



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

Notificación anual de cambios para 2021

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 se aplican a usted

- 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 de 2021 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 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. **COMPARE:** 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 www.medicare.gov/plan-compare.
 - 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 no se inscribe en otro plan antes del 7 de diciembre de 2020, se inscribirá 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 2020**

- Si no se inscribe en otro plan antes del **7 de diciembre de 2020**, se inscribirá en VillageHealth.
- Si se inscribe en otro plan antes del **7 de diciembre de 2020**, su nueva cobertura comenzará el **1 de enero de 2021**. Se cancelará automáticamente su inscripción en su plan actual.

Recursos adicionales

- Este documento se encuentra disponible de forma gratuita en español.
- Para obtener información adicional, comuníquese con nuestro número de Servicios para Miembros al 1-800-399-7226. (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 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 utilizan los términos “nosotros”, “nos” o “nuestro”, se hace referencia a SCAN Health Plan. Cuando se utilizan los términos “plan” o “nuestro plan”, se hace referencia a VillageHealth.

21C-ANOCVH2SP R1489
Y0057_SCAN_11987_2020F_M

Resumen de costos importantes para 2021

La siguiente tabla compara los costos de 2020 y los costos de 2021 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	2020 (este año)	2021 (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.	\$32	\$31.50
Deducible	\$198	\$198 Este es el monto deducible para 2020 y puede cambiar para 2021.
Monto máximo de su bolsillo Esto es lo <u>máximo</u> que pagará de su bolsillo por sus servicios de Parte A y Parte B cubiertos. (Consulte la Sección 1.2 para obtener más información).	Dentro y fuera de la red \$6,700	Dentro y fuera de la red \$7,550
Visitas al consultorio del doctor	Dentro de la red Consultas de atención médica primaria: \$0 copago por consulta. Consultas a un especialista: \$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 médica primaria: \$0 copago por consulta. Consultas a un especialista: \$0 por consultas de nefrología. 20 % del costo total por todos los demás servicios de especialistas por consulta.

Costo	2020 (este año)	2021 (el próximo año)
<p>Visitas al consultorio del doctor (continuación)</p>	<p>Fuera de la red</p> <p>Consultas de atención médica primaria:</p> <p>20 % del costo total por consulta.</p> <p>Consultas a un especialista:</p> <p>\$0 por consultas de nefrología.</p> <p>20 % del costo total por todos los demás servicios de especialistas por consulta.</p>	<p>Fuera de la red</p> <p>Consultas de atención médica primaria:</p> <p>20 % del costo total por consulta.</p> <p>Consultas a un especialista:</p> <p>\$0 por consultas de nefrología.</p> <p>20 % del costo total por todos los demás servicios de especialistas por consulta.</p>
<p>Estancias hospitalarias para pacientes internados</p> <p>Incluye, entre otros, servicios hospitalarios para pacientes internados por afecciones agudas, rehabilitación, atención a largo plazo y otros tipos de servicios hospitalarios con internación. La atención para pacientes internados en un hospital comienza el día en que se lo admite formalmente en el hospital con la orden de un médico. El día anterior a su alta es su último día como paciente internado.</p>	<p>Usted paga un deducible de \$1,408 para los días 1 a 60, un copago de \$352 por día para los días 61 a 90 y un copago de \$704 por día para los días de reserva de por vida (hasta 60 días de por vida) por período de beneficios.</p>	<p>Usted paga un deducible de \$1,408 para los días 1 a 60, un copago de \$352 por día para los días 61 a 90 y un copago de \$704 por día para los días de reserva de por vida (hasta 60 días de por vida) por período de beneficios.</p> <p>Estas son las sumas por gastos compartidos de 2020 y pueden cambiar para 2021. VillageHealth le proporcionará las tarifas actualizadas tan pronto sean publicadas.</p>

