios de imágenes (tomografía computarizada, estudio PET, resonancia magnética)	Sin cargo	No está cubierto	
Si necesita medicamentos para tratar su enfermedad o infección. Hay más información disponible acerca de la **cobertura de medicamentos con receta** en mywha.org/pharmacy	Escala 1 (Medicamentos genéricos preferidos)	Farmacia: $10 por receta; Orden por correo: $25 por receta	No está cubierto	En Farmacias de Venta al Público, se permite un suministro de 30 días; se permite un suministro de hasta 90 días por Correo. Se requiere preautorización para medicamentos especializados, los que se limitan a un suministro de 30 días y se deben obtener por medio de la red de farmacias especializadas de WHA como se describe en el EOC/DF.
	Escala 2 (Medicamentos de marca preferidos)	Farmacia: $30 por receta; Orden por correo: $75 por receta	No está cubierto	
	Escala 3 (Medicamentos no preferidos)	Farmacia: $50 por receta; Orden por correo: $125 por receta	No está cubierto	
	Medicamentos especializados auto-inyectables	20% coseguro hasta un máximo de $100 por receta	No está cubierto	

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 se somete a una operación ambulatoria	Cargo de instalaciones (p. ej., centro de cirugía ambulatoria)	$250 por visita	No está cubierto	Se requiere preautorización.
	Honorarios del médico/cirujano	Sin cargo	No está cubierto	Se requiere preautorización.
Si necesita atención médica inmediata	Atención en la sala de emergencias	$100 por visita (centro); Sin cargo (servicios profesionales)	$100 por visita (centro); Sin cargo (servicios profesionales)	Costos compartidos del miembro para servicios de emergencia son exonerados si hay admisión. En los centros de cuidados de urgencia, los servicios de un proveedor fuera de la red se cubren solo cuando se obtienen fuera del área de servicio. Se puede requerir preautorización.
	Transporte médico de emergencia	Sin cargo	Sin cargo	
	Centro de atención urgente	$50 por visita	$50 por visita	
Si le hospitalizan	Cargo de instalaciones (p. ej., habitación de hospital)	$500 por día	No está cubierto	Se puede requerir preautorización.
	Honorarios del médico/cirujano	Sin cargo	No está cubierto	Se puede requerir preautorización.
Si necesita servicios de salud mental, conductual o toxicomanías	Sevicios ambulatorios	$40 por visita (servicios profesionales); Sin cargo (otros servicios de paciente ambulatorio)	No está cubierto	Se requiere preautorización para servicios de salud mental para paciente ambulatorio y centro de tratamiento residencial. Se puede requerir preautorización para servicios de salud mental para paciente internado.
	Servicios internos	$500 por día (centro); $125 por día (centro de tratamiento residencial); Sin cargo (servicios profesionales)	No está cubierto	
Si está embarazada	Visitas al consultorio	Sin cargo	No está cubierto	No se aplican costos compartidos para cuidados preventivos, incluyendo atención de rutina prenatal y la primera visita postnatal. Se puede requerir preautorización para servicios para paciente internado.
	Servicios de parto profesionales	Sin cargo	No está cubierto	
	Servicios de instalaciones de partos profesionales	$500 por día	No está cubierto	

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	Cuidados de salud en el hogar	Sin cargo	No está cubierto	100 visitas por año calendario. Se requiere preautorización.
	Servicios de rehabilitación	$40 por visita	No está cubierto	Se requiere preautorización.
	Servicios de habilitación	$40 por visita	No está cubierto	Se requiere preautorización.
	Cuidados de enfermería especializada	$500 por día	No está cubierto	100 días por año calendario. Se requiere preautorización.
	Equipo médico duradero	20% coseguro	No está cubierto	Se puede requerir preautorización.
	Servicios de cuidados paliativos o enfermos terminales	Sin cargo	No está cubierto	Se requiere preautorización.
Si su niño necesita servicios odontológicos o de la vista	Examen de la vista pediátrico	Sin cargo; no se aplica el deducible	No está cubierto	Un examen completo cada año (incluso dilatación con indicación médica).
	Anteojos para niños	No está cubierto	No está cubierto	Ninguno
	Chequeo dental pediátrico	No está cubierto	No está cubierto	Ninguno

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 excluídos.)

