

2018

Resumen de Beneficios

VillageHealth (HMO-POS SNP) Condados de Los Angeles y Orange

1 de enero de 2018 – 31 de diciembre de 2018

VillageHealth (HMO-POS SNP) es un plan HMO; y es un plan de punto de servicio (Point of Service, POS) con un contrato con Medicare. La inscripción en SCAN Health Plan depende de la renovación del contrato.

La información de beneficios proporcionada es un resumen de lo que cubrimos y de lo que usted paga. No enumera cada servicio que cubrimos ni cada limitación o exclusión. Para obtener una lista completa de servicios que cubrimos, solicite la “Evidencia de cobertura” llamando a nuestro Departamento de Servicios al miembro al número de teléfono que figura en este documento o en línea en www.villagehealthca.com.

Y0057_SCAN_10312_2017F_SP File & Use Accepted

18C-SMBVH2SP



RESUMEN DE BENEFICIOS 1 DE ENERO DE 2018 – 31 DE DICIEMBRE DE 2018

PRIMA Y BENEFICIOS	VILLAGEHEALTH		LO QUE DEBE SABER
	Servicios dentro de la red	Servicios fuera de la red	
Prima mensual del plan de salud	Usted paga \$35.50 por mes	Usted paga \$35.50 por mes	Debe continuar pagando la prima de la Parte B de Medicare.
Deducible	<p>En 2017, el deducible fue de \$183. Este monto puede cambiar en 2018.</p> <p>En el 2018, usted paga \$405 de deducible por año para medicamentos con receta de la Parte D para los niveles 2 a 5.</p>	<p>En 2017, el deducible fue de \$183. Este monto puede cambiar en 2018.</p> <p>En 2018, usted paga un deducible de \$405 por año para medicamentos recetados de la Parte D para los niveles 2 a 5.</p>	Este plan tiene deducibles para algunos hospitales y servicios médicos, y medicamentos recetados de la Parte D.
Responsabilidad de desembolso directo máximo (esto no incluye medicamentos recetados)	\$6,700 anualmente	\$6,700 anualmente	Lo máximo que paga por copagos y coaseguro por servicios médicos dentro y fuera de la red cubiertos por Medicare para el año.
Cobertura hospitalaria para paciente hospitalizado	<p>En 2017, los montos para cada periodo de beneficios* fueron:</p> <ul style="list-style-type: none"> • \$1,316 de deducible por cada periodo de beneficios • \$0 por día durante los días 1-60 • \$329 de copago por día para los días 61-90 • \$658 de copago por cada “día de reserva vitalicia” para los días 1 a 60 <p>Estos montos pueden cambiar en 2018.</p>	<p>En 2017, los montos para cada periodo de beneficios* fueron:</p> <ul style="list-style-type: none"> • \$1,316 de deducible por cada periodo de beneficios • \$0 por día durante los días 1 a 60 • \$329 de copago por día para los días 61 a 90 • \$658 de copago por cada “día de reserva vitalicia” para los días 1 a 60 <p>Estos montos pueden cambiar en 2018.</p>	Usted está cubierto por hasta 90 días por periodo de beneficios.*

* El periodo de beneficios comienza el día en que usted va a un hospital o Centro de enfermería especializada (SNF). El periodo de beneficios finaliza cuando usted no ha recibido ninguna atención de hospital para pacientes hospitalizados o SNF durante 60 días seguidos.

