

2026 Resumen de Beneficios

Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP)

Del 1 de enero de 2026 al 31 de diciembre de 2026

Este plan está disponible en los condados de Clackamas, Multnomah y Washington en Oregón.

Cuando se afilia a Providence

Usted no solo forma parte de una póliza de seguros, sino de una comunidad de atención centrada en su salud y bienestar. Este Resumen de Beneficios se brinda para ayudarlo a tomar las decisiones de atención médica correctas. Es una breve guía sobre lo que cubriríamos y lo que a usted le correspondería pagar si se afilia a Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP). Para mayor claridad, este no es un desglose completo de los beneficios, y no se enumeran todos los servicios que cubrimos ni figuran todas las limitaciones o exclusiones. Es posible que los planes ofrezcan beneficios complementarios, además de los beneficios de la Parte C y de la Parte D.

Para obtener una lista completa de los servicios que cubrimos, consulte la Evidencia de cobertura (Evidence of Coverage, EOC). Puede solicitar una copia impresa en el sitio web

ProvidenceHealthAssurance.com/EOC o llamando a nuestro departamento de Servicio al cliente a uno de los números incluidos en la sección “Póngase en contacto” que figura a continuación.

Resumen del plan

Providence Health Assurance es una Organización para el mantenimiento de la salud (Health Maintenance Organization, HMO), un Punto de servicio (Point-of-Service, POS) de una HMO y un Plan de necesidades especiales (Special Needs Plan, SNP) de una HMO que tiene contratos con Medicare y Oregon Health Plan. La inscripción en Providence Health Assurance depende de la renovación del contrato.

Los miembros de nuestro plan obtienen todos los beneficios cubiertos por Original Medicare, así como algunos beneficios adicionales detallados en este resumen.

¿Quién puede afiliarse?

Para afiliarse a nuestro plan, usted debe tener derecho a la Parte A de Medicare, estar inscrito en la Parte B de Medicare, reunir los requisitos para recibir beneficios completos de Oregon Health Plan (Medicaid) y vivir en nuestra área de servicio. Nuestra área de servicio incluye los condados de Clackamas, Multnomah y Washington en Oregón.

Póngase en contacto

¿Tiene preguntas? Estamos aquí para ayudar. Del 1 de abril al 30 de septiembre, el horario es de lunes a viernes de 8 a. m. a 8 p. m. Del 1 de octubre al 31 de marzo, el horario es de domingos a sábados (7 días a la semana) de 8 a. m. a 8 p. m.

- + Si es miembro de este plan, llámenos gratis al 1-800-603-2340 (TTY: 711)
- + Si no es miembro de este plan, llámenos gratis al 1-800-457-6064 (TTY: 711 / 1-800-855-7100)
- + También puede vernos por Internet, en ProvidenceHealthAssurance.com

Recursos útiles

- + Visite ProvidenceHealthAssurance.com/findaprovider para ver el Directorio de proveedores y farmacias de nuestro plan o para solicitar una copia impresa. También puede llamarnos para que le enviemos una copia impresa por correo.
- + ¿Desea ver el formulario de nuestro plan (lista de medicamentos con recetas de la Parte D), incluidas las restricciones? Visite ProvidenceHealthAssurance.com/Formulary o llámenos para obtener una copia impresa.
- + Para obtener más información sobre la cobertura y los costos de Original Medicare, consulte el manual “Medicare & You” (Medicare y usted) vigente; véalo en Internet, en www.Medicare.gov, o solicite una copia impresa llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los siete días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP)

Prima mensual del plan	\$0
Deducible médico anual	\$0
Cantidad máxima que paga de su bolsillo (no incluye medicamentos con receta)	Usted no es responsable de pagar ningún costo de su bolsillo que se contará para la cantidad máxima que paga de su bolsillo por servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B. Sus límites anuales para este plan dentro de la red: \$9,250