- Audífonos (a menos que se compre como una cláusula adicional)
- Cirugía cosmética
- Cuidado a largo plazo
- Cuidado de rutina de los pies
- Cuidado dental (adulto)
- Cuidados no urgentes al viajar fuera de los EE.UU.
- Enfermería de servicio privado
- Programas de pérdida de peso (a menos que se compre como una cláusula adicional)
- Tratamiento de infertilidad

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

- Acupuntura
- Cirugía bariátrica
- Cuidado ocular de rutina (adulto)
- Cuidado quiropráctico

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: el Centro de Ayuda de California del Departamento de Atención de la Salud Administrada, 980 9th Street Suite #500, Sacramento, CA 95814-4275 al 1-888-466-2219 o en www.hmohelp.ca.gov, o la Administración de Seguridad de Beneficios del Empleado al 1-866-444-3272 o en 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 de seguro, visite www.CuidadoDeSalud.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 el Departamento de Atención de la Salud Administrada de California al 1-888-HMO-2219 o al 1-888-877-5378 (TTY), o visite su sitio web en www.hmohelp.ca.gov.

¿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 de seguro.

Servicios linguísticos:
Vea el apéndice para la notificación de la no discriminación y asistencia lingüística.
———————*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, dependiendo de la atención que termine recibiendo, los precios que cobren sus proveedores y otros factores 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	$2,800
Copago para Especialista	$40
Copago por Día para Hospital (Instalaciones)	$500
Otro Copago	$40

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:

Costo compartido	
Deducibles	$2,800
Copagos	$1,033
Coseguro	$0
Qué no está cubierto	
Límites o exclusiones	$60
El total que Peg pagaría es	**$3,893**

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	$2,800
Copago para Especialista	$40
Copago por Día para Hospital (Instalaciones)	$500
Otro Copago	$40

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:

Costo compartido	
Deducibles	$2,800
Copagos	$1,151
Coseguro	$0
Qué no está cubierto	
Límites o exclusiones	$34
El total que Joe pagaría es	**$3,985**

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

El Deducible General del Plan	$2,800
Copago para Especialista	$40
Copago por Día para Hospital (Instalaciones)	$500
Otro Copago	$40

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:

Costo compartido	
Deducibles	$1,900
Copagos	$0
Coseguro	$0
Qué no está cubierto	
Límites o exclusiones	$0
El total que Mia pagaría es	**$1,900**

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

Western Health Advantage cumple con las leyes de derechos civiles federales y de California aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, origen nacional, ascendencia, religión, sexo, estado civil, género, identidad de género, orientación sexual, edad o discapacidad, según corresponda. Western Health Advantage no excluye a las personas ni las trata diferente por motivos de raza, color, origen nacional, ascendencia, religión, sexo, estado civil, género, identidad de género, orientación sexual, edad o discapacidad.

Western Health Advantage:

Proporciona ayudas y servicios gratuitos a las personas con discapacidades para comunicarse eficazmente con nosotros, tales como:

- Intérpretes calificados en el lenguaje de señas
- Información escrita en otros formatos (impresión grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos)

Proporciona servicios gratuitos de idiomas a personas que no hablan inglés como idioma materno, tales como:

- Intérpretes calificados
- Información escrita en otros idiomas

Si necesita estos servicios, póngase en contacto con el Administrador de Servicios para Miembros al 888.563.2250 y encuentre más información en línea en https://www.westernhealth.com/legal/non-discrimination-notice/.