PRIMA Y BENEFICIOS	VILLAGEHEALTH		LO QUE DEBE SABER
	Servicios dentro de la red	Servicios fuera de la red	
Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios <ul style="list-style-type: none"> • Centro de cirugía ambulatoria • Hospital para pacientes ambulatorios 	<p>Usted paga el 20 % del costo total</p> <p>Usted paga el 20 % del costo total</p>	<p>Usted paga el 20 % del costo total</p> <p>Usted paga el 20 % del costo total</p>	
Visitas al médico <ul style="list-style-type: none"> • Atención primaria • Especialistas 	<p>Usted paga \$0</p> <p>Usted paga \$0 por visita al nefrólogo</p> <p>Usted paga el 20 % del costo total por todas las demás visitas a especialistas</p>	<p>Usted paga el 20 % del costo total</p> <p>Usted paga \$0 por visita al nefrólogo</p> <p>Usted paga el 20 % del costo total por todas las demás visitas a especialistas</p>	
Atención preventiva	<p>Usted paga \$0</p>	<p>Usted paga \$0</p>	<p>Cualquier servicio preventivo adicional aprobado por Medicare durante el año del contrato estará cubierto.</p>
Atención de emergencia	<p>Usted paga el 20 % del costo por hasta \$80 por visita</p>	<p>Usted paga el 20 % del costo hasta \$80 por visita</p>	<p>El copago de la sala de emergencias será exonerado si usted es admitido inmediatamente al hospital.</p> <p>No cubierto fuera de los EE. UU. excepto bajo circunstancias limitadas como lo define Medicare.</p>
Servicios médicos urgentemente necesarios	<p>Usted paga \$0</p>	<p>Usted paga el 20 % del costo total hasta \$65 por visita</p>	<p>Sin cobertura fuera de los EE. UU. excepto bajo circunstancias limitadas como lo define Medicare.</p>

PRIMA Y BENEFICIOS	VILLAGEHEALTH		LO QUE DEBE SABER
	Servicios dentro de la red	Servicios fuera de la red	
<p>Servicios de diagnóstico/laboratorio/por imágenes</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios de laboratorio • Pruebas y procedimientos de diagnóstico • Rayos X para pacientes ambulatorios • Radiología terapéutica • Radiología de diagnóstico (por ej., MRI, CT) 	<p>Usted paga \$0</p> <p>Usted paga el 20 % del costo total</p> <p>Usted paga \$0</p> <p>Usted paga 20 % del costo total</p> <p>Usted paga \$0</p>	<p>Usted paga \$0</p> <p>Usted paga el 20 % del costo total</p> <p>Usted paga el 20 % del costo total</p> <p>Usted paga el 20 % del costo total</p> <p>Usted paga el 20 % del costo total</p>	
<p>Servicios de audición</p> <ul style="list-style-type: none"> • Examen de diagnóstico de equilibrio y audición cubierto por Medicare • Examen de audición (de rutina) no cubierto por Medicare • Audífonos (de rutina) no cubiertos por Medicare 	<p>Usted paga el 20 % del costo total</p> <p>Usted paga \$0 por hasta 1 visita por año</p> <p>Usted paga \$699 de copago por audífonos Flyte 770 o \$999 de copago por audífonos Flyte 990</p> <p>Usted está cubierto por hasta 2 audífonos cada año</p>	<p>Usted paga el 20 % del costo total</p> <p>Sin cobertura fuera de la red</p> <p>Sin cobertura fuera de la red</p>	<p>Debe ir a un proveedor contratado por VillageHealth para obtener un examen de audición de rutina y audífonos.</p>

PRIMA Y BENEFICIOS	VILLAGEHEALTH		LO QUE DEBE SABER
	Servicios dentro de la red	Servicios fuera de la red	
<p>Servicios dentales</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios dentales cubiertos por Medicare • Limpiezas (de rutina) no cubiertas por Medicare • Empastes dentales (de rutina) no cubiertos por Medicare • Dentaduras postizas (de rutina) no cubiertas por Medicare 	<p>Usted paga el 20 % del costo total</p> <p>Usted paga \$0 por hasta 2 visitas por año</p> <p>Usted paga \$0</p> <p>Usted paga un copago de \$0 a \$350 por dentaduras postizas</p>	<p>Usted paga el 20 % del costo total</p> <p>Sin cobertura fuera de la red</p> <p>Sin cobertura fuera de la red</p> <p>Sin cobertura fuera de la red</p>	<p>Los servicios dentales de rutina no requieren autorización previa.</p> <p>Debe ir a un dentista contratado por VillageHealth para obtener servicios dentales de rutina.</p>
<p>Servicios de la vista</p> <ul style="list-style-type: none"> • Examen de la visión cubierto por Medicare para diagnosticar/tratar enfermedades de los ojos • Anteojos cubiertos por Medicare después de cirugía de cataratas • Examen de la vista (de rutina) no cubierto por Medicare • Anteojos o lentes de contacto (de rutina) no cubiertos por Medicare • Límite de cobertura de la vista (de rutina) no cubierta por Medicare 	<p>Usted paga el 20 % del costo total</p> <p>Usted paga el 20 % del costo total</p> <p>Usted paga \$0 por hasta 1 visita por año</p> <p>Usted paga \$0 por par cada 2 años</p> <p>Usted está cubierto por hasta \$240 para armazones o lentes de contacto cada 2 años</p>	<p>Usted paga el 20 % del costo total</p> <p>Usted paga el 20 % del costo total</p> <p>Sin cobertura fuera de la red</p> <p>Sin cobertura fuera de la red</p> <p>Sin cobertura fuera de la red</p>	<p>Los servicios de la vista de rutina no requieren autorización previa.</p> <p>Debe ir a un proveedor de la vista contratado por VillageHealth para obtener servicios de la vista de rutina.</p>