Costo	2020 (este año)	2021 (el próximo año)
<p>Cobertura de medicamentos con receta de la Parte D (Consulte la Sección 1.6 para obtener detalles).</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 médica (<i>Gasto compartido estándar</i> por un suministro de 30 días) • Medicamentos de Nivel 2: 25% del costo total (<i>Gasto compartido estándar</i> por un suministro de 30 días) • Medicamentos de Nivel 2: 25% del costo total (<i>Gasto compartido preferido</i> por un suministro de 30 días) 	<p>Deducible: \$445</p> <p>Copago/Coseguro durante la Etapa de Cobertura Inicial:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos de Nivel 1: \$3 por receta médica (<i>Gasto compartido estándar</i> por un suministro de 30 días) • Medicamentos de Nivel 2: 25% del costo total (<i>Gasto compartido estándar</i> por un suministro de 30 días) • Medicamentos de Nivel 2: 25% del costo total (<i>Gasto compartido preferido</i> por un suministro de 30 días)

Costo	2020 (este año)	2021 (el próximo año)
	<ul style="list-style-type: none"> <li data-bbox="711 321 1008 575">• Medicamentos de Nivel 3: 25% del costo total (<i>Gasto compartido estándar</i> por un suministro de 30 días) <li data-bbox="756 606 1008 785">25% del costo total (<i>Gasto compartido preferido</i> por un suministro de 30 días) <li data-bbox="711 816 1008 1071">• Medicamentos de Nivel 4: 25% del costo total (<i>Gasto compartido estándar</i> por un suministro de 30 días) <li data-bbox="756 1102 1008 1281">25% del costo total (<i>Gasto compartido preferido</i> por un suministro de 30 días) <li data-bbox="711 1312 1008 1566">• Medicamentos de Nivel 5: 25% del costo total (<i>Gasto compartido estándar</i> por un suministro de 30 días) <li data-bbox="756 1598 1008 1776">25% del costo total (<i>Gasto compartido preferido</i> por un suministro de 30 días) 	<ul style="list-style-type: none"> <li data-bbox="1084 321 1382 575">• Medicamentos de Nivel 3: 25% del costo total (<i>Gasto compartido estándar</i> por un suministro de 30 días) <li data-bbox="1130 606 1382 785">25% del costo total (<i>Gasto compartido preferido</i> por un suministro de 30 días) <li data-bbox="1084 816 1382 1071">• Medicamentos de Nivel 4: 25% del costo total (<i>Gasto compartido estándar</i> por un suministro de 30 días) <li data-bbox="1130 1102 1382 1281">25% del costo total (<i>Gasto compartido preferido</i> por un suministro de 30 días) <li data-bbox="1084 1312 1382 1566">• Medicamentos de Nivel 5: 25% del costo total (<i>Gasto compartido estándar</i> por un suministro de 30 días) <li data-bbox="1130 1598 1382 1776">25% del costo total (<i>Gasto compartido preferido</i> por un suministro de 30 días)

Aviso anual de cambios para 2021

Tabla de contenidos

Resumen de costos importantes para 2021	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	8
	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	13
SECCIÓN 2	Cómo decidir qué plan elegir	18
	Sección 2.1 – Si desea seguir inscrito en VillageHealth	18
	Sección 2.2 – Si desea cambiar de plan	19
SECCIÓN 3	Plazo para el cambio de plan	19
SECCIÓN 4	Programas que ofrecen asesoramiento gratuito sobre Medicare	20
SECCIÓN 5	Programas que ayudan a pagar los medicamentos con receta	21
SECCIÓN 6	¿Preguntas?	22
	Sección 6.1 – Cómo recibir ayuda de VillageHealth	22
	Sección 6.2 – Cómo recibir ayuda de Medicare	22

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

Sección 1.1 – Cambios en la prima mensual

Costo	2020 (este año)	2021 (el próximo año)
Prima mensual (También debe seguir pagando la prima de la Parte B de Medicare).	\$32	\$31.50

- Su prima mensual del plan será *mayor* si se le exige que pague una multa por inscripción tardía en la Parte D de por vida por no tener otra cobertura de medicamentos que sea al menos tan buena como la cobertura de medicamentos de Medicare (también denominada “cobertura acreditable”) durante 63 días o más.
- Si usted tiene ingresos mayores, puede que tenga que pagar un monto adicional cada mes directamente al gobierno por su cobertura para medicamentos con receta de Medicare.
- Su prima mensual será *menor* si recibe “Ayuda adicional” con sus costos de medicamentos con receta. Consulte la sección 5 sobre “Ayuda adicional” de Medicare.