Beneficios	Dentro de la red
Cobertura hospitalaria para pacientes internados ¹	<p><u>Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP):</u> Copago de \$0 por hospitalización</p> <p><u>Oregon Health Plan (Medicaid):</u> Copago de \$0 por servicios cubiertos por Medicaid</p>
Cobertura hospitalaria para pacientes externos ¹	<p><u>Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP):</u> Copago de \$0 por cirugía para pacientes externos en un centro hospitalario</p> <p><u>Oregon Health Plan (Medicaid):</u> Copago de \$0 por servicios cubiertos por Medicaid</p>
Servicios en un centro quirúrgico ambulatorio (Ambulatory Surgical Center, ASC) ¹	<p><u>Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP):</u> Copago de \$0 por cirugía para pacientes externos en un centro quirúrgico ambulatorio</p> <p><u>Oregon Health Plan (Medicaid):</u> Copago de \$0 por servicios cubiertos por Medicaid</p>

¹ Es posible que los servicios requieran autorización previa. Consulte la Evidencia de cobertura para obtener más información.

Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP)

Beneficios		Dentro de la red
Consultas con el doctor	Consulta con un proveedor de atención primaria	<p><u>Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP):</u> Copago de \$0 por consultas de atención primaria</p> <p><u>Oregon Health Plan (Medicaid):</u> Copago de \$0 por servicios cubiertos por Medicaid</p>
	Consulta con un especialista	<p><u>Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP):</u> Copago de \$0 por consultas con especialistas</p> <p><u>Oregon Health Plan (Medicaid):</u> Copago de \$0 por servicios cubiertos por Medicaid</p>
Atención preventiva (por ejemplo, revisiones anuales, vacunas, inyecciones antigripales)		<p><u>Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP):</u> No paga nada por todos los servicios preventivos cubiertos por Original Medicare</p> <p><u>Oregon Health Plan (Medicaid):</u> Copago de \$0 por servicios cubiertos por Medicaid</p>
Atención de emergencia		<p><u>Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP):</u> Copago de \$0 por atención de emergencia</p> <p><u>Oregon Health Plan (Medicaid):</u> Copago de \$0 por servicios cubiertos por Medicaid</p>
Servicios de urgencia		<p><u>Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP):</u> Copago de \$0 por servicios de urgencia</p> <p><u>Oregon Health Plan (Medicaid):</u> Copago de \$0 por servicios cubiertos por Medicaid</p>

¹ Es posible que los servicios requieran autorización previa. Consulte la Evidencia de cobertura para obtener más información.

Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP)

Beneficios		Dentro de la red
Servicios de diagnóstico/ laboratorio/imágenes	Servicios radiológicos de diagnóstico (como resonancias magnéticas, ecografías y tomografías computarizadas) ¹	<u>Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP):</u> Copago de \$0 por servicios radiológicos de diagnóstico <u>Oregon Health Plan (Medicaid):</u> Copago de \$0 por servicios cubiertos por Medicaid
	Servicios radiológicos terapéuticos ¹	<u>Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP):</u> Copago de \$0 por servicios radiológicos terapéuticos <u>Oregon Health Plan (Medicaid):</u> Copago de \$0 por servicios cubiertos por Medicaid
	Radiografías para pacientes externos	<u>Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP):</u> Copago de \$0 por radiografías para pacientes externos <u>Oregon Health Plan (Medicaid):</u> Copago de \$0 por servicios cubiertos por Medicaid
	Pruebas y procedimientos de diagnóstico ¹	<u>Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP):</u> Copago de \$0 por pruebas y procedimientos de diagnóstico <u>Oregon Health Plan (Medicaid):</u> Copago de \$0 por servicios cubiertos por Medicaid
	Servicios de laboratorio ¹	<u>Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP):</u> Copago de \$0 <u>Oregon Health Plan (Medicaid):</u> Copago de \$0 por servicios cubiertos por Medicaid
Servicios auditivos	Cubiertos por Medicare <u>Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP):</u> Copago de \$0 <u>Oregon Health Plan (Medicaid):</u> Copago de \$0 por servicios cubiertos por Medicaid	
Servicios odontológicos	Cubiertos por Medicare ¹	<u>Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP):</u> Copago de \$0 <u>Oregon Health Plan (Medicaid):</u> Copago de \$0 por servicios cubiertos por Medicaid
	Otros/no cubiertos por Medicare	<u>Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP):</u> Asignación de \$450 cada seis meses para cualquier servicio odontológico de su elección; el dinero que no gaste vencerá si no se utiliza durante el año en que se emite la asignación <u>Oregon Health Plan (Medicaid):</u> Copago de \$0 por servicios cubiertos por Medicaid

¹ Es posible que los servicios requieran autorización previa. Consulte la Evidencia de cobertura para obtener más información.

Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP)

Beneficios		Dentro de la red
Servicios para la vista	Exámenes/pruebas de detección cubiertos por Medicare	<p><u>Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP):</u> Copago de \$0 por examen Copago de \$0 por una prueba de detección de glaucoma</p> <p><u>Oregon Health Plan (Medicaid):</u> Copago de \$0 por servicios cubiertos por Medicaid; una vez cada 24 meses para adultos de 21 años o más</p>
	Examen de rutina	<p><u>Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP):</u> Un examen de la vista de rutina por año calendario con un copago de \$0 (incluye refracción)</p> <p><u>Oregon Health Plan (Medicaid):</u> Copago de \$0 por servicios cubiertos por Medicaid; una vez cada 24 meses para adultos de 21 años o más</p>
	Lentes y accesorios cubiertos por Medicare	<p><u>Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP):</u> Copago de \$0 por el costo total de un par de anteojos o lentes de contacto cubiertos por Medicare después de cada cirugía de cataratas</p> <p><u>Oregon Health Plan (Medicaid):</u> Copago de \$0 por servicios cubiertos por Medicaid; solo para afecciones médicas específicas</p>
	Anteojos o lentes de contacto de rutina	<p><u>Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP):</u> Asignación de hasta \$150 por año calendario para cualquier combinación de lentes y accesorios con receta de rutina</p> <p><u>Oregon Health Plan (Medicaid):</u> Copago de \$0 por servicios cubiertos por Medicaid; solo para afecciones médicas específicas</p>
Servicios de salud mental	Consulta para pacientes internados ¹	<p><u>Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP):</u> Copago de \$0 por consultas para pacientes internados</p> <p><u>Oregon Health Plan (Medicaid):</u> Copago de \$0 por servicios cubiertos por Medicaid</p>
	Consulta de terapia grupal o individual ¹ para pacientes externos ¹	<p><u>Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP):</u> Copago de \$0 por consultas de terapia para pacientes externos</p> <p><u>Oregon Health Plan (Medicaid):</u> Copago de \$0 por servicios cubiertos por Medicaid</p>

Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP)

Beneficios		Dentro de la red
Centro de atención de enfermería especializada (Skilled Nursing Facility, SNF) ¹		<p><u>Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP):</u> Copago de \$0 para los días 1-20 Copago de \$0 por día para los días 21-100</p> <p><u>Oregon Health Plan (Medicaid):</u> Copago de \$0 por servicios cubiertos por Medicaid. Medicaid cubre hasta 20 días en un SNF.</p>
Fisioterapia ¹		<p><u>Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP):</u> Copago de \$0 por fisioterapia</p> <p><u>Oregon Health Plan (Medicaid):</u> Copago de \$0 por servicios cubiertos por Medicaid</p>
Ambulancia ¹		<p><u>Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP):</u> Copago de \$0 por servicios de ambulancia</p> <p><u>Oregon Health Plan (Medicaid):</u> Copago de \$0 por servicios cubiertos por Medicaid</p>
Transporte (este plan incluye transporte no médico) ²		<p><u>Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP):</u> Copago de \$0 por 24 viajes sencillos (máximo de 25 millas cada uno) si califica para los beneficios complementarios especiales para personas con enfermedades crónicas (Special Supplementary Benefits for the Chronically Ill, SSBCI)</p> <p><u>Oregon Health Plan (Medicaid):</u> Copago de \$0 por servicios cubiertos por Medicaid; transporte médico para casos que no sean de emergencia a citas cubiertas</p>
Medicamentos de la Parte B de Medicare ¹		<p><u>Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP):</u> Copago de \$0 por medicamentos de la Parte B</p> <p><u>Oregon Health Plan (Medicaid):</u> Copago de \$0 por servicios cubiertos por Medicaid</p>
Programa de entrega de comidas (solo después del alta)		<p><u>Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP):</u> Copago de \$0 para 2 comidas al día durante 28 días, después de una hospitalización calificada</p> <p><u>Oregon Health Plan (Medicaid):</u> No está cubierto</p>
Tarjeta de débito precargada	Artículos de venta libre	<p><u>Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP):</u> Asignación de \$40 cada tres meses (tarjeta de venta minorista, pedidos por catálogo, en línea, por correo y por teléfono).</p>
	Alimentos y productos agrícolas ²	<p>Asignación de \$200 cada tres meses si califica para SSBCI (tarjeta de venta minorista, pedidos por catálogo, en línea, por correo y por teléfono). También puede usar su tarjeta para comprar alimentos</p>

Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP)

		<p>saludables que reúnan los requisitos como productos agrícolas, lácteos, carnes y más.</p> <p>El dinero que no gaste se transferirá de un trimestre al siguiente y caducará al final del año calendario 2026.</p> <p><u>Oregon Health Plan (Medicaid):</u> No está cubierto</p>
Sistema de respuesta de emergencia personal (Personal Emergency Response System, PERS)		<p><u>Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP):</u> Copago de \$0</p> <p><u>Oregon Health Plan (Medicaid):</u> No está cubierto</p>
Programa de bienestar		<p><u>Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP):</u> Copago de \$0 para una membresía mensual en gimnasios participantes</p> <p><u>Oregon Health Plan (Medicaid):</u> No está cubierto</p>

¹ Es posible que los servicios requieran autorización previa. Consulte la Evidencia de cobertura para obtener más información.

² Este beneficio es parte de un programa complementario especial para personas con enfermedades crónicas. Los miembros con diabetes mellitus, afecciones de salud mental crónicas y discapacitantes, trastornos cardiovasculares, trastornos pulmonares crónicos, trastornos neurológicos y otras afecciones elegibles no indicadas pueden calificar para recibir este beneficio. La elegibilidad para este beneficio no se puede garantizar únicamente sobre la base de su afección. Se deben cumplir todos los requisitos de elegibilidad aplicables antes de que se proporcione el beneficio. Para obtener más detalles, comuníquese con el Servicio al cliente al 503-574-8000 o al 1-800-603-2340. (Los usuarios de TTY deben llamar al 711). Del 1 de abril al 30 de septiembre, el horario es de lunes a viernes de 8 a. m. a 8 p. m. (hora del Pacífico). Del 1 de octubre al 31 de marzo, el horario es de domingos a sábados (7 días a la semana) de 8 a. m. a 8 p. m. (hora del Pacífico). Esta llamada es gratuita.

Beneficios para medicamentos con receta

Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP)

Deducible para medicamentos con receta	
Deducible anual	No tiene deducible.
Cobertura inicial	Usted paga lo siguiente hasta que los costos totales anuales de su bolsillo alcancen \$2,100.
Para medicamentos genéricos (incluidos los medicamentos de marca que se tratan como genéricos)	
Usted pagará:	Usted paga un copago de \$0, \$1.60 o \$5.10
Para todos los demás medicamentos	
Usted pagará:	Usted paga un copago de \$0, \$4.90 o \$12.65
	Puede obtener sus medicamentos en farmacias minoristas de la red y en farmacias de pedido por correo.
Cobertura en situaciones catastróficas	Luego de que los costos anuales de los medicamentos que paga de su bolsillo (incluidos los medicamentos comprados mediante su farmacia minorista y mediante pedido por correo) alcancen los \$2,100, usted no pagará nada por todos los medicamentos.

El formulario y/o la red de farmacias pueden cambiar en cualquier momento. Usted recibirá un aviso cuando sea necesario.

Mensaje importante sobre lo que paga por las vacunas: nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas de la Parte D sin costo para usted. Llame a Servicio al cliente para obtener más información.

Resumen de servicios cubiertos por Oregon Health Plan (Medicaid)

Los beneficios que se describen en la sección Prima y beneficios del Resumen de Beneficios están cubiertos por Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP). Para determinados miembros, es posible que Oregon Health Plan (Medicaid) pague únicamente los costos compartidos de los servicios que Oregon Health Plan (Medicaid) cubriría normalmente. Comuníquese con Oregon Health Plan (Medicaid) o su Organización de atención coordinada para obtener más información. Los miembros de Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP) que están inscritos en Providence a través de Health Share of Oregon para Oregon Health Plan (Medicaid) no tendrán que pagar de su bolsillo ningún servicio médico cubierto por Medicare. Sí se aplican los costos compartidos de medicamentos con receta.