PRIMA Y BENEFICIOS	VILLAGEHEALTH		LO QUE DEBE SABER
	Servicios dentro de la red	Servicios fuera de la red	
<p>Servicios de salud mental</p> <ul style="list-style-type: none"> • Visita para paciente hospitalizado <ul style="list-style-type: none"> • Visita de terapia individual/grupal para paciente ambulatorio <ul style="list-style-type: none"> • Visita a terapia individual/de grupo para pacientes ambulatorios con un psiquiatra 	<p>En 2017, los montos para cada periodo de beneficios* fueron:</p> <ul style="list-style-type: none"> • \$1,316 de deducible por cada periodo de beneficios • \$0 por día durante los días 1 a 60 • \$329 de copago por día para los días 61 a 90 • \$658 de copago por cada “día de reserva vitalicia” para los días 1 a 60 <p>Estos montos pueden cambiar en 2018.</p> <p>Usted paga \$0</p> <p>Usted paga \$0</p>	<p>En 2017, los montos para cada periodo de beneficios* fueron:</p> <ul style="list-style-type: none"> • \$1,316 de deducible por cada periodo de beneficios • \$0 por día durante los días 1 a 60 • \$329 de copago por día para los días 61 a 90 • \$658 de copago por cada “día de reserva vitalicia” para los días 1 a 60 <p>Estos montos pueden cambiar en 2018.</p> <p>Usted paga el 20 % del costo total</p> <p>Usted paga el 20 % del costo total</p>	<p>Usted está cubierto por hasta 90 días por periodo de beneficios.*</p>
<p>Centro de enfermería especializada</p>	<p>En 2017, los montos para cada periodo de beneficios* fueron:</p> <ul style="list-style-type: none"> • \$0 por día durante los días 1 a 20 • \$164.50 de copago por día para los días 21 a 100 <p>Estos montos pueden cambiar para en 2018.</p>	<p>Sin cobertura fuera de la red</p>	<p>Usted está cubierto por hasta 100 días por periodo de beneficios.*</p> <p>No se requiere hospitalización previa.</p> <p>Se requiere autorización previa para los servicios en un centro de enfermería especializada.</p>

* El periodo de beneficios comienza el día en que usted va a un hospital o Centro de enfermería especializada (SNF). El periodo de beneficios finaliza cuando usted no ha recibido ninguna atención de hospital para pacientes hospitalizados o SNF durante 60 días seguidos.

PRIMA Y BENEFICIOS	VILLAGEHEALTH		LO QUE DEBE SABER
	Servicios dentro de la red	Servicios fuera de la red	
Fisioterapia	Usted paga el 20 % del costo total	Usted paga el 20 % del costo total	
Ambulancia	Usted paga el 20 % del costo total por viaje en una dirección	Usted paga el 20 % del costo total por viaje en una dirección	
Transporte (De rutina no cubierto por Medicare)	<p>Usted paga \$0 por viajes ilimitados por año</p> <p>El límite de 75 millas se aplica para cada viaje en una dirección</p>	Sin cobertura fuera de la red	<p>Se requiere autorización previa para servicios de transporte de rutina.</p> <p>Los servicios de transporte están cubiertos únicamente dentro del área de servicio de VillageHealth para servicios médicos que califican como citas con el médico o dentales, visitas a la farmacia, etc.</p>
Medicamentos de la Parte B de Medicare	<p>Usted paga \$0 por medicamentos para quimioterapia y otros medicamentos de la Parte B recibidos en una farmacia</p> <p>Usted paga el 20 % del costo total por medicamentos para quimioterapia y otros medicamentos de la Parte B recibidos en cualquier otro entorno</p>	<p>Usted paga \$0 por medicamentos para quimioterapia y otros medicamentos de la Parte B recibidos en una farmacia</p> <p>Usted paga el 20 % del costo total por medicamentos para quimioterapia y otros medicamentos de la Parte B recibidos en cualquier otro entorno</p>	Se aplican reglas de autorización previa para medicamentos seleccionados.