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	2020 (este año)	2021 (el próximo año)
Monto máximo de su bolsillo	Dentro y fuera de la red	Dentro y fuera de la red
Los costos por servicios médicos cubiertos (como copagos y deducibles) se tienen en cuenta para calcular el monto máximo que usted paga de su bolsillo. La prima de su plan y sus costos por medicamentos con receta no cuentan para el monto máximo que paga de su bolsillo.	\$6,700	\$7,550 Una vez que haya pagado \$7,550 de su bolsillo por los servicios cubiertos dentro de la Parte A y la Parte B, no pagará nada por sus servicios cubiertos de la

Costo	2020 (este año)	2021 (el próximo año)
Monto máximo de su bolsillo (continuación)		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 2021* 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 para 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*. **Revise el *Directorio de proveedores y farmacias de 2021* para consultar qué farmacias están 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 de 2021*.

Costo	2020 (este año)	2021 (el próximo año)
Artículos de venta libre (OTC)	Dentro de la red Tiene cubiertos hasta \$50 en productos de venta libre disponibles a través del catálogo de pedido por correo de VillageHealth OTC cada trimestre. El saldo sin utilizar <u>no</u> se transferirá cada trimestre.	Dentro de la red Tiene cubiertos hasta \$60 en productos de venta libre disponibles a través del catálogo de pedido por correo de VillageHealth OTC cada trimestre. El saldo sin utilizar se transferirá cada trimestre.
Atención de salud mental para pacientes ambulatorios (no psiquiátricos)	Fuera de la red Usted paga el 20 % del costo total por cada consulta individual o grupal.	Fuera de la red Usted paga \$0 por cada consulta individual o grupal.

Costo	2020 (este año)	2021 (el próximo año)
Atención de salud mental para pacientes ambulatorios (psiquiátricos)	Fuera de la red Usted paga el 20 % del costo total por cada consulta individual o grupal.	Fuera de la red Usted paga \$0 por cada consulta individual o grupal.
Atención de salud mental para pacientes internados	Dentro y fuera de la red Usted paga \$1,408 de deducible para los días 1-60, \$352 de copago por día para los días 61-90 y \$704 de copago por día para los días de reserva de por vida (hasta 60 días de por vida) por período de beneficios.	Dentro y fuera de la red Usted paga \$1,408 de deducible para los días 1-60, \$352 de copago por día para los días 61-90 y \$704 de copago por día para los días de reserva de por vida (hasta 60 días de por vida) por período de beneficios. Estos son los montos de gasto compartido para 2020 y pueden cambiar para 2021. VillageHealth le proporcionará las tarifas actualizadas tan pronto sean publicadas.
Atención hospitalaria para pacientes ambulatorios - Trasplantes	Dentro de la red Los trasplantes requieren autorización previa. Fuera de la red Los trasplantes <u>no</u> están cubiertos.	Dentro de la red Los trasplantes <u>no</u> requieren autorización previa. Fuera de la red Los trasplantes están cubiertos.
Atención médica de emergencia	Fuera de la red Usted paga el 20 % del costo total (hasta \$65) por cada consulta.	Fuera de la red Usted paga \$0 por consulta.