Si usted cree que Western Health Advantage no ha brindado estos servicios o ha sido discrminado de otra manera por motivos de raza, color, origen nacional, ascendencia, religión, sexo, estado civil, género, identidad de género, orientación sexual, edad o discapacidad, puede presentar una queja formal por teléfono, correo, fax, correo electrónico o en línea: Administrador de Servicios para Miembros, 2349 Gateway Oaks Drive, Suite 100, Sacramento, CA 95833, 888.563.2250 o 916.563.2250, 888.877.5378 (TTY), 916.568.0126 (fax), memberservices@westernhealth.com, https://www.westernhealth.com/legal/grievance-form.
Si necesita ayuda para presentar una queja formal, el Administrador de Servicios para Miembros está disponible para ayudarlo. Para obtener más información sobre el proceso de queja formal de Western Health Advantage y sus derechos de queja formal ante el Departamento de Atención Médica Administrada de California, visite nuestro sitio web en https://www.westernhealth.com/legal/grievance-form/.

Si existe una preocupación de discriminación basada en raza, color, origen nacional, edad, discapacidad o sexo, también puede presentar una queja sobre derechos civiles ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos, Oficina de Derechos Civiles, electrónicamente a través del portal de la Oficina de Quejas sobre Derechos Civiles disponible en:

Sitio web: https://ocrportal.hhs.gov/ocr/smartscreen/main.jsf; Por correo: U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue, S.W., Room 509 F, HHH Building, Washington, D.C. 20201; Teléfono: 800.368.1019 o 800.537.7697 (TDD); Los formularios de quejas están disponibles en http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html.

ENGLISH
If you, or someone you're helping, have questions about Western Health Advantage, you have the right to get help and information in your language at no cost. To talk to an interpreter, call 888.563.2250 or TTY 888.877.5378.

SPANISH
Si usted, o alguien a quien usted está ayudando, tiene preguntas acerca de Western Health Advantage, tiene derecho a obtener ayuda e información en su idioma sin costo alguno. Para hablar con un intérprete, llame al 888.563.2250, o al TTY 888.877.5378 si tiene dificultades auditivas.

CHINESE
如果您，或是您正在協助的對象，有關於 Western Health Advantage**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**888.563.2250**或聽障人士專線**(TTY) 888.877.5378**。**

VIETNAMESE
Nếu quý vị, hay người mà quý vị đang giúp đỡ, có câu hỏi về Western Health Advantage, 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 số 888.563.2250, hoặc gọi đường dây TTY dành cho người khiếm thính tại số 888.877.5378.

TAGALOG
Kung ikaw, o ang iyong tinutulangan, ay may mga katanungan tungkol sa Western Health Advantage, may karapatan ka na makakuha ng tulong at impormasyon sa iyong wika ng walang gastos. Upang makausap ang isang tagasalin, tumawag sa 888.563.2250 o TTY para sa may kapansanan sa pandinig sa 888.877.5378.

KOREAN
만약 귀하 또는 귀하가 돕고 있는 어떤 사람이 Western Health Advantage에 관해서 질문이 있다면 귀하는 그러한 도움과 정보를 귀하의 언어로 비용 부담 없이 얻을 수 있는 권리가 있습니다. 그렇게 통역사와 얘기하기 위해서는 888.563.2250이나 청각 장애인용 TTY 888.877.5378로 연락하십시오.

ARMENIAN
Եթե Դուք կամ Ձեր կողմից օգնություն ստացող անձը հարցեր ունի Western Health Advantage-ի մասին, Դուք իրավունք ունեք անվճար օգնություն և տեղեկություններ ստանալու Ձեր նախընտրած լեզվով: Թարգմանչի հետ խոսելու համար զանգահարե՛ք 888.563.2250 համարով կամ TTY 888.877.5378՝ լսողության հետ խնդիրներ ունեցողների համար:

PERSIAN-FARSI
اگر شما، یا کسی که شما به او کمک میکنید ، سوال در مورد Western Health Advantage (وسترن هلث آدونتیج) داشته باشید حق این را دارید که کمک و اطلاعات به زبان خود را به طور رایگان دریافت نمایید. لطفا با شماره تلفن 888.563.2250 تماس بگیرید. افراد ناشنوا می توانند به شماره888.877.5378 پیام تایپی ارسال کنند.