VILLAGEHEALTH

	Costo compartido de suministro para 30 días en farmacia minorista preferida	Costo compartido de suministro para 30 días en farmacia minorista estándar	Costo compartido de suministro para 90 días en farmacia minorista preferida	Costo compartido de suministro para 90 días en farmacia minorista estándar	Costo compartido de suministro para 90 días en farmacia de pedidos por correo
Etapa de cobertura inicial					
Nivel 1 (Genérico preferido)	Usted paga \$0	Usted paga \$2	Usted paga \$0	Usted paga \$6	Usted paga \$0
Nivel 2 (Genérico)	Usted paga el 25 %	Usted paga el 25 %	Usted paga el 25 %	Usted paga el 25 %	Usted paga el 25 %
Nivel 3 (De marca preferido)	Usted paga el 25 %	Usted paga el 25 %	Usted paga el 25 %	Usted paga el 25 %	Usted paga el 25 %
Nivel 4 (Medicamento no preferido)	Usted paga el 25 %	Usted paga el 25 %	Usted paga el 25 %	Usted paga el 25 %	Usted paga el 25 %
Nivel 5 (Nivel de especialidad)	Usted paga el 25 %	Usted paga el 25 %	No disponible	No disponible	No disponible

Etapa de interrupción en la cobertura

Comienza después de que el costo anual total de medicamentos (incluido lo que nuestro plan ha pagado y lo que usted ha pagado) alcance \$3,750.

Usted paga el 35 % del precio negociado (y una parte del costo de despacho) por sus medicamentos de marca y el 44 % del costo por sus medicamentos genéricos.

Etapa de cobertura catastrófica

Después de que sus costos de desembolso directo anuales por medicamentos alcancen \$5,000, usted pagará lo que resulte mayor:

- el 5 % del costo, o
- \$3.35 de copago por medicamentos genéricos (incluidos medicamentos de marca tratados como genéricos) y un copago de \$8.35 por todos los demás medicamentos.

Algunas de las farmacias de nuestra red también ofrecen costo compartido preferido. Usted puede pagar menos por determinados medicamentos si usa estas farmacias en lugar de farmacias que ofrecen costo compartido estándar.

Si reside en un centro de atención de largo plazo, usted paga lo mismo que en una farmacia minorista estándar.

Puede obtener medicamentos de una farmacia fuera de la red, pero es posible que pague más que en una farmacia dentro de la red.

El costo compartido puede cambiar dependiendo de la farmacia que elija (por ejemplo, farmacias minoristas preferidas, minoristas estándar, farmacias de pedidos por correo, de largo plazo (LTC) o de infusión a domicilio, etc.) ya sea que reciba un suministro de 30, 60 o 90 días y cuando entre a otra fase del beneficio de la Parte D. Para obtener más información, llame a nuestro Departamento de Servicios para Miembros al número de teléfono proporcionado en este documento o acceda a su Evidencia de cobertura en línea.