Costo	2020 (este año)	2021 (el próximo año)
<p>Atención médica en el hospital para pacientes internados</p>	<p>Dentro y fuera de la red Usted paga \$1,408 de deducible para los días 1-60, \$352 de copago por día para los días 61-90 y \$704 de copago 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 Usted paga \$1,408 de deducible para los días 1-60, \$352 de copago por día para los días 61-90 y \$704 de copago por día para los días de reserva de por vida (hasta 60 días de por vida) por período de beneficios.</p> <p>Estos son los montos de gastos compartidos para 2020 y pueden cambiar para 2021. VillageHealth proporcionará las tarifas actualizadas tan pronto sean publicadas.</p>
<p>Atención médica en un centro de atención de enfermería especializada</p>	<p>Dentro de la red Usted paga \$0 por día para los días 1-20 y Usted paga \$176 de copago por día para los días 21-100.</p> <p>La atención médica en un centro de atención de enfermería especializada <u>no</u> requiere autorización previa.</p>	<p>Dentro de la red Usted paga \$0 por día para los días 1-20 y Usted paga \$176 de copago por día para los días 21-100.</p> <p>Estos son los montos de gasto compartido de 2020 y pueden cambiar para 2021. VillageHealth le proporcionará las tarifas actualizadas tan pronto sean publicadas.</p> <p>La atención médica en un centro de atención de enfermería especializada requiere autorización previa.</p>

Costo	2020 (este año)	2021 (el próximo año)
Comidas para condiciones crónicas	Dentro y fuera de la red Las comidas para condiciones crónicas <u>no</u> están cubiertas.	Dentro de la red Usted paga \$0 por año por comidas suministradas a domicilio (28 días/84 comidas –; se aplican los criterios y limitaciones).
Diálisis renal	Dentro de la red La diálisis renal requiere autorización previa.	Dentro de la red La diálisis renal <u>no</u> requiere autorización previa.
Entrega de comidas a domicilio	Dentro de la red Usted paga \$0 de copago por año por hasta 84 comidas/28 días por comidas suministradas a domicilio después de haber sido dado de alta del hospital o centro de atención de enfermería especializada.	Dentro de la red Las comidas suministradas a domicilio <u>no</u> están cubiertas.
Equipo médico duradero	Dentro de la red Todos los artículos de equipo médico duradero requieren autorización previa. Fuera de la red El equipo médico duradero <u>no</u> está cubierto.	Dentro de la red Se aplican reglas de autorización previa solamente a artículos específicos de equipo médico duradero. Fuera de la red Usted paga el 20 % del costo total. Se aplican reglas de autorización previa solamente a artículos específicos de equipo médico duradero.
Examen físico anual	Fuera de la red El examen físico anual <u>no</u> está cubierto.	Fuera de la red Usted paga \$0 por un examen físico anual por año.

Costo	2020 (este año)	2021 (el próximo año)
Hospitalización parcial	Fuera de la red Usted paga 20 % del costo total por cada visita.	Fuera de la red Usted paga \$0 por cada visita.
Prótesis y suministros médicos relacionados	Dentro de la red Todas las prótesis y los suministros médicos relacionados requieren autorización previa. Fuera de la red Las prótesis y los suministros médicos relacionados <u>no</u> están cubiertos.	Dentro de la red Las prótesis y los suministros médicos relacionados <u>no</u> requieren autorización previa. Fuera de la red Usted paga 20 % del costo total.
Radiografías para pacientes ambulatorios	Dentro de la red Usted paga \$0 por consulta.	Dentro de la red Usted paga el 20 % del costo total por cada consulta.
SCAN HEALTH^{tech}	Dentro de la red SCAN HEALTH ^{tech} <u>no</u> está cubierto.	Dentro de la red Usted paga \$0 por llamada.
Servicios de diagnóstico radiológico	Dentro de la red Usted paga \$0 por consulta.	Dentro de la red Usted paga el 20 % del costo total por cada consulta.
Suministros y programas para la diabetes - Plantillas y zapatos ortopédicos	Dentro y fuera de la red Las plantillas y zapatos ortopédicos requieren autorización previa.	Dentro y fuera de la red Las plantillas y zapatos ortopédicos no requieren autorización previa.

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 a 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 el 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 su medicamento actual, dicho medicamento seguirá teniendo cobertura el año próximo.