Puede consultar información detallada sobre sus beneficios de Oregon Health Plan (Medicaid) en el siguiente enlace: www.oregon.gov/oha/HSD/OHP/Pages/Benefits.aspx o puede llamar al Servicio al cliente de su Organización de atención coordinada.

A continuación, hay una lista de los servicios cubiertos por Oregon Health Plan (Medicaid)	
Beneficios	Información adicional
Servicios odontológicos	Servicios básicos que incluyen limpieza, barniz de flúor, empastes y extracciones Tratamiento urgente o inmediato Dentaduras postizas Coronas de acero inoxidable para molares (dientes de atrás)
Servicios para necesidades sociales relacionados con la salud (Health Related Social Needs, HRSN)	Asistencia para vivienda y nutrición. Disponible para los miembros elegibles con base en una evaluación de las necesidades.
Servicios auditivos	Audífonos y exámenes para audífonos
Atención médica a domicilio	Atención prestada por un enfermero matriculado o un auxiliar de atención médica a domicilio
Atención en un hospicio	Atención de final de vida
Atención en un hospital	Tratamiento de emergencia Atención para pacientes internados y externos
Vacunas e inyecciones	Como la vacuna contra la gripe o contra el COVID-19
Atención para el embarazo	Trabajo de parto, parto y atención posparto
Análisis de laboratorio y radiografías	Como análisis de sangre y mamografías
Atención médica de un doctor, enfermero practicante o asistente médico	Como una revisión de rutina o una cita general
Equipo médico y suministros	Como tiras reactivas para pruebas de glucosa o muletas
Transporte médico	Como ambulancia o transporte no urgente a una cita
Atención de salud mental	Como terapia o tratamiento residencial
Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla	Terapia para mejorar las habilidades o el funcionamiento en la vida cotidiana
Medicamentos con receta	OHP con medicamentos limitados únicamente incluye medicamentos que no están cubiertos por la Parte D de Medicare
Tratamiento para el trastorno por consumo de sustancias	Como terapia, tratamiento asistido por medicamentos, acupuntura, tratamiento residencial y servicios prestados por pares
Servicios para la vista	Exámenes oculares médicos para cualquier afección de la vista Los anteojos están cubiertos para los adultos que tienen una afección médica que reúne los requisitos, como afaquia o queratocono

Servicios que no están cubiertos por Oregon Health Plan Medicaid (exclusiones):

No todos los tratamientos médicos están cubiertos. Si necesita un tratamiento médico, comuníquese con su proveedor de atención primaria. A continuación, se indican algunas exclusiones (no se incluyen todas):

- + Medicamentos con receta cubiertos de la Parte D de Medicare
- + Afecciones para las cuales es eficaz un tratamiento “en el hogar”, como aplicar una pomada, dar reposo a una articulación dolorosa, beber abundante líquido o mantener una dieta blanda. Algunas de estas afecciones son:
 - + Aftas o úlceras bucales
 - + Dermatitis del pañal
 - + Durezas/callos
 - + Quemaduras de sol
 - + Intoxicación alimentaria
 - + Esguinces
- + Artículos de conveniencia o comodidad personal (radios, teléfonos, bañeras de hidromasaje, caminadoras, etc.)
- + Servicios que sean principalmente cosméticos, como los siguientes:
 - + Tumores cutáneos benignos
 - + Cirugía cosmética
 - + Extirpación de cicatrices
- + Afecciones para las cuales el tratamiento no suele ser eficaz, como las siguientes:
 - + Ciertas cirugías de espalda
 - + Cirugía de articulación temporomandibular (Temporomandibular Joint, TMJ)
 - + Ciertos trasplantes
- + Servicios prestados por un familiar inmediato o un miembro de su hogar
- + Cualquier servicio que reciba fuera de los Estados Unidos
- + Atención no urgente si acude a un proveedor que no es proveedor de la red
- + Los demás servicios no cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes:
 - + Servicio por infertilidad

Si tiene alguna pregunta sobre los servicios cubiertos y no cubiertos, comuníquese con el Servicio al cliente de la Organización de atención coordinada.