BENEFICIOS ADICIONALES

PRIMA Y BENEFICIOS	VILLAGEHEALTH		LO QUE DEBE SABER
	Servicios dentro de la red	Servicios fuera de la red	
<p>Equipo y suministros médicos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Equipo médico duradero (por ejemplo, sillas de ruedas, oxígeno) • Prótesis (por ejemplo, aparatos ortopédicos, extremidades artificiales) • Suministros para diabéticos 	<p>Usted paga el 20 % del costo total</p> <p>Usted paga el 20 % del costo total</p> <p>Usted paga \$0</p>	<p>Sin cobertura fuera de la red</p> <p>Sin cobertura fuera de la red</p> <p>Usted paga \$0</p>	<p>Se requiere autorización previa para equipo médico duradero, dispositivos prostéticos y determinados suministros para diabéticos.</p> <p>VillageHealth cubre suministros para diabéticos como monitores de glucosa, lancetas y solución de control de fabricante seleccionado. Las lancetas también están cubiertas y están disponibles de todos los fabricantes.</p>
<p>Programas de bienestar</p> <ul style="list-style-type: none"> • Membresía del club de salud 	<p>Usted paga \$0</p>	<p>Sin cobertura fuera de la red</p>	<p>Usted está cubierto por clubes de salud en su área contratados por VillageHealth.</p>

ACERCA DE VILLAGEHEALTH

¿Quién puede afiliarse?	Usted debe: <ul style="list-style-type: none">- tener la Parte A y la Parte B de Medicare- vivir en el área de servicio del plan (condados de Los Ángeles y Orange, California)- ser diagnosticado con enfermedad renal en etapa terminal o ser un paciente de postrasplante
Número de teléfono (miembros)	1-800-399-7226
Número de teléfono (no miembros)	1-877-916-1234 (Al llamar a este número será dirigido a un agente de seguros autorizado)
TTY	711
Horario de atención	Del 1 de octubre al 14 de febrero: de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana Del 15 de febrero al 30 de septiembre: de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes (los mensajes recibidos en días festivos y fuera de nuestro horario hábil se responderán en el plazo de un día hábil)
Sitio web	http://www.villagehealthca.com
Enlace al Directorio de proveedores y farmacias	http://www.villagehealthca.com
Enlace al Formulario	http://www.villagehealthca.com
Enlace a la Evidencia de cobertura	http://www.villagehealthca.com

Para obtener más información acerca de la cobertura y los costos de Original Medicare, consulte su manual actual **“Medicare y usted”**. Véalo en línea en <https://www.medicare.gov> u obtenga una copia llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Esta información no es una descripción completa de los beneficios. Comuníquese con el plan para obtener más información. Pueden aplicarse limitaciones, copagos y restricciones. Los beneficios, las primas y/o los copagos/coaseguros pueden cambiar el 1 de enero de cada año. Están disponibles otros proveedores en nuestra red. Debe continuar pagando la prima de la Parte B de Medicare. La lista de medicamentos (Formulario), la red de farmacias o la red de proveedores pueden cambiar en cualquier momento. Usted recibirá un aviso cuando sea necesario. La prima, los copagos, el coaseguro y los deducibles pueden variar con base en el nivel de Ayuda adicional que usted reciba. Comuníquese con el plan para detalles adicionales.

Puede obtener medicamentos recetados enviados a su casa, a través de nuestro programa de entrega de pedidos por correo de nuestra red. Por lo general, debe esperar recibir sus medicamentos recetados en el plazo de 14 días desde el momento en que la farmacia de pedidos por correo recibe el pedido. Si no recibe sus medicamentos recetados en ese plazo, comuníquese con Servicios para Miembros de VillageHealth, al 1-800-399-7226, de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana, del 1 de octubre al 14 de febrero. Del 15 de febrero al 30 de septiembre, el horario es de 8 a. m. a 8 p. m. de lunes a viernes (los mensajes recibidos en días festivos y fuera de nuestro horario hábil se responderán en el plazo de un día hábil). Los usuarios de TTY deben llamar al 711.

SCAN Health Plan cumple las leyes de derechos civiles federales aplicables y no discrimina, excluye ni trata a las personas de forma diferente por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo.

SCAN Health Plan ofrece recursos y servicios gratuitos a personas que tienen dificultades para comunicarse con nosotros de manera eficaz, tales como intérpretes del lenguaje de señas calificados e información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos).

SCAN Health Plan ofrece servicios lingüísticos gratuitos a personas cuyo idioma principal no es el inglés, tales como intérpretes calificados e información escrita en otros idiomas.

Si necesita estos servicios, comuníquese con Servicios para Miembros de SCAN.