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 con receta de la Parte D puede no aplicarse a usted.** Le enviamos un anexo separado, que se denomina “Cláusula adicional de la Evidencia de cobertura para personas que reciben Ayuda Adicional para el pago de medicamentos con receta” (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” y no ha recibido este inserto antes del 30 de septiembre 2020, llame a Servicios para Miembros y solicite la “cláusula adicional LIS.”

Existen cuatro “etapas de pago de 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 describe los cambios para el próximo año en las dos primeras etapas – la Etapa de deducibles anual y la Etapa de cobertura inicial. (La mayoría de los miembros no llega a las otras dos etapas: la Etapa del período de interrupción en la cobertura o la Etapa de cobertura catastrófica. Para obtener información sobre sus gastos en estas etapas, revise el Capítulo 6, Secciones 6 y 7, de la *Evidencia de cobertura*, que se encuentra en nuestra página 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	2020 (este año)	2021 (el próximo año)
<p>Etapa 1: Etapa de deducible anual</p> <p>Durante esta etapa, paga el costo total de su Nivel 2: Genéricos, Nivel 3: Marca preferida, Nivel 4: Medicamento no preferido, Nivel 5: Medicamentos en el Nivel de especializados hasta que alcance el deducible anual.</p>	<p>El deducible es de \$435.</p> <p>Durante esta etapa, pagará \$0 de gastos compartidos para los medicamentos del Nivel 1: Genéricos preferidos en farmacias preferidas, \$3 de gastos compartidos para los medicamentos de Nivel 1: Los medicamentos genéricos preferidos en farmacias estándares y el costo total de los medicamentos del Nivel 2: Genéricos, Nivel 3: Marca preferida, Nivel 4: Medicamento no preferido, Nivel 5: Medicamentos en el Nivel de especializados: hasta que alcance el deducible anual.</p>	<p>El deducible es de \$445.</p> <p>Durante esta etapa, pagará \$0 de gasto compartido para los medicamentos de Nivel 1: Genéricos preferidos en farmacias preferidas, \$3 de gastos compartidos para los medicamentos de Nivel 1: Los medicamentos genéricos preferidos en farmacias estándares y el costo total de los medicamentos del Nivel 2: Genéricos, Nivel 3: Marca preferida, Nivel 4: Medicamento no preferido, 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	2020 (este año)	2021 (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 de un mes en una farmacia de la red:</p> <p>Nivel 1: Genérico preferido:</p> <p><i>Gasto compartido estándar:</i> Usted paga \$3 por receta.</p> <p><i>Gasto compartido preferidos:</i> Usted paga \$0 por receta.</p> <p>Nivel 2: Genérico:</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 de un mes en una farmacia de la red:</p> <p>Nivel 1: Genérico preferido:</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: Genérico:</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	2020 (este año)	2021 (el próximo año)
	<p>Nivel 3: Marca preferida:</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: Medicamento no preferido:</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: Marca preferida:</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: Medicamento no preferido:</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	2020 (este año)	2021 (el próximo año)
	<p>Nivel 5: Nivel especializado:</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 costos totales por medicamentos hayan alcanzado los \$4,020, usted pasará a la siguiente etapa (la Etapa del período de interrupción en la cobertura).</p>	<p>Nivel 5: Nivel especializado:</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 costos totales por medicamentos hayan alcanzado los \$4,130, usted pasará a la siguiente etapa (la Etapa del período de interrupción en la cobertura).</p>

Cambios en la Etapa del período de interrupción en la 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 la *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 inscribe en un plan diferente ni cambia a Medicare original antes del 7 de diciembre, permanecerá inscrito automáticamente en nuestro VillageHealth.

Sección 2.2 – Si desea cambiar de plan

Esperamos que continúe siendo miembro de nuestro plan durante 2021, 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 2021*, 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 www.medicare.gov/plan-compare. **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 médico de Medicare diferente**, inscríbese en el nuevo plan. Se cancelará automáticamente su inscripción en VillageHealth.
- Para **cambiarse a Medicare original con un plan de medicamentos con receta**, inscríbese en el nuevo plan de medicamentos. Se cancelará automáticamente su inscripción en VillageHealth.
- Para **cambiarse a Medicare original sin un plan de medicamentos con receta**, debe realizar lo siguiente:
 - Enviarnos una solicitud por escrito para cancelar la inscripción. Si necesita más información sobre cómo hacerlo, contacte a 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 cambiar a un plan diferente o a Medicare original para el próximo año, puede hacerlo desde el **15 de octubre hasta el 7 de diciembre**. El cambio entrará en vigencia el 1 de enero de 2021.

¿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 2021 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 2021. 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 cada estado. 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 médico). 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 Programa de Consejería y Abogacía de Seguros de Salud (HICAP) visite su página web (cahealthadvocates.org/hicap/).

Método	Programa de Protección y Asesoramiento sobre Seguros Médicos (HICAP) (SHIP de California) – Información de contacto
LLAME A	Oficina estatal de HICAP: 1-800-434-0222 Condado de Los Ángeles: 1-213-383-4519
PÁGINA WEB	Oficina estatal de HICAP: cahealthadvocates.org/hicap/ Condado de Los Ángeles: cahealthadvocates.org/hicap/los-angeles/

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, incluso las primas mensuales para los medicamentos con receta, los deducibles anuales y el coseguro. Además, quienes califiquen para esta prestación no tendrán período de interrupción en la 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). Los usuarios de TTY deben llamar a 1-877-486-2048, las 24 horas, los 7 días de la semana;
 - A la Oficina de Seguro Social al 1-800-772-1213 entre las 7 a. m. y 7 p. m, de lunes a viernes. 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).
- **Programa de asistencia de gastos compartidos en medicamentos con receta para personas con VIH/SIDA.** El Programa de asistencia de medicamentos para el SIDA (ADAP) ayuda a garantizar que las personas elegibles para el ADAP que tienen VIH/SIDA tengan acceso a medicamentos para el VIH que salvan vidas. Las personas deben cumplir con ciertos criterios, incluidos un comprobante de residencia en el estado y estado del VIH, un comprobante de bajos ingresos según lo establece el estado, y el estado de no asegurado/con seguro insuficiente. Los medicamentos con receta de la Parte D de Medicare que también están cubiertos por el ADAP califican para la asistencia de gastos compartidos para medicamentos con receta del de la 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 información sobre criterios de elegibilidad, medicamentos cubiertos o cómo inscribirse en el programa, por favor llame al 1-844-421-7050.

SECCIÓN 6 ¿Preguntas?

Sección 6.1 – Cómo recibir ayuda de VillageHealth

¿Tiene preguntas? Estamos para ayudarlo. Comuníquese con nuestro número de Servicios para Miembros al 1-800-399-7226. (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. Las llamadas a estos números son gratuitas.

Lea su *Evidencia de cobertura de 2021* (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 2021. Para más información, consulte la *Evidencia de cobertura de 2021* para 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 (www.medicare.gov). Posee información acerca de los costos, la cobertura y las calificaciones de calidad para ayudarlo a comparar los planes de salud de Medicare. Puede encontrar información sobre los planes disponibles en su área

mediante el Buscador de planes de Medicare en el sitio web de Medicare. (Para ver la información sobre los planes, vaya a www.medicare.gov/plan-compare).

Lea *Medicare & You 2021* (Medicare y Usted de 2021)

Usted puede leer el manual *Medicare & You 2021* (Medicare y Usted de 2021). Cada año, en otoño, este documento se envía por correo a las personas que tienen Medicare. Contiene un resumen de los beneficios, los derechos y las protecciones de Medicare, y las respuestas a las preguntas más frecuentes acerca de Medicare. Si usted no tiene una copia de este documento, puede obtenerla en el sitio web de Medicare (www.medicare.gov) o llamando 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.

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: ՌԻՇԱՂԴՈՒԹՅՈՒՆ՝ 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 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 تحدث لعموية فإن خدمتكم سدة عمل لغوي متلفون لك بالمرجان بتاصل لبقوم 1-800-559-3500. (الهاتف لن صي: 711).

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

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

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

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

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

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