

2019

Resumen de beneficios

VillageHealth (HMO-POS SNP) Condados de Riverside y San Bernardino

Del 1 de enero de 2019 al 31 de diciembre de 2019

VillageHealth (HMO-POS SNP) es un plan HMO con un contrato de Medicare. La inscripción en SCAN Health Plan depende de la renovación del contrato.

La información de beneficios proporcionada no menciona cada servicio que cubrimos ni cada limitación o exclusión. Para obtener una lista completa de los servicios que cubrimos, solicite la “Evidencia de cobertura” llamando a nuestro Departamento de Servicios para Miembros al número de teléfono que se indica en este documento o ingresando en www.villagehealthca.com.

Y0057_SCAN_10888_2018F_M_SP

R586 08/18 19C-SMBVH1SP



RESUMEN DE BENEFICIOS DEL 1 DE ENERO DE 2019 AL 31 DE DICIEMBRE DE 2019

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 \$34.80 por mes.	Usted paga \$34.80 por mes.	Usted debe seguir pagando la prima de la Parte B de Medicare.
Deducible	Usted paga un deducible de \$183 por año por los servicios dentro de la red en 2018. Este monto puede cambiar en 2019. Usted paga \$370 por año por los medicamento con receta de la Parte D para los Niveles 2 a 5.	Usted paga un deducible de \$183 por año por los servicios dentro de la red en 2018. Este monto puede cambiar en 2019. Usted paga \$370 por año por los medicamento con receta de la Parte D para los Niveles 2 a 5.	Este plan tiene deducibles para algunos servicios médicos y hospitalarios y medicamentos con receta de la Parte D.
Responsabilidad máxima que paga de su bolsillo (esto no incluye medicamentos con receta)	\$6,700 por año.	\$6,700 por año.	El máximo que paga por los copagos y el coseguro de los servicios médicos dentro y fuera de la red cubiertos por Medicare por el año.
Cobertura de servicio para pacientes internados	En 2018, los montos para cada período de beneficios* fueron: <ul style="list-style-type: none"> • Deducible de \$1,340 por período de beneficios. • \$0 por día por los días 1 a 60. • Copago de \$335 por día por los días 61 a 90. • Copago de \$670 por cada "día de reserva de por vida" por los días 1 a 60. Estos montos pueden cambiar en 2019.	En 2018, los montos para cada período de beneficios* fueron: <ul style="list-style-type: none"> • Deducible de \$1,340 por período de beneficios. • \$0 por día por los días 1 a 60. • Copago de \$335 por día por los días 61 a 90. • Copago de \$670 por cada "día de reserva de por vida" por los días 1 a 60. Estos montos pueden cambiar en 2019.	Usted tiene cobertura para hasta 90 días por período de beneficios.* También tiene cobertura para hasta 60 días adicionales para los días 91 y en adelante de por vida.

* Un período de beneficios comienza el día en que ingresa al hospital o centro de enfermería especializada (SNF). El período de beneficios finaliza cuando no ha recibido atención para pacientes internados en un hospital ni en un centro de enfermería especializada (SNF) durante 60 días consecutivos.

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 quirúrgico ambulatorio • Hospital para pacientes ambulatorios 	<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>	
Consultas al médico <ul style="list-style-type: none"> • Atención primaria • Especialistas 	<p>Usted paga \$0.</p> <p>Usted paga el 20 % del costo total.</p>	<p>Usted paga \$0.</p> <p>Usted paga el 20 % del costo total.</p>	
Atención preventiva	<p>Usted paga \$0.</p>	<p>Usted paga \$0.</p>	<p>Se cubrirán todos los servicios de prevención adicionales aprobados por Medicare durante el año del contrato.</p>
Atención de emergencia	<p>Usted paga el 20 % del costo total para hasta un copago de \$90 por consulta.</p>	<p>Usted paga el 20 % del costo total para hasta un copago de \$90 por consulta.</p>	<p>No se aplicará el copago para la sala de emergencias si usted ingresa al hospital de inmediato.</p> <p>No tiene cobertura fuera de los EE. UU. excepto en circunstancias limitadas según lo definido por Medicare.</p>
Servicios de urgencia	<p>Usted paga \$0.</p>	<p>Usted paga \$0.</p>	<p>No tiene cobertura fuera de los EE. UU. excepto en circunstancias limitadas según lo definido por 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/diagnóstico por imágenes</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios de laboratorio • Pruebas y procedimientos diagnósticos • Radiografías 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 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 \$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>Sin cobertura.</p> <p>Sin cobertura.</p>	<p>Usted paga el 20 % del costo total.</p> <p>Sin cobertura.</p> <p>Sin cobertura.</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 • Examen bucal (de rutina) no cubierto por Medicare • Limpieza dental (de rutina) no cubierta por Medicare • Radiografías dentales (de rutina) no cubiertas por Medicare 	<p>Usted paga el 20 % del costo total.</p> <p>Usted paga \$0.</p> <p>Usted paga \$0 por hasta 2 consultas cada 12 meses.</p> <p>Usted paga \$0 por hasta 1 serie de radiografías cada 6 meses.</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 consultar 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 vista cubierto por Medicare para diagnosticar/tratar enfermedades oculares • Anteojos después de una cirugía de cataratas cubiertos por Medicare • 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 servicios de la vista (de rutina) no cubierto 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 consulta por año.</p> <p>Usted paga un copago de \$25 por par cada 2 años.</p> <p>Usted tiene cobertura de hasta \$200 para monturas 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 consultar a un proveedor de servicios 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"> • Consulta de paciente internado <ul style="list-style-type: none"> • Consulta de terapia individual/grupal para pacientes ambulatorios • Consulta de terapia individual/grupal para pacientes ambulatorios con un psiquiatra 	<p>En 2018, los montos para cada período de beneficios* fueron:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Deducible de \$1,340 por período de beneficios. • \$0 por día por los días 1 a 60. • Copago de \$335 por día por los días 61 a 90. • Copago de \$670 por cada “día de reserva de por vida” por los días 1 a 60. <p>Estos montos pueden cambiar en 2019.</p> <p>Usted paga \$0 por consulta.</p> <p>Usted paga \$0 por consulta.</p>	<p>En 2018, los montos para cada período de beneficios* fueron:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Deducible de \$1,340 por período de beneficios. • \$0 por día por los días 1 a 60. • Copago de \$335 por día por los días 61 a 90. • Copago de \$670 por cada “día de reserva de por vida” por los días 1 a 60. <p>Estos montos pueden cambiar en 2019.</p> <p>Usted paga \$0 por consulta.</p> <p>Usted paga \$0 por consulta.</p>	<p>Usted tiene cobertura para hasta 90 días por período de beneficios.*</p> <p>También tiene cobertura para hasta 60 días adicionales para los días 91 y en adelante de por vida.</p>
<p>Centro de enfermería especializada</p>	<p>En 2018, los montos para cada período de beneficios* fueron:</p> <ul style="list-style-type: none"> • \$0 por día por los días 1 a 20. • Copago de \$167.50 por día por los días 21 a 100. <p>Estos montos pueden cambiar en 2019.</p>	<p>Sin cobertura fuera de la red.</p>	<p>Se requiere autorización previa para los servicios en un centro de enfermería especializada. Usted tiene cobertura para hasta 100 días por período de beneficios.*</p> <p>No se requiere hospitalización previa.</p>

* Un período de beneficios comienza el día en que ingresa al hospital o centro de enfermería especializada (SNF). El período de beneficios finaliza cuando no ha recibido atención para pacientes internados en un hospital ni en un centro de enfermería especializada (SNF) durante 60 días consecutivos.

PRIMA Y BENEFICIOS	VILLAGEHEALTH		LO QUE DEBE SABER
	Servicios dentro de la red	Servicios fuera de la red	
Fisioterapia	Usted paga \$0 por consulta.	Usted paga \$0 por consulta.	
Ambulancia	Usted paga el 20 % del costo total por viaje de ida o vuelta.	Usted paga el 20 % del costo total por viaje de ida o vuelta.	
Transporte (de rutina; no cubierto por Medicare)	<p>Usted paga \$0 por hasta 50 viajes de ida o vuelta por año.</p> <p>Se aplica un límite de 75 millas para cada viaje de ida o vuelta.</p>	Sin cobertura fuera de la red.	<p>Se requiere autorización previa para los servicios de transporte de rutina.</p> <p>Los servicios de transporte solo están cubiertos dentro del área de servicio de VillageHealth para servicios médicos que califiquen, como citas con médicos o dentistas, consultas a farmacias, etc.</p>
Medicamentos de la Parte B de Medicare	<p>Usted paga \$0 para quimioterapia y otros medicamentos de la Parte B que reciba en una farmacia.</p> <p>Usted paga el 20 % del costo total para quimioterapia y otros medicamentos de la Parte B que reciba en cualquier otro establecimiento.</p>	<p>Usted paga \$0 para quimioterapia y otros medicamentos de la Parte B que reciba en una farmacia.</p> <p>Usted paga el 20 % del costo total para quimioterapia y otros medicamentos de la Parte B que reciba en cualquier otro establecimiento.</p>	Se aplican normas sobre autorización previa para medicamentos seleccionados.

MEDICAMENTOS CON RECETA PARA PACIENTES AMBULATORIOS

Usted paga lo siguiente:

VILLAGEHEALTH

	Gastos compartidos para un suministro para 30 días en una farmacia minorista preferida	Gastos compartidos para un suministro para 30 días en una farmacia minorista estándar	Gastos compartidos para un suministro para 90 días en una farmacia minorista preferida	Gastos compartidos para un suministro para 90 días en una farmacia minorista estándar	Gastos compartidos para un suministro para 90 días en una farmacia de pedido por correo
Etapa de cobertura inicial					
Nivel 1 (medicamentos genéricos preferidos)	Usted paga \$0.	Usted paga \$5.	Usted paga \$0.	Usted paga \$15.	Usted paga \$0.
Nivel 2 (medicamentos genéricos)	Usted paga \$3.	Usted paga \$8.	Usted paga \$9.	Usted paga \$24.	Usted paga \$9.
Nivel 3 (medicamentos de marca preferidos)	Usted paga el 25 %.	Usted paga el 25 %.	Usted paga el 25 %.	Usted paga el 25 %.	Usted paga el 25 %.
Nivel 4 (medicamentos no preferidos)	Usted paga el 25 %.	Usted paga el 25 %.	Usted paga el 25 %.	Usted paga el 25 %.	Usted paga el 25 %.
Nivel 5 (medicamentos 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 total anual de los medicamentos (incluido lo que nuestro plan haya pagado y lo que usted haya pagado) alcanza \$3,820.

Usted paga el 25 % del precio negociado (y una parte de la tarifa de entrega) por sus medicamentos de marca y el 37 % del costo por sus medicamentos genéricos.

Etapa de cobertura catastrófica

Después de que los costos anuales de los medicamentos que paga de su bolsillo alcancen \$5,100, usted paga el monto que sea mayor entre:

- el 5 % del costo, o
- un copago de \$3.40 para los medicamentos genéricos (incluidos medicamentos que son considerados genéricos) y un copago de \$8.50 para todos los demás medicamentos.

Algunas de nuestras farmacias de la red tienen gastos compartidos preferidos. Es posible que usted pague menos por determinados medicamentos si usa estas farmacias. Los gastos compartidos pueden cambiar según la farmacia que elija y cuándo ingresa en otra fase del beneficio de la Parte D. Para obtener más información, llame a nuestro Departamento de Servicios para Miembros al número que se proporciona en este documento o acceda a nuestra Evidencia de cobertura en línea.

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

Sus gastos compartidos pueden variar según la farmacia que elija (por ej., minorista preferida, minorista estándar, de pedido por correo, de cuidado a largo plazo (LTC) o de infusión en el hogar, etc.) y si recibe un suministro para 30 o 90 días. Para obtener más información sobre los copagos específicos de las farmacias, llame al nuestro Departamento de Servicios para Miembros de SCAN al número de teléfono que se proporciona en este documento o acceda a nuestra 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	
Equipo/ suministros médicos <ul style="list-style-type: none"> Equipo médico duradero (por ej., sillas de ruedas, oxígeno) Dispositivos protésicos (por ej., férulas, extremidades artificiales) Suministros para diabéticos 	<p>Usted paga del 0 % al 20 % del costo total.</p> <p>Usted paga del 0 % al 20 % del costo total.</p> <p>Usted paga \$0.</p>	<p>Usted paga del 0 % al 20 % del costo total.</p> <p>Usted paga del 0 % al 20 % del costo total.</p> <p>Usted paga \$0.</p>	<p>Se requiere autorización previa para el equipo médico duradero, las prótesis y determinados suministros para diabéticos cubiertos.</p> <p>VillageHealth cubre suministros para diabéticos como monitores de glucosa, tiras reactivas y solución de control de un fabricante seleccionado. Las lancetas también están cubiertas y están disponibles de todos los fabricantes.</p>

ACERCA DE VILLAGEHEALTH

¿Quién puede inscribirse?	Usted debe cumplir con lo siguiente: <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 Riverside y San Bernardino, California).- Ser ciudadano de los Estados Unidos o tener presencia legal en los Estados Unidos.- Haber sido diagnosticado con una enfermedad renal en fase terminal (ESRD) o ser un paciente postrasplante.
Número de teléfono (miembros)	1-800-399-7226
Número de teléfono (no miembros)	1-877-916-1234 Si llama a este número, se comunicará directamente con un agente de seguros con licencia.
TTY	711
Horarios de atención	Del 1 de octubre al 31 de marzo: De 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana. Del 1 de abril al 30 de septiembre: De 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes. Los mensajes recibidos en días feriados y fuera de nuestro horario de atención se responderán dentro de un día hábil.
Sitio web	http://www.villagehealthca.com

Para obtener más información sobre la cobertura y los costos de Medicare original consulte su manual “**Medicare & You**” (Medicare y usted) actual. Consúltelo en línea en <https://www.medicare.gov> u obtenga una copia llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas, 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. Llame al 1-800-399-7226 (TTY: 711) para obtener más información. Hay otros proveedores disponibles dentro de nuestra red. Usted debe seguir pagando la prima de la Parte B de Medicare. El Formulario, la red de farmacias o la red de proveedores pueden cambiar en cualquier momento. Recibirá un aviso cuando sea necesario. Las primas, los copagos, coseguros y deducibles pueden variar en función del nivel de ayuda adicional que reciba. Comuníquese con el plan para obtener más información.

Puede solicitar que se le envíen sus medicamentos con receta a su hogar a través de nuestro programa de entrega de pedido por correo de la red. Generalmente, debería esperar recibir sus medicamentos con receta dentro de 14 días a partir del momento en que la farmacia de pedido por correo reciba la solicitud. Si no recibe sus medicamentos con receta dentro de ese plazo, comuníquese con Servicios para Miembros de VillageHealth llamando al 1-800-399-7226, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo. Desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre, el horario es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes (los mensajes recibidos en días feriados y fuera del horario de atención se responderán en el plazo de un día hábil). TTY: 711.

Lista de verificación de preinscripción

Antes de tomar la decisión de inscribirse, es importante que comprenda plenamente nuestros beneficios y nuestras normas. Si tiene alguna pregunta, puede comunicarse con un representante de Servicio al cliente al 1-877-916-1234 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo. Del 1 de abril al 30 de septiembre, el horario es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes. Los mensajes recibidos en días feriados y fuera de nuestro horario de atención se responderán dentro de un día hábil.

Para comprender los beneficios

- Revise la lista completa de beneficios que se encuentra en la Evidencia de cobertura (EOC), especialmente para aquellos servicios que recibe habitualmente de un médico. Para acceder a una copia de la EOC, visite www.villagehealthca.com o llame al 1-877-916-1234.
- Revise el directorio de proveedores (o consulte con su médico) para asegurarse de que los médicos que visita actualmente estén en la red. Si no se encuentran en la lista, es probable que deba elegir un nuevo médico.
- Revise el directorio de farmacias para asegurarse de que la farmacia que le proporciona sus medicamentos con receta esté en la red. Si la farmacia no se encuentra en la lista, es probable que deba elegir una nueva farmacia para acceder a sus medicamentos con receta.

Para comprender las normas importantes

- Además de su prima mensual del plan, debe seguir pagando la prima de la Parte B de Medicare. Esta prima generalmente se deduce de su cheque del Seguro Social cada mes.
- Los beneficios, las primas o los copagos/coseguros pueden cambiar el 1 de enero de 2020.
- Excepto en situaciones de emergencia o urgencia, no cubrimos servicios de proveedores fuera de la red (médicos que no se encuentran en el directorio de proveedores).
- Nuestro plan le permite consultar con proveedores fuera de nuestra red (proveedores no contratados). Sin embargo, si bien nosotros pagaremos por los servicios brindados por un proveedor no contratado, el proveedor debe acceder a tratarlo. Excepto en situaciones de emergencia o urgencia, los proveedores no contratados pueden negarse a atenderlo.
- Este plan es un plan de necesidades especiales para enfermedades crónicas (C-SNP). Para que usted pueda inscribirse en el plan, debemos verificar que tenga una afección crónica grave o incapacitante específica que califique para el plan.

SCAN Health Plan cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina, excluye o 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 proporcionado estos servicios o lo ha discriminado de otra forma en función de su raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, puede presentar un reclamo personalmente, por teléfono, por correo o por fax:

SCAN Member Services

Attention: Departamento de Reclamos y Apelaciones

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 interponer 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 de Medicare. La inscripción en SCAN Health Plan depende de la renovación del contrato.

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: ՈՒՇԱԴՐՈՒԹՅՈՒՆ՝ Եթե խոսում եք հայերեն, ապա Ձեզ անվճար կարող են տրամադրվել լեզվական աջակցության ծառայություններ: Չանգահարե՛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;a. 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 អាចមានសំរាប់អ្នក។ 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)

Lao: ໂປດຊາບ: ຖ້າວ່າ ທ່ານເວົ້າພາສາ ລາວ, ການບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາ, ໂດຍບໍ່ເສັຽຄ່າ, ແມ່ນມີ ພ້ອມໃຫ້ທ່ານ. ໂທ 1-800-559-3500 (TTY: 711).