Si cree que SCAN Health Plan no le ha prestado estos servicios o lo ha discriminado de otra forma por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, puede presentar un reclamo personalmente, por teléfono, por correo o por fax en:

SCAN Member Services
Attention: Grievance and Appeals Department
P.O. Box 22616, Long Beach, CA 90801-5616
1-800-559-3500 (TTY: 711)
Fax: 1-562-989-5181

O bien, puede completar el formulario "Presentación de un reclamo" ("File a Grievance") en nuestro sitio web en:

<https://www.scanhealthplan.com/contact-us/file-a-grievance>

Si necesita ayuda para completar un reclamo, Servicios para Miembros de SCAN está disponible para ayudarlo.

También puede presentar una queja de derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles (Office for Civil Rights) del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. (U.S. Department of Health and Human Services) de manera electrónica a través del portal de quejas de la Oficina de Derechos Civiles disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf> o por correo o teléfono al:

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

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

SCAN Health Plan es un plan HMO con un contrato con Medicare. La inscripción en SCAN Health Plan depende de la renovación del contrato.

Multi-language Interpreter Services

English: ATTENTION: If you speak a language other than English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-800-559-3500. (TTY: 711).

Spanish: ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-800-559-3500. (TTY: 711).

Chinese Traditional: 注意：如果您使用中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 1-800-559-3500。(TTY: 711)。

Chinese Simplified: 注意：如果您使用中文，您可以免费获得语言援助服务，请致电 1-800-559-3500。(TTY: 711)。

Vietnamese: CHÚ Ý: Nếu quý vị nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho quý vị. Xin vui lòng gọi số 1-800-559-3500. (TTY: 711).

Tagalog: PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 1-800-559-3500. (TTY: 711).

Korean: 주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 1-800-559-3500 번으로 연락해 주십시오. (TTY: 711).

Armenian: Ուշադրութեամբ հարկ է խնայել, որ քանի որ Ձեր լեզուն հայերեն, ապա Ձեր անվճար կարող են տրամադրվել լեզվական աջակցության ծառայություններ: Ձանգահարե՛ք 1-800-559-3500 հեռախոսահամարով: Հեռատիպի համարն է՝ 711:

Persian: توجه: اگر به زبان فارسی گفتگو می کنید، تسهیلات زبانی بصورت رایگان برای شما فراهم می باشد. با شماره 1-800-559-3500 تماس بگیرید. (TTY: 711).

Russian: ВНИМАНИЕ! Если вы говорите по-русски, вы можете бесплатно получить услуги перевод;а. Звоните по телефону 1-800-559-3500 (TTY: 711).

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。お問合せ先 1-800-559-3500. (TTY: 711).

Arabic: ملحوظة: إذا كنت تتحدث العربية، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم 1-800-559-3500. (الهاتف النصي: 711).

Punjabi: ਧਿਆਨ ਦਿਓ: ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਪੰਜਾਬੀ ਬੋਲਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਸਹਾਇਤਾ ਸੇਵਾ ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਮੁਫਤ ਉਪਲਬਧ ਹੈ। 1-800-559-3500 ਉੱਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ। (TTY: 711)।

Mon-Khmer, Cambodian: សូមយកចិត្តទុកដាក់៖ បើសិនជាអ្នកនិយាយភាសាខ្មែរ សេវាជំនួយផ្នែកភាសាដោយមិនគិតថ្លៃ អាចមានសំរាប់បំរើអ្នក។ សូមទូរស័ព្ទទៅលេខ 1-800-559-3500 ។ (TTY: 711) ។

Hmong: LUS CEEV: Yog tias koj hais lus Hmoob (Ntawv Suav - Hmoob), muaj kev pab txhais lus pub dawb rau koj. Hu rau 1-800-559-3500. (TTY: 711).

Hindi: ध्यान दें: यदि आप हिंदी बोलते हैं तो आपके लिए मुफ्त में भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध हैं। कॉल करें 1-800-559-3500, (TTY: 711)।

Thai: โปรดทราบ: ถ้าคุณพูดภาษาไทย คุณสามารถใช้บริการช่วยเหลือทางภาษาได้ฟรี โทร 1-800-559-3500 (TTY: 711)