Esta información no es una descripción completa de los beneficios. Para obtener más información, llame al **1-800-603-2340**. Los usuarios de TTY deben llamar al 711. La prima de la Parte B está cubierta para las personas con inscripción doble completa que reúnen los requisitos para Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP). La prima, los copagos, el coseguro y los deducibles pueden variar según el nivel de Ayuda adicional que reciba. Comuníquese con el plan para obtener más información.

Notice of Availability of Language Assistance Services and Auxiliary Aids and Services

English

ATTENTION: If you speak English, free language assistance services are available to you. Appropriate auxiliary aids and services to provide information in accessible formats are also available free of charge. Call 1-800-603-2340 (TTY: 711) or speak to your provider.”

Español (Spanish)

ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. También están disponibles de forma gratuita ayuda y servicios auxiliares apropiados para proporcionar información en formatos accesibles. Llame al 1-800-603-2340 (TTY: 711) o hable con su proveedor.

Việt (Vietnamese)

LƯU Ý: Nếu bạn nói tiếng Việt, chúng tôi cung cấp miễn phí các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ. Các hỗ trợ dịch vụ phù hợp để cung cấp thông tin theo các định dạng dễ tiếp cận cũng được cung cấp miễn phí. Vui lòng gọi theo số 1-800-603-2340 (Người khuyết tật: 711) hoặc trao đổi với người cung cấp dịch vụ của bạn.”

中文 (Chinese-Simplified)

注意：如果您说中文，我们将免费为您提供语言协助服务。我们还免费提供适当的辅助工具和服务，以无障碍格式提供信息。致电 1-800-603-2340（文本电话：711）或咨询您的服务提供商。”

中文 (Chinese-Traditional)

注意：如果您說中文，我們可以為您提供免費語言協助服務。也可以免費提供適當的輔助工具與服務，以無障礙格式提供資訊。請致電 1-800-603-2340（TTY：711）或與您的提供者討論。」

РУССКИЙ (Russian)

ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русский, вам доступны бесплатные услуги языковой поддержки. Соответствующие вспомогательные средства и услуги по предоставлению информации в доступных форматах также предоставляются бесплатно. Позвоните по телефону 1-800-603-2340 (TTY: 711) или обратитесь к своему поставщику услуг.

한국어 (Korean)

주의: 한국어를 사용하시는 경우 무료 언어 지원 서비스를 이용하실 수 있습니다. 이용 가능한 형식으로 정보를 제공하는 적절한 보조 기구 및 서비스도 무료로 제공됩니다. 1-800-603-2340 (TTY: 711)번으로 전화하거나 서비스 제공업체에 문의하십시오."

українська мова (Ukrainian)

УВАГА: Якщо ви розмовляєте українська мова, вам доступні безкоштовні мовні послуги. Відповідні допоміжні засоби та послуги для надання інформації у доступних форматах також доступні безкоштовно. Зателефонуйте за номером 1-800-603-2340 (TTY: 711) або зверніться до свого постачальника».

日本語 (Japanese)

注: 日本語を話される場合、無料の言語支援サービスをご利用いただけます。アクセシブル(誰もが利用できるよう配慮された)な形式で情報を提供するための適切な補助支援やサービスも無料でご利用いただけます。1-800-603-2340 (TTY: 711)までお電話ください。または、ご利用の事業者にご相談ください。

العربية (Arabic)

تنبيه: إذا كنت تتحدث اللغة العربية، فستتوفر لك خدمات المساعدة اللغوية المجانية. كما تتوفر وسائل مساعدة وخدمات مناسبة لتوفير المعلومات بتنسيقات يمكن الوصول إليها مجانًا. اتصل على الرقم 1-800-603-2340 (711) أو تحدث إلى مقدم الخدمة".

ភាសាខ្មែរ (Khmer)

សូមយកចិត្តទុកដាក់: ប្រសិនបើអ្នកនិយាយ ភាសាខ្មែរ សេវាកម្មជំនួយភាសា ឥតគិតថ្លៃគឺមានសម្រាប់អ្នក។ ជំនួយ និងសេវាកម្មដែលជាការជួយដ៏សមរម្យ ក្នុងការផ្តល់ព័ត៌មានតាមទម្រង់ដែលអាចចូលប្រើប្រាស់បាន ក៏អាចរកបាន ដោយឥតