

2020

Resumen de beneficios

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

Desde el 1 de enero de 2020 hasta el 31 de diciembre de 2020

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

La información de beneficios proporcionada no enumera todos los servicios que cubrimos ni todas las limitaciones o exclusiones. 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_11555_2019F_M_SP

R1126 08/19 20C-SMBVH2SP



RESUMEN DE BENEFICIOS DESDE EL 1 DE ENERO DE 2020 HASTA EL 31 DE DICIEMBRE DE 2020

PRIMA Y BENEFICIOS	VILLAGEHEALTH		LO QUE DEBE SABER
	Servicios dentro de la red	Servicios fuera de la red	
Prima mensual de Health Plan	Usted paga \$32 por mes.	Usted paga \$32 por mes.	Debe seguir pagando la prima de la Parte B de Medicare.
Deducible	<p>Usted paga un deducible de \$185 por año por los servicios dentro de la red en 2019. Este monto puede cambiar en 2020.</p> <p>Usted paga \$435 por año por los medicamento con receta de la Parte D para los Niveles 2 a 5.</p>	<p>Usted paga un deducible de \$185 por año por los servicios dentro de la red en 2019. Este monto puede cambiar en 2020.</p> <p>Usted paga \$435 por año por los medicamento con receta de la Parte D para los Niveles 2 a 5.</p>	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 al año.	\$6,700 al 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	<p>En 2019, los montos para cada período de beneficios* fueron:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Deducible de \$1,364 por período de beneficios. • \$0 por día por los días 1 a 60. • Copago de \$341 por día por los días 61 a 90. • Copago de \$682 por cada “día de reserva de por vida” por los días 1 a 60. <p>Estos montos pueden cambiar en 2020.</p>	<p>En 2019, los montos para cada período de beneficios* fueron:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Deducible de \$1,364 por período de beneficios. • \$0 por día por los días 1 a 60. • Copago de \$341 por día por los días 61 a 90. • Copago de \$682 por cada “día de reserva de por vida” por los días 1 a 60. <p>Estos montos pueden cambiar en 2020.</p>	<p>Usted tiene cobertura por hasta 90 días por período de beneficios.*</p> <p>También tiene cobertura para un máximo de 60 días adicionales por los días 91 y en adelante de por vida.</p>

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

PRIMA Y BENEFICIOS	VILLAGEHEALTH		LO QUE DEBE SABER
	Servicios dentro de la red	Servicios fuera de la red	
<p>Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios</p> <ul style="list-style-type: none"> • Centro quirúrgico ambulatorio • Servicios hospitalarios 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>	
<p>Visitas al médico</p> <ul style="list-style-type: none"> • Atención primaria • Especialistas 	<p>Usted paga \$0.</p> <p>Usted paga del 0 % al 20 % del costo total.</p>	<p>Usted paga el 20 % del costo total.</p> <p>Usted paga del 0 % al 20 % del costo total.</p>	
<p>Atención preventiva</p>	<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>
<p>Atención de emergencia</p>	<p>Usted paga el 20 % del costo total para hasta \$90 por consulta.</p>	<p>Usted paga el 20 % del costo total para hasta \$90 por consulta.</p>	<p>No se aplicará el copago para la sala de emergencias si usted es inmediatamente hospitalizado.</p> <p>No tiene cobertura fuera de los EE. UU., excepto en circunstancias limitadas según lo definido por Medicare.</p>
<p>Servicios de urgencia</p>	<p>Usted paga \$0.</p>	<p>Usted paga el 20 % del costo total para hasta \$65 por consulta.</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 \$0.</p> <p>Usted paga el 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 diagnóstico de audición y equilibrio 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 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 o tratar enfermedades del ojo • Anteojos cubiertos por Medicare después de una 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 servicios de la vista (de rutina) no cubiertos 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 cada 12 meses.</p> <p>Usted paga un copago de \$0 por par cada 24 meses.</p> <p>Usted tiene cobertura de hasta \$240 para monturas o lentes de contacto cada 24 meses.</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 para pacientes internados <ul style="list-style-type: none"> • Consulta de terapia individual/grupal para pacientes ambulatorios <ul style="list-style-type: none"> • Consulta de terapia individual/grupal para pacientes ambulatorios con un psiquiatra 	<p>En 2019, los montos para cada período de beneficios* fueron:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Deducible de \$1,364 por período de beneficios. • \$0 por día por los días 1 a 60. • Copago de \$341 por día por los días 61 a 90. • Copago de \$682 por cada “día de reserva de por vida” por los días 1 a 60. <p>Estos montos pueden cambiar en 2020.</p> <p>Usted paga \$0.</p> <p>Usted paga \$0.</p>	<p>En 2019, los montos para cada período de beneficios* fueron:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Deducible de \$1,364 por período de beneficios. • \$0 por día por los días 1 a 60. • Copago de \$341 por día por los días 61 a 90. • Copago de \$682 por cada “día de reserva de por vida” por los días 1 a 60. <p>Estos montos pueden cambiar en 2020.</p> <p>Usted paga el 20 % del costo total.</p> <p>Usted paga el 20 % del costo total.</p>	<p>Usted tiene cobertura por hasta 90 días por período de beneficios.*</p> <p>También tiene cobertura para un máximo de 60 días adicionales por los días 91 y en adelante de por vida.</p>
<p>Centro de enfermería especializada</p>	<p>En 2019, 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 \$170.50 por día por los días 21 a 100. <p>Estos montos pueden cambiar en 2020.</p>	<p>Sin cobertura fuera de la red.</p>	<p>Usted tiene cobertura por 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 en un hospital o Centro de enfermería especializada (SNF). El período de beneficios finaliza cuando no ha recibido atención en un SNF o servicio para pacientes internados 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 el 20 % del costo total.	Usted paga el 20 % del costo total.	
Ambulancia	Usted paga el 20 % del costo total por viaje de ida o de vuelta.	Usted paga el 20 % del costo total por viaje de ida o de vuelta.	
Transporte (de rutina no cubierto por Medicare)	<p>Usted paga \$0 por hasta 30 viajes de ida o de vuelta por año.</p> <p>Se aplica un límite de 75 millas para cada viaje de ida o de vuelta.</p>	Sin cobertura fuera de la red.	<p>Se aplican normas sobre autorización previa para los servicios de transporte de rutina.</p> <p>Los servicios de transporte están cubiertos para servicios médicos que califiquen, como citas con médicos o dentistas, traslados a farmacias, etc.</p>
Medicamentos de la Parte B de Medicare	<p>Usted paga \$0 por los medicamentos para quimioterapia y otros medicamentos de la Parte B que reciba en una farmacia.</p> <p>Usted paga el 20 % del costo total por los medicamentos para quimioterapia y otros medicamentos de la Parte B que reciba en cualquier otro establecimiento.</p>	<p>Usted paga \$0 por los medicamentos para quimioterapia y otros medicamentos de la Parte B que reciba en una farmacia.</p> <p>Usted paga el 20 % del costo total por los medicamentos para quimioterapia y otros medicamentos de la Parte B que reciba en cualquier otro establecimiento.</p>	Se aplican normas sobre autorización previa para los medicamentos seleccionados.

MEDICAMENTOS CON RECETA PARA PACIENTES AMBULATORIOS

Usted paga lo siguiente:

VILLAGEHEALTH

	Gastos compartidos para un suministro de 30 días en una farmacia minorista preferida	Gastos compartidos para un suministro de 30 días en una farmacia minorista estándar	Gastos compartidos para un suministro de 90 días en una farmacia minorista preferida	Gastos compartidos para un suministro de 90 días en una farmacia minorista estándar	Gastos compartidos para un suministro de 90 días en una farmacia de pedido por correo
Etapa de cobertura inicial					
Nivel 1 (Genérico preferido)	Usted paga \$0.	Usted paga \$3.	Usted paga \$0.	Usted paga \$9.	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 (Medicamento 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 (que incluye lo que nuestro plan pagó y lo que usted pagó) alcanza los \$4,020. Usted paga el 25 % del precio negociado (y una parte de la tarifa de despacho) por sus medicamentos de marca y el 25 % del costo por sus medicamentos genéricos.

Etapa de cobertura catastrófica

Después de que los costos anuales que paga de su bolsillo por los medicamentos alcancen los \$6,350, usted paga el importe mayor entre los siguientes:

- 5 % del costo, o
- \$3.60 de copago por los medicamentos genéricos (incluidos los medicamentos que se consideran genéricos) y \$8.95 de copago por todos los demás medicamentos.

Algunas de las farmacias de la red tienen gastos compartidos preferidos. Es posible que pague menos por ciertos medicamentos si usa estas farmacias. Los gastos compartidos pueden cambiar según la farmacia que elija y cuando ingrese 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 su 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 ejemplo, farmacia minorista preferida, farmacia minorista estándar, farmacia de pedido por correo, farmacia para cuidado a largo plazo (LTC) o farmacias de infusión en el hogar, etc.) y si recibe un suministro de 30 o 90 días. Para obtener más información sobre los copagos específicos de las farmacias, llame a nuestro Departamento de Servicios para Miembros de VillageHealth al número de teléfono que se proporciona en este documento o acceda a nuestra Evidencia de cobertura en línea.

BENEFICIOS ADICIONALES

Los planes pueden ofrecer beneficios adicionales además de los beneficios de la Parte C y la Parte D.

BENEFICIOS	VILLAGEHEALTH		LO QUE DEBE SABER
	Servicios dentro de la red	Servicios fuera de la red	
Atención en el hogar (cubierta por Medicare)	Usted paga \$0.	Sin cobertura.	
Equipo y suministros médicos <ul style="list-style-type: none"> • Equipo médico duradero (p. ej., sillas de ruedas, oxígeno) • Dispositivos protésicos (p. ej., férulas, 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.</p> <p>Sin cobertura.</p> <p>Usted paga \$0.</p>	<p>Se aplican normas sobre 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 son proporcionadas por todos los fabricantes.</p>
Productos de venta libre (OTC)	Usted tiene cobertura por un máximo de \$50 por trimestre.	Sin cobertura.	Puede usar este beneficio para pedir artículos sin receta a través del catálogo de productos OTC de pedido por correo de VillageHealth. Los artículos se enviarán directamente a su hogar.

ACERCA DE VILLAGEHEALTH

¿Quién puede inscribirse?	Usted debe cumplir con los siguientes requisitos: <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 Angeles y Orange, California).- Ser ciudadano estadounidense 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	Desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo: De 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana. Desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre: De 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes. Los mensajes recibidos los días feriados y fuera del horario de atención se responderán en el plazo 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. Consulte 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.

Puede solicitar que se le envíen sus medicamentos con receta a su hogar a través de nuestro programa de entrega de pedidos por correo de la red, que se llama Entrega a domicilio de la farmacia Express ScriptsSM. Por lo general, debería recibir sus medicamentos con receta dentro de los 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, póngase en contacto con Servicios para Miembros de VillageHealth al 1-800-399-7226, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete 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 los 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, 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 los días feriados y fuera del horario de atención se responderán en el plazo de un día hábil.

Comprenda 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 obtener una copia de la EOC, visite www.villagehealthca.com o llame al 1-877-916-1234.
- 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 obtener sus medicamentos con receta.

Comprenda 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 2021.
- 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 discapacidades para que puedan 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 interponer 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 "Interponer 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: 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).