RUSSIAN
Если у вас или лица, которому вы помогаете, имеются вопросы по поводу Western Health Advantage, то вы имеете право на бесплатное получение помощи и информации на вашем языке. Для разговора с переводчиком позвоните по телефону 888.563.2250 или воспользуйтесь линией TTY для лиц с нарушениями слуха по номеру 888.877.5378.

JAPANESE
ご本人様、またはお客様の身の回りの方でも、Western Health Advantage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、888.563.2250までお電話ください。聴覚障がい者用TTYをご利用の場合は、888.877.5378までお電話ください。

ARABIC
إن كان لديك أو لدى شخص تساعده أسئلة بخصوص Western Health Advantage، فلديك الحق في الحصول على المساعدة والمعلومات الضرورية بلغتك من دون اية تكلفة. للتحدث مع مترجم اتصل بـ 888.563.2250، أو برقم الهاتف النصي (TTY) لضعاف السمع 888.877.5378.

PUNJABI
ਜੇਕਰ ਤੁਸੀਂ, ਜਾਂ ਜਿਸ ਕਿਸੇ ਦੀ ਤੁਸੀਂ ਮਦਦ ਕਰ ਰਹੇ ਹੋ, ਦੇ Western Health Advantage ਬਾਰੇ ਸਵਾਲ ਹਨ ਤਾਂ, ਤੁਹਾਨੂੰ ਆਪਣੀ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਮਦਦ ਅਤੇ ਜਾਣਕਾਰੀ ਹਾਸਲ ਕਰਨ ਦਾ ਅਧਿਕਾਰ ਹੈ। ਦੁਭਾਸੀਏ ਨਾਲ ਗੱਲ ਕਰਨ ਲਈ, 888.563.2250 'ਤੇ ਜਾਂ ਪੂਰੀ ਤਰ੍ਹਾਂ ਸੁਣਨ ਵਿੱਚ ਅਸਮਰਥ ਟੀਟੀਵਾਈ ਲਈ 888.877.5378 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ।

CAMBODIAN-MON-KHMER
ប្រសិនបើអ្នក ឬនរណាម្នាក់ដែលកំពុងជួយអ្នក មានសំណួរអំពី Western Health Advantage ទេ, អ្នកមានសិទ្ធិទទួលជំនួយនឹងព័ត៌មាន
នៅក្នុងភាសារបស់អ្នក ដោយមិនអស់ប្រាក់។ ដើម្បីនិយាយជាមួយអ្នកបកប្រែ សូមទូរស័ព្ទ 888.563.2250 ឬ TTY សម្រាប់អ្នកត្រចៀកធ្ងន់ តាមលេខ 888.877.5378។

HMONG
Yog koj, los yog tej tus neeg uas koj pab ntawd, muaj lus nug txog Western Health Advantage, koj muaj cai kom lawv muab cov ntshiab lus qhia uas tau muab sau ua koj hom lus pub dawb rau koj. Yog koj xav nrog ib tug neeg txhais lus tham, hu rau 888.563.2250 los sis TTY rau cov neeg uas tsis hnov lus zoo nyob ntawm 888.877.5378.

HINDI
यदि आप, या जिस किसी की आप मदद कर रहे हो, के Western Health Advantage के बारे में प्रश्न हैं तो, आपको अपनी भाषा में मदद तथा जानकारी प्राप्त करने का अधिकार है। दुभाशिए के साथ बात करने के लिए, 888.563.2250 पर या पूरी तरह श्रवण में असमर्थ टीटीवाई के लिए 888.877.5378 पर कॉल करो।

THAI
หากคุณ หรือคนที่คุณกำลังช่วยเหลือมีคำถามเกี่ยวกับ Western Health Advantage คุณมีสิทธิที่จะได้รับความช่วยเหลือและข้อมูลในภาษาของคุณได้โดยไม่มีค่าใช้จ่าย เพื่อพูดคุยกับล่าม โทร 888.563.2250 หรือใช้TTY สำหรับคนหูหนวกโดยโทร 888.877.5378