



VillageHealth (HMO-POS SNP) ofrecido por SCAN Health Plan

Notificación anual de cambios para 2020

En la actualidad, está inscrito como miembro de VillageHealth. El próximo año, se aplicarán algunos cambios en los costos y beneficios del plan. *Este documento describe los cambios.*

- **Usted tiene tiempo desde el 15 de octubre hasta el 7 de diciembre para hacer cambios en su cobertura de Medicare para el próximo año.**
-

Qué hacer ahora

1. PREGUNTE: ¿Qué cambios lo afectan?

- Verifique los cambios en nuestros beneficios y costos para saber si lo afectan a usted.
 - Es importante que revise ahora su cobertura para asegurarse de que satisfaga sus necesidades el próximo año.
 - ¿Estos cambios afectan los servicios que usted utiliza?
 - Consulte las Secciones 1.1 y 1.5 para obtener más información acerca de los cambios en los beneficios y costos de nuestro plan.
- Verifique los cambios en el documento para nuestra cobertura para medicamentos con receta para saber si lo afectan a usted.
 - ¿Estarán cubiertos sus medicamentos?
 - ¿Sus medicamentos están en una categoría diferente con gastos compartidos distintos?
 - ¿Alguno de sus medicamentos tiene restricciones nuevas, como requerir nuestra aprobación antes de obtener sus medicamentos con receta?
 - ¿Puede seguir utilizando las mismas farmacias? ¿Hay cambios en el costo por usar esta farmacia?
 - Revise la Lista de medicamentos para 2020 y consulte la Sección 1.6 para obtener información sobre los cambios en nuestra cobertura para medicamentos.

- El costo de sus medicamentos puede haber subido desde el año pasado. Consulte con su médico acerca de alternativas de menor costo que puedan estar disponibles para usted; esto le puede ahorrar los costos que paga de su bolsillo durante el año. Para obtener información adicional sobre los precios de los medicamentos, consulte <https://go.medicare.gov/drugprices>. Estas listas destacan los fabricantes que aumentaron los precios y también muestran la información sobre los precios de los medicamentos de un año para el otro. Recuerde que los beneficios de su plan determinarán exactamente cuántos cambios habrá en sus propios costos de medicamentos.
- Verifique si sus doctores y otros proveedores se encontrarán en nuestra red el próximo año.
- ¿Se encuentran sus doctores, incluidos los especialistas que consulta con frecuencia, en nuestra red?
 - ¿Se encuentran los hospitales y otros proveedores que usted utiliza?
 - Consulte la Sección 1.3 para obtener más información acerca del *Directorio de proveedores y farmacias*.
- Piense acerca de los costos de atención de la salud generales.
- ¿Cuánto dinero pagará de su bolsillo por los servicios y medicamentos con receta que utiliza habitualmente?
 - ¿Cuánto gastará en su prima y los deducibles?
 - ¿Cómo se comparan sus costos totales del plan con otras opciones de cobertura de Medicare?
- Piense si se encuentra satisfecho con nuestro plan.
- 2. COMPARAR:** Conozca otras opciones del plan
- Revise la cobertura y los costos de los planes en su área.
- Use la función de búsqueda personalizada en Medicare Plan Finder (Buscador de planes de Medicare) en el sitio web <https://www.medicare.gov>. Haga clic en “Find health & drug plans” (Buscar planes de salud y medicamentos).
 - Revise la lista en la portada posterior del manual Medicare & You (Medicare y Usted).
 - Consulte la Sección 2.2 para obtener más información sobre sus opciones.
- Una vez que limita su opción a un plan preferido, confirme sus costos y cobertura en el sitio web del plan.
- 3. ELIJA:** Decida si desea cambiar su plan
- Si desea **conservar** VillageHealth, no debe hacer nada. Permanecerá en VillageHealth.

- Para cambiar a un **plan diferente** que pueda satisfacer mejor sus necesidades, puede cambiar de plan desde el 15 de octubre hasta el 7 de diciembre.

4. INSCRÍBASE: Para cambiar los planes, inscríbese en un plan entre el **15 de octubre** y el **7 de diciembre de 2019**

- Si no se inscribe en otro plan antes del **7 de diciembre, 2019**, permanecerá en VillageHealth.
- Si se inscribe en otro plan antes del **7 de diciembre, 2019**, su nueva cobertura comenzará el 1 de **enero, 2020**.

Recursos adicionales

- Este documento se encuentra disponible de forma gratuita en español.
- Contáctenos a nuestro Servicios para Miembros número al 1-800-399-7226 para obtener más información. (Los usuarios de TTY deben llamar al 711). Atendemos de 8 a. m. a 8 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 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. No atendemos la mayoría de los días festivos nacionales. Cuando no atendemos, tiene la opción de dejar un mensaje. Los mensajes recibidos durante los días festivos y fuera de las horas laborales se responderán el siguiente día hábil.
- También podemos brindarle gratuitamente información en letra grande, en sistema braille, en una grabación de audio o en formatos alternativos si lo requiere.
- **La cobertura según este plan califica como Cobertura de salud calificada (QHC)** y cumple con el requisito de responsabilidad compartida individual de la Ley de Protección del Paciente y Atención médica de Salud de Bajo Costo (Patient Protection and Affordable Care Act, ACA). Para obtener más información, visite el sitio web del Servicio de Impuestos Internos (Internal Revenue Service, IRS) en <https://www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families>.

Acerca de VillageHealth

- VillageHealth (HMO-POS SNP) es un plan HMO con un contrato con Medicare. La inscripción en SCAN Health Plan depende de una renovación del contrato. El Plan de Punto de Servicio (POS) es un Plan de Atención Administrada de Medicare que le permite la opción de recibir servicios específicos fuera de la red de proveedores del plan. En algunas instancias, puede haber un costo adicional por estos servicios.
- Cuando en este documento se menciona “nosotros,” “nos” o “nuestro/a,” se hace referencia a SCAN Health Plan. Cuando se menciona “plan” o “nuestro plan,” se hace referencia a VillageHealth.

20C-ANOCVH2SP R985
Y0057_SCAN_11452_2019F_M_SP

Resumen de costos importantes para 2020

La siguiente tabla compara los costos de 2019 y los costos de 2020 para VillageHealth en varias áreas importantes. **Tenga en cuenta que esto es solo un resumen de los cambios.** Hay una copia de la *Evidencia de cobertura* en nuestro sitio web en www.villagehealthca.com. También puede comunicarse con Servicios para Miembros para solicitarnos que le enviemos por correo una *Evidencia de cobertura*.

Costo	2019 (este año)	2020 (el próximo año)
Prima mensual del plan* * Su prima puede ser mayor o menor que este monto. Consulte la Sección 1.1 para obtener detalles.	\$34.80	\$32
Deducible	\$185	\$185 Esta es una suma deducible de 2019 y puede cambiar para 2020.
Monto máximo que paga de su bolsillo Este es el monto <u>máximo</u> que pagará de su bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B. (Consulte la Sección 1.2 para obtener detalles).	Dentro y fuera de la red \$6,700	Dentro y fuera de la red \$6,700
Consultas en el consultorio del médico	Dentro de la red Consultas de atención primaria: \$0 por consulta Consultas a especialistas: \$0 por consultas de nefrología. 20% del costo total por todos los demás servicios de especialistas por consulta.	Dentro de la red Consultas de atención primaria: \$0 por consulta Consultas a especialistas: \$0 por consultas de nefrología. 20% del costo total por todos los demás servicios de especialistas por consulta.

Costo	2019 (este año)	2020 (el próximo año)
<p>Consultas en el consultorio del médico (continuación)</p>	<p>Fuera de la red</p> <p>Consultas de atención primaria: 20% del costo total por consulta.</p> <p>Consultas a especialistas: \$0 por consultas de nefrología. 20% del costo total por todos los demás servicios de especialistas por consulta.</p>	<p>Fuera de la red</p> <p>Consultas de atención primaria: 20% del costo total por consulta.</p> <p>Consultas a especialistas: \$0 por consultas de nefrología. 20% del costo total por todos los demás servicios de especialistas por consulta.</p>
<p>Hospitalizaciones</p> <p>Incluye servicios hospitalarios de atención médicas agudos, de rehabilitación, de atención a largo plazo y de otros tipos para pacientes internados en un hospital. La atención hospitalaria para pacientes internados comienza el día en que formalmente ingresa al hospital con una orden del médico. El día anterior a su alta médica es su último día como paciente internado.</p>	<p>Usted paga un deducible de \$1,364 por los días 1-60, un copago de \$341 por día por los días 61-90 y un copago de \$682 por día por los días de reserva de por vida (hasta 60 días de por vida) por período de beneficios.</p>	<p>Usted paga un deducible de \$1,364 para los días 1 a 60, \$341 de copago por día para los días 61 a 90 y \$682 de copago por día para los días de reserva de por vida (hasta 60 días de por vida) por período de beneficios.</p> <p>Estas son sumas de costos compartidos de 2019 y pueden cambiar para 2020.</p>

Costo	2019 (este año)	2020 (el próximo año)
<p>Cobertura para medicamentos con receta de la Parte D (Consulte la Sección 1.6 para obtener detalles).</p>	<p>Deducible: \$415</p> <p>Copago/Coseguro durante la Etapa de Cobertura Inicial:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos de Nivel 1: \$3 por receta (<i>gasto compartido estándar</i> por suministro de 30 días) • Medicamentos de Nivel 2: 25% del costo total (<i>gasto compartido estándar</i> por suministro de 30 días) <p>\$0 por receta (<i>gasto compartido preferido</i> por suministro de 30 días)</p> <p>25% del costo total (<i>gasto compartido preferido</i> por suministro de 30 días)</p>	<p>Deducible: \$435</p> <p>Copago/Coseguro durante la Etapa de Cobertura Inicial:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos de Nivel 1: \$3 por receta (<i>gasto compartido estándar</i> por suministro de 30 días) • Medicamentos de Nivel 2: 25% del costo total (<i>gasto compartido estándar</i> por suministro de 30 días) <p>\$0 por receta (<i>gasto compartido preferido</i> por suministro de 30 días)</p> <p>25% del costo total (<i>gasto compartido preferido</i> por suministro de 30 días)</p>

Costo	2019 (este año)	2020 (el próximo año)
	<ul style="list-style-type: none"> <li data-bbox="711 304 1008 562">• Medicamentos de Nivel 3: 25% del costo total (<i>gasto compartido estándar</i> por suministro de 30 días) <li data-bbox="755 590 1008 772">25% del costo total (<i>gasto compartido preferido</i> por suministro de 30 días) <li data-bbox="711 800 1008 1058">• Medicamentos de Nivel 4: 25% del costo total (<i>gasto compartido estándar</i> por suministro de 30 días) <li data-bbox="755 1085 1008 1268">25% del costo total (<i>gasto compartido preferido</i> por suministro de 30 días) <li data-bbox="711 1295 1008 1554">• Medicamentos de Nivel 5: 25% del costo total (<i>gasto compartido estándar</i> por suministro de 30 días) <li data-bbox="755 1581 1008 1764">25% del costo total (<i>gasto compartido preferido</i> por suministro de 30 días) 	<ul style="list-style-type: none"> <li data-bbox="1084 304 1382 562">• Medicamentos de Nivel 3: 25% del costo total (<i>gasto compartido estándar</i> por suministro de 30 días) <li data-bbox="1128 590 1382 772">25% del costo total (<i>gasto compartido preferido</i> por suministro de 30 días) <li data-bbox="1084 800 1382 1058">• Medicamentos de Nivel 4: 25% del costo total (<i>gasto compartido estándar</i> por suministro de 30 días) <li data-bbox="1128 1085 1382 1268">25% del costo total (<i>gasto compartido preferido</i> por suministro de 30 días) <li data-bbox="1084 1295 1382 1554">• Medicamentos de Nivel 5: 25% del costo total (<i>gasto compartido estándar</i> por suministro de 30 días) <li data-bbox="1128 1581 1382 1764">25% del costo total (<i>gasto compartido preferido</i> por suministro de 30 días)

Aviso anual de cambios para 2020

Tabla de contenidos

Resumen de costos importantes para 2020	1
SECCIÓN 1 Cambios en los beneficios y costos para el próximo año	6
Sección 1.1 – Cambios en la prima mensual	6
Sección 1.2 – Cambios en el monto máximo que paga de su bolsillo	6
Sección 1.3 – Cambios en la red de proveedores	7
Sección 1.4 – Cambios en la red de farmacias	7
Sección 1.5 – Cambios en los beneficios y costos de los servicios médicos	8
Sección 1.6 – Cambios en la cobertura para medicamentos con receta de la Parte D	11
SECCIÓN 2 Cómo decidir qué plan elegir	17
Sección 2.1 – Si desea seguir inscrito en VillageHealth	17
Sección 2.2 – Si desea cambiar de plan	17
SECCIÓN 3 Plazo para el cambio de plan	18
SECCIÓN 4 Programas que ofrecen asesoramiento gratuito sobre Medicare	18
SECCIÓN 5 Programas que ayudan a pagar los medicamentos con receta	19
SECCIÓN 6 ¿Preguntas?	20
Sección 6.1 – Cómo recibir ayuda de VillageHealth	20
Sección 6.2 – Cómo recibir ayuda de Medicare	20

SECCIÓN 1 Cambios en los beneficios y costos para el próximo año

Sección 1.1 – Cambios en la prima mensual

Costo	2019 (este año)	2020 (el próximo año)
Prima mensual (También debe seguir pagando la prima de la Parte B de Medicare).	\$34.80	\$32

- Su prima mensual del plan será mayor si debe pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D de por vida por haber estado sin otra cobertura para medicamentos que sea, al menos, tan buena como la cobertura para medicamentos de Medicare (también denominada “cobertura acreditable”) durante 63 días o más.
- Si usted tiene un ingreso más alto, es posible que deba pagar un monto adicional cada mes directamente al gobierno por su cobertura para medicamentos con receta de Medicare.
- Su prima mensual será menor si usted recibe “Ayuda adicional” para los costos de sus medicamentos con receta.

Sección 1.2 – Cambios en el monto máximo que paga de su bolsillo

Para protegerlo, Medicare exige que todos los planes de salud limiten el monto que usted paga “de su bolsillo” durante el año. Este límite se denomina el “monto máximo que paga de su bolsillo”. Una vez que alcance este monto, por lo general, no paga nada por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B por el resto del año.

Costo	2019 (este año)	2020 (el próximo año)
Suma máxima de su propio bolsillo	Dentro y fuera de la red	Dentro y fuera de la red
	\$6,700	\$6,700
Los costos por servicios médicos cubiertos (como copagos y deducibles) cuentan para la suma máxima de su propio bolsillo. Su prima del plan y sus costos por medicamentos con receta no cuentan para calcular el monto máximo que paga de su bolsillo.		Una vez que haya pagado \$6,700 de su bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B, no pagará nada por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B por el resto del año calendario.

Sección 1.3 – Cambios en la red de proveedores

Hemos cambiado nuestra red de proveedores para el próximo año. En nuestro sitio web www.villagehealthca.com se encuentra disponible un *Directorio de proveedores y farmacias* actualizado. También puede llamar a Servicios para Miembros para obtener información actualizada sobre los proveedores o para solicitarnos que le enviemos un *Directorio de proveedores y farmacias*. **Revise el *Directorio de proveedores y farmacias de 2020* para verificar si sus proveedores (proveedor de atención primaria, especialistas, hospitales, etc.) se encuentran en nuestra red.**

Es importante que usted sepa que podemos realizar cambios en los hospitales, médicos y especialistas (proveedores) que forman parte de su plan durante el año. Existen varias razones por las cuales su proveedor puede dejar de estar en su plan, pero si su médico o especialista deja de estar en el plan usted tiene ciertos derechos y protecciones que se resumen a continuación:

- A pesar de que nuestra red de proveedores puede cambiar durante el año, debemos proporcionarle acceso ininterrumpido a los médicos y especialistas calificados.
- Haremos un esfuerzo de buena fe para enviarle un aviso de que su proveedor dejará el plan con, al menos, 30 días de anticipación para que tenga tiempo de elegir un proveedor nuevo.
- Lo ayudaremos a seleccionar un nuevo proveedor calificado para que continúe administrando sus necesidades de atención médica.
- Si está realizando un tratamiento médico, tiene derecho a hacer una solicitud, y trabajaremos con usted para garantizar que el tratamiento médicamente necesario que está recibiendo no se interrumpa.
- Si cree que no le hemos proporcionado un proveedor calificado para reemplazar a su proveedor anterior o que su atención no está siendo administrada de manera apropiada, tiene derecho a presentar una apelación de nuestra decisión.
- Si se entera de que su médico o especialista dejará el plan, comuníquese con nosotros para que podamos ayudarlo a encontrar un nuevo proveedor y a administrar su atención.

Sección 1.4 – Cambios en la red de farmacias

Los montos que paga por sus medicamentos con receta pueden depender de la farmacia que utilice. Los planes de medicamentos de Medicare tienen una red de farmacias. En la mayoría de los casos, los medicamentos con receta están cubiertos *solo* si se obtienen en una de nuestras farmacias de la red. Nuestra red incluye farmacias con gastos compartidos preferidos, las cuales pueden ofrecerle gastos compartidos más bajos que los gastos compartidos estándares ofrecidos por otras farmacias de la red para ciertos medicamentos.

Hemos cambiado nuestra red de farmacias para el próximo año. Se encuentra disponible un *Directorio de proveedores y farmacias* actualizado en nuestro sitio web en www.villagehealthca.com. También puede llamar a Servicios para Miembros para obtener información actualizada sobre los proveedores o para solicitarnos que le enviemos un *Directorio de proveedores y farmacias*. **Por favor revise el *Directorio de proveedores y farmacias* para 2020 para ver qué farmacias se encuentran en nuestra red.**

Sección 1.5 – Cambios en los beneficios y costos de los servicios médicos

Estamos cambiando nuestra cobertura del próximo año para ciertos servicios médicos. La siguiente información describe estos cambios. Para obtener más detalles sobre la cobertura y los costos de estos servicios, consulte el Capítulo 4, *Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)*, en su *Evidencia de cobertura para 2020*.

Costo	2019 (este año)	2020 (el próximo año)
Atención hospitalaria para pacientes internados	<p>Dentro y fuera de la red</p> <p>Usted paga un deducible de \$1,364 para los días 1-60, un copago de \$341 por día para los días 61-90 y un copago de \$682 por día para los días de reserva de por vida (hasta 60 días de por vida) por período de beneficios.</p>	<p>Dentro y fuera de la red</p> <p>Usted paga un deducible de \$1,364 para los días 1-60, un copago de \$341 por día para los días 61-90 y un copago de \$682 por día para los días de reserva de por vida (hasta 60 días de por vida) por período de beneficios.</p> <p>Estos son montos de gastos compartidos de 2019 y pueden cambiar para 2020.</p>
Atención de salud mental para pacientes internados	<p>Dentro y fuera de la red</p> <p>Usted paga un deducible de \$1,364 para los días 1-60, un copago de \$341 por día para los días 61-90 y un copago de \$682 por día para los días de reserva de por vida (hasta 60 días de por vida) por período de beneficios.</p>	<p>Dentro y fuera de la red</p> <p>Usted paga un deducible de \$1,364 para los días 1-60, un copago de \$341 por día para los días 61-90 y un copago de \$682 por día para los días de reserva de por vida (hasta 60 días de por vida) por período de beneficios.</p>

Costo	2019 (este año)	2020 (el próximo año)
Atención de salud mental para pacientes internados (continuación)		Estos son montos de gastos compartidos de 2019 y pueden cambiar para 2020.
Servicios de tratamiento con opioides	Dentro y fuera de la red Los servicios de tratamiento con opioides <u>no</u> están cubiertos.	Dentro y fuera de la red Usted paga 20% por los servicios de tratamiento con opioides cubiertos por Medicare.
Productos de venta libre (OTC)	Dentro y fuera de la red Los productos de venta libre <u>no</u> se cubren.	Dentro de la red Se cubren hasta \$50 de productos de venta libre disponibles a través del catálogo de pedido por correo de OTC de VillageHealth cada trimestre. Fuera de la red Los productos de venta libre <u>no</u> se cubren fuera de la red.
Sistema personal de respuesta a emergencias	Dentro y fuera de la red Un sistema personal de auxilio para emergencias <u>no</u> está cubierto.	Dentro de la red Usted paga \$0 por mes por un sistema personal de auxilio para emergencias. Fuera de la red Un sistema personal de auxilio para emergencias <u>no</u> está cubierto.

Costo	2019 (este año)	2020 (el próximo año)
Centro de enfermería especializada (SNF)	<p>Dentro de la red Usted paga \$0 por día para los días 1-20 y usted paga un copago de \$170.50 por día para los días 21-100.</p>	<p>Dentro de la red Usted paga \$0 por día para los días 1-20 y usted paga un copago de \$170.50 por día para los días 21-100. Estos son montos de gastos compartidos de 2019 y pueden cambiar para 2020.</p>
Transporte (Rutina)	<p>Dentro de la red Usted paga \$0 por hasta 80 viajes de ida por año.</p> <p>Fuera de la red El transporte rutinario <u>no</u> está cubierto fuera de la red.</p>	<p>Dentro de la red Usted paga \$0 por hasta 30 viajes de ida por año.</p> <p>Fuera de la red El transporte de rutina <u>no</u> está cubierto fuera de la red.</p>

Sección 1.6 – Cambios en la cobertura para medicamentos con receta de la Parte D

Cambios en nuestra Lista de medicamentos

Nuestra lista de medicamentos cubiertos se denomina Formulario o “Lista de medicamentos”. Una copia de nuestra Lista de medicamentos se proporciona en forma digital.

Hemos realizado cambios en nuestra Lista de medicamentos, incluidos cambios en los medicamentos que cubrimos y cambios en las restricciones que se aplican a nuestra cobertura para ciertos medicamentos. **Revise la Lista de medicamentos para asegurarse de que sus medicamentos estén cubiertos el próximo año y para saber si habrá restricciones de algún tipo.**

Si un cambio en la cobertura para medicamentos lo afecta a usted, puede hacer lo siguiente:

- **Consultar a su médico (o a otra persona autorizada a dar recetas) y pedirle al plan que haga una excepción** y cubra el medicamento.
 - Si desea obtener más información sobre cómo solicitar una excepción, consulte el Capítulo 9 de su *Evidencia de Cobertura (Qué debe hacer si tiene un problema o una queja [decisiones de cobertura, apelaciones, quejas])* o llame al Servicios para Miembros.
- **Consultar a su médico (u otra persona autorizada a dar recetas) para encontrar un medicamento diferente** cubierto por nosotros. Puede llamar a Servicios para Miembros y pedir una lista de medicamentos cubiertos que traten la misma afección médica.

En algunas situaciones, debemos cubrir un suministro temporal de un medicamento que no está en el Formulario durante los primeros 90 días del año del plan o los primeros 90 días de la membresía para evitar una interrupción del tratamiento. (Para obtener más información sobre cuándo puede obtener un suministro temporal y cómo solicitar uno, consulte Capítulo 5, Sección 5.2 de la *Evidencia de cobertura*). En el período durante el cual tenga el suministro temporal de un medicamento, debe hablar con su médico para decidir qué hacer cuando se agote este suministro temporal. Puede cambiar a un medicamento diferente cubierto por el plan o solicitarle al plan que haga una excepción para usted y cubra el medicamento actual.

En la mayoría de los casos, si el plan aprobó una excepción al formulario para cubrir el medicamento actual, este medicamento continuará estando cubierto el próximo año.

La mayoría de los cambios de la Lista de medicamentos son nuevos al comienzo de cada año. Sin embargo, durante el año, puede que se realicen cambios al plan permitidos por las reglas de Medicare.

Cuando realicemos estos cambios a la Lista de medicamentos durante el año, usted podrá seguir consultando a su médico (u otra persona autorizada a dar recetas) y solicitarnos que hagamos una excepción para cubrir el medicamento. Además, continuaremos actualizando nuestra Lista de medicamentos en línea según lo programado y proporcionaremos otra información requerida para reflejar los cambios en los medicamentos. (Para saber más sobre los cambios que podemos implementar en la Lista de medicamentos, consulte el Capítulo 5, Sección 6 de la *Evidencia de cobertura*).

Cambios en los costos de los medicamentos con receta

Nota: si usted está en un programa que lo ayuda a pagar sus medicamentos (“Ayuda Adicional”), **la información sobre costos de medicamentos recetados de la Parte D tal vez no sea aplicable a su caso.** Le hemos enviado un anexo separado, que se denomina “Cláusula adicional de la Evidencia de cobertura para personas que reciben Ayuda Adicional para el pago de medicamentos recetados” (también llamada “Cláusula adicional de subsidio por bajos ingresos” o “cláusula adicional LIS”), que le informa sobre los costos de sus medicamentos. Si recibe “Ayuda Adicional”, pero no ha recibido este anexo antes del 30 de septiembre, llame al Departamento de Servicios para Miembros y pida su “cláusula adicional LIS.” Los números de teléfono de Servicios para Miembros se encuentran en la Sección 6.1 de este documento.

Existen cuatro “etapas de pago de los medicamentos”. El monto que pague por un medicamento de la Parte D depende de la etapa de pago de los medicamentos en la que se encuentra. (Puede consultar la Sección 2 del Capítulo 6 de la *Evidencia de cobertura* para obtener más información sobre las etapas).

La siguiente información muestra los cambios para el próximo año en las dos primeras etapas – la Etapa del deducible anual y la Etapa de cobertura inicial. (La mayoría de los miembros no alcanzan las otras dos etapas: la Etapa del período sin cobertura o la Etapa de cobertura catastrófica. Para obtener información sobre sus costos en estas etapas, revise el Capítulo 6, Secciones 6 y 7, de la *Evidencia de cobertura*, la cual se encuentra en nuestro sitio web en www.villagehealthca.com. También puede comunicarse con Servicios para Miembros para solicitarnos que le enviemos por correo una *Evidencia de cobertura*.)

Cambios en la Etapa del deducible

Etapa	2019 (este año)	2020 (el próximo año)
<p>Etapa 1: Etapa del deducible anual</p> <p>Durante esta etapa, usted paga el costo total Nivel 2: Medicamentos genéricos, Nivel 3: Medicamentos de marca preferidos, Nivel 4: Medicamentos no preferidos, Nivel 5: Medicamentos especializados hasta que haya alcanzado el deducible anual.</p>	<p>El deducible es de 415.</p> <p>Durante esta etapa, paga \$0 de gastos compartidos por los medicamentos de la Nivel 1: Medicamentos genéricos preferidos en farmacias preferidas, \$3 de gastos compartidos por los medicamentos de la Nivel 1: Los medicamentos genéricos preferidos en farmacias estándares y el costo total de los medicamentos de la Nivel 2: Medicamentos genéricos, Nivel 3: Medicamentos de marca preferidos, Nivel 4: Medicamentos no preferidos, Nivel 5: Medicamentos especializados hasta que haya alcanzado el deducible anual.</p>	<p>El deducible es de \$435.</p> <p>Durante esta etapa, paga \$0 de gastos compartidos por los medicamentos de la Nivel 1: Medicamentos genéricos preferidos en farmacias preferidas, \$3 de gastos compartidos por los medicamentos de la Nivel 1: Los medicamentos genéricos preferidos en farmacias estándares y el costo total de los medicamentos de la Nivel 2: Medicamentos genéricos, Nivel 3: Medicamentos de marca preferidos, Nivel 4: Medicamentos no preferidos, Nivel 5: Medicamentos especializados hasta que haya alcanzado el deducible anual.</p>

Cambios en sus gastos compartidos en la Etapa de cobertura inicial

Para obtener información acerca de los copagos y coseguros, revise el Capítulo 6, Sección 1.2, *Tipos de gastos de su bolsillo que puede pagar por los medicamentos cubiertos en la Evidencia de Cobertura*.

Etapa	2019 (este año)	2020 (el próximo año)
<p>Etapa 2: Etapa de Cobertura Inicial</p> <p>Una vez que paga el deducible anual, pasa a la Etapa de cobertura inicial.</p> <p>Durante esta etapa, el plan cubre su parte del costo de sus medicamentos y usted paga la parte que le corresponde del costo.</p> <p>Los costos en esta fila son por un suministro de un mes (30 días) cuando surta su receta en una farmacia de la red.</p> <p>Para obtener información sobre los costos de un suministro a largo plazo o de recetas de pedidos por correo, consulte la Sección 5 del Capítulo 6 de su <i>Evidencia de Cobertura</i>.</p> <p>Hemos cambiado el nivel de algunos de los medicamentos en nuestra Lista de medicamentos. Para comprobar si sus medicamentos estarán en otro nivel, búselos en la Lista de medicamentos.</p>	<p>Su costo para un suministro para un mes en una farmacia de la red:</p> <p>Nivel 1: Medicamentos genéricos preferidos:</p> <p><i>Gasto compartido estándar:</i> Usted paga \$3 por receta.</p> <p><i>Gasto compartido preferido:</i> Usted paga \$0 por receta.</p> <p>Nivel 2: Medicamentos genéricos:</p> <p><i>Gasto compartido estándar:</i> Usted paga 25% del costo total.</p> <p><i>Gasto compartido preferido:</i> Usted paga 25% del costo total.</p>	<p>Su costo para un suministro para un mes en una farmacia de la red:</p> <p>Nivel 1: Medicamentos genéricos preferidos:</p> <p><i>Gasto compartido estándar:</i> Usted paga \$3 por receta.</p> <p><i>Gasto compartido preferido:</i> Usted paga \$0 por receta.</p> <p>Nivel 2: Medicamentos genéricos:</p> <p><i>Gasto compartido estándar:</i> Usted paga 25% del costo total.</p> <p><i>Gasto compartido preferido:</i> Usted paga 25% del costo total.</p>

Etapa	2019 (este año)	2020 (el próximo año)
	<p>Nivel 3: Medicamentos de marca preferidos:</p> <p><i>Gasto compartido estándar:</i> Usted paga 25% del costo total.</p> <p><i>Gasto compartido preferido:</i> Usted paga 25% del costo total.</p> <p>Nivel 4: Medicamentos no preferidos:</p> <p><i>Gasto compartido estándar:</i> Usted paga 25% del costo total.</p> <p><i>Gasto compartido preferido:</i> Usted paga 25% del costo total.</p>	<p>Nivel 3: Medicamentos de marca preferidos:</p> <p><i>Gasto compartido estándar:</i> Usted paga 25% del costo total.</p> <p><i>Gasto compartido preferido:</i> Usted paga 25% del costo total.</p> <p>Nivel 4: Medicamentos no preferidos:</p> <p><i>Gasto compartido estándar:</i> Usted paga 25% del costo total.</p> <p><i>Gasto compartido preferido:</i> Usted paga 25% del costo total.</p>

Etapa	2019 (este año)	2020 (el próximo año)
	<p>Nivel 5: Medicamentos especializados:</p> <p><i>Gasto compartido estándar:</i> Usted paga 25% del costo total.</p> <p><i>Gasto compartido preferido:</i> Usted paga 25% del costo total.</p> <hr/> <p>Una vez que sus gastos totales por medicamentos hayan alcanzado los \$3,820, usted pasará a la siguiente etapa (la Etapa del período sin cobertura).</p>	<p>Nivel 5: Medicamentos especializados:</p> <p><i>Gasto compartido estándar:</i> Usted paga 25% del costo total.</p> <p><i>Gasto compartido preferido:</i> Usted paga 25% del costo total.</p> <hr/> <p>Una vez que sus gastos totales por medicamentos hayan alcanzado los \$4,020, usted pasará a la siguiente etapa (la Etapa del período sin cobertura).</p>

Cambios en la Etapa del período sin cobertura y en la Etapa de cobertura catastrófica

Las otras dos etapas de cobertura para medicamentos, la Etapa del período sin cobertura y la Etapa de cobertura catastrófica, son para personas que necesitan medicamentos más costosos. **La mayoría de los miembros no llega a la Etapa del período sin cobertura ni a la Etapa de cobertura catastrófica.** Para obtener información sobre sus costos en estas etapas, consulte las Secciones 6 y 7 del Capítulo 6 de su *Evidencia de cobertura*.

SECCIÓN 2 Cómo decidir qué plan elegir

Sección 2.1 – Si desea seguir inscrito en VillageHealth

Para seguir inscrito en nuestro plan no es necesario que haga nada. Si no se registra para un plan diferente ni se cambia a Medicare original hasta el 7 de diciembre, automáticamente seguirá inscrito como miembro de nuestro plan para el año 2020.

Sección 2.2 – Si desea cambiar de plan

Esperamos que continúe siendo miembro de nuestro plan durante 2020, pero si desea cambiar, siga estos pasos:

Paso 1: Conozca y compare sus opciones

- Puede inscribirse en un plan de salud de Medicare diferente a tiempo,
- O puede cambiarse a Medicare original. Si cambia a Medicare original, deberá decidir si quiere afiliarse a un plan de medicamentos de Medicare. Si usted no se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare, consulte la Sección 1.1 acerca de una posible multa por inscripción tardía a la Parte D.

Para obtener más información sobre Medicare original y los diferentes tipos de planes de Medicare, consulte la publicación *Medicare & You 2020*, llame a su Programa estatal de asistencia sobre el seguro médico (consulte la Sección 4), o llame a Medicare (consulte la Sección 6.2).

También puede encontrar información sobre los planes de su área mediante el Buscador de planes de Medicare disponible en el sitio web de Medicare. Visite <https://www.medicare.gov> y haga clic en “Find health & drug plans” (Buscar planes de salud y medicamentos). **Aquí puede encontrar información sobre costos, cobertura y calificaciones de la calidad de los planes de Medicare.**

Paso 2: Cambie su cobertura

- Para cambiar **a un plan de salud de Medicare diferente**, inscribese en el nuevo plan. Se cancelará automáticamente su inscripción en VillageHealth.
- Para **cambiarse a Medicare original con un plan de medicamentos con receta**, inscribese en el nuevo plan. Se cancelará automáticamente su inscripción en VillageHealth.
- Para **cambiarse a Medicare original sin un plan de medicamentos con receta**, debe seguir uno de estos pasos:
 - Enviarnos una solicitud por escrito para cancelar la inscripción. Si necesita más información sobre cómo hacerlo, comuníquese con el Servicios para Miembros (en la Sección 6.1 de este documento encontrará los números de teléfono).

- – O – puede llamar a **Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana, y pedir que se cancele su inscripción. TTY Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

SECCIÓN 3 Plazo para el cambio de plan

Si desea cambiarse a un plan diferente o a Medicare original el próximo año, puede hacerlo del **15 de octubre al 7 de diciembre**. El cambio entrará en vigencia el 1 de enero de 2020.

¿Puedo realizar un cambio en otro momento del año?

En ciertas situaciones, también se permite realizar cambios en otros momentos del año. Por ejemplo, es posible que se les permita realizar un cambio en otros momentos del año a las personas que tienen Medicaid, aquellos que reciben “Ayuda adicional” para pagar sus medicamentos, aquellos que tienen la cobertura de un empleador o van a dejarla, y a personas que se mudan fuera del área de servicio. Para obtener más información, consulte la Sección 2.3 del Capítulo 10 de la *Evidencia de cobertura*.

Si se inscribió en un plan Medicare Advantage para el 1 de enero de 2020 y no está satisfecho con su opción de plan, puede cambiar a otro plan de salud de Medicare (con o sin cobertura para medicamentos con receta de Medicare) o cambiarse a Medicare original (con o sin cobertura para medicamentos con receta de Medicare) entre el 1 de enero y el 31 de marzo de 2020. Para obtener más información, consulte la Sección 2.2 del Capítulo 10 de la *Evidencia de cobertura*.

SECCIÓN 4 Programas que ofrecen asesoramiento gratuito sobre Medicare

El Programa estatal de asistencia sobre el seguro médico (SHIP) es un programa gubernamental con asesores capacitados en todos los estados. En California, el SHIP se llama Programa de Consejería y Abogacía de Seguros de Salud (HICAP).

Programa de Consejería y Abogacía de Seguros de Salud (HICAP) es un programa independiente (no se relaciona con ninguna compañía aseguradora ni plan de salud). Es un programa estatal que recibe fondos del gobierno federal con el propósito de brindar asesoramiento sobre seguros de salud, a nivel local y en forma **gratuita**, a las personas que tienen Medicare. Los asesores del Programa de Consejería y Abogacía de Seguros de Salud (HICAP) pueden atender las preguntas o los problemas que tenga respecto de Medicare. Le podrán ayudar a comprender sus opciones dentro de los planes de Medicare y a responder las interrogantes relacionadas con el cambio de un plan a otro. Usted puede llamar al Programa de Consejería y Abogacía de Seguros de Salud (HICAP) al 1-800-434-0222. Para obtener más información sobre el Programa de Consejería y Abogacía de Seguros de Salud (HICAP) visite el sitio web (<https://www.cahealthadvocates.org/hicap/>).

SECCIÓN 5 Programas que ayudan a pagar los medicamentos con receta

Es posible que reúna los requisitos para recibir ayuda para pagar los medicamentos con receta. A continuación, enumeramos diferentes tipos de ayuda:

- **“Ayuda adicional” de Medicare.** Las personas de ingresos limitados podrán tener derecho a recibir “Ayuda adicional” para pagar los costos de sus medicamentos con receta. Si usted califica, Medicare podría pagarle hasta un 75 % o más de los costos de sus medicamentos, incluyendo las primas mensuales para los medicamentos recetados, los deducibles anuales y el coseguro. Además, quienes califiquen para esta prestación no tendrán período sin cobertura ni serán pasibles de ser sancionados con multa por inscripción tardía. Muchas personas son elegibles y ni siquiera lo saben. Para saber si reúne los requisitos, llame al
 - 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). TTY Los usuarios deben llamar al 1-877-486-2048, durante las 24 horas, los 7 días de la semana.
 - A la Oficina de Seguro Social al 1-800-772-1213 de 7 a. m. a 7 p. m., de lunes a viernes. TTY Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778 (solicitudes), o a la
 - Oficina de Medicaid de su estado (solicitudes).
- **Ayuda del programa de asistencia farmacéutica de su estado.** California cuenta con un programa denominado Programa para personas con discapacidades genéticas (GHPP) que ayuda a las personas a pagar los medicamentos con receta según su necesidad económica, edad o afección médica. Para obtener más información sobre el programa, consulte con su Programa estatal de asistencia sobre el seguro médico (el nombre y los números de teléfono de esta organización aparecen en la Sección 4 de este documento).
- **Asistencia con los gastos compartidos para medicamentos con receta para personas con VIH/SIDA.** El Programa de asistencia de medicamentos para el SIDA (ADAP) ayuda a asegurar que las personas elegibles para el ADAP que viven con VIH/SIDA tengan acceso a medicamentos contra el VIH que salvan la vida. Las personas deben reunir determinados criterios, incluidas la prueba de residencia en el estado y la condición de VIH, bajos ingresos según lo definido por el estado y condición de asegurado/subasegurado. Los medicamentos con receta de la Parte D de Medicare que también estén cubiertos por el ADAP califican para la asistencia con los gastos compartidos para medicamentos con receta a través del Oficina de investigación del SIDA, Centros para las Enfermedades Infecciosas– Departamento de Salud Pública de California, MS7700, P.O. Box 997426, Sacramento, CA 95899-7426. Para obtener información sobre los criterios de elegibilidad, los medicamentos cubiertos, o cómo inscribirse en el programa, llame al 1-844-421-7050.

SECCIÓN 6 ¿Preguntas?

Sección 6.1 – Cómo recibir ayuda de VillageHealth

¿Tiene preguntas? Estamos aquí para ayudar. Llame al Servicios para Miembros al 1-800-399-7226.

(Solo los usuarios de TTY deben llamar al 711). Estamos disponibles para recibir llamadas en el siguiente horario: 8 a.m. a 8 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 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes. No atendemos la mayoría de los días festivos nacionales. Cuando no atendemos, tiene la opción de dejar un mensaje. Los mensajes recibidos durante los días festivos y fuera de las horas laborales se responderán el siguiente día hábil. Las llamadas a estos números son gratuitas.

Lea su *Evidencia de cobertura* de 2020 (describe en detalles los beneficios y costos para el próximo año)

Este *Aviso anual de cambios* le ofrece un resumen de los cambios en sus beneficios y costos para 2020. Para más información, consulte la *Evidencia de cobertura* para 2020 de VillageHealth. La *Evidencia de cobertura* es la descripción legal y detallada de los beneficios de su plan. Se explican sus derechos y las normas que usted debe seguir para obtener servicios y medicamentos con receta cubiertos. Hay una copia de la *Evidencia de cobertura* en nuestro sitio web en www.villagehealthca.com. También puede comunicarse con Servicios para Miembros para solicitarnos que le enviemos por correo una *Evidencia de cobertura*.

Visite nuestro sitio web

También puede visitar nuestro sitio web en www.villagehealthca.com. Como recordatorio, en nuestro sitio web puede encontrar información más actualizada acerca de nuestra red de proveedores (*Directorio de proveedores y farmacias*) y nuestra lista de medicamentos cubiertos (*Formulario/Lista de medicamentos*).

Sección 6.2 – Cómo recibir ayuda de Medicare

Para obtener información directamente de Medicare:

Llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)

Puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Visite el sitio web de Medicare

Puede visitar el sitio web de Medicare (<https://www.medicare.gov>). Tiene información sobre costos, cobertura y clasificaciones de calidad para ayudarlo a comparar los planes de salud de Medicare. Usted puede encontrar información sobre los planes disponibles en su área utilizando el Buscador de planes de Medicare en el sitio web de Medicare. (Para ver la información sobre los planes, visite <https://www.medicare.gov> y haga clic en “Find health & drug plans” [Buscar planes de salud y medicamentos]).

Lea *Medicare & You 2020* (Medicare y Usted 2020)

Puede leer el manual *Medicare y usted 2020*. Este documento se envía todos los años en otoño a todas las personas que tienen Medicare. Incluye un resumen de los beneficios, derechos y protecciones de Medicare y responde a las preguntas sobre Medicare formuladas con mayor frecuencia. Si usted no tiene una copia de este documento, puede obtenerla en el sitio web de Medicare (<https://www.medicare.gov>) o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) durante las 24 horas, los 7 días de la semana. TTY Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Esta página se dejó en blanco intencionalmente

Esta página se dejó en blanco intencionalmente

SCAN Health Plan cumple con las leyes de derechos civiles federales aplicables y no discrimina, excluye o trata a las personas de forma diferente en función o a causa de su 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: 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 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: Չանզհարե՛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 перевода;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। काल 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. ໂທສ 1-800-559-3500 (TTY: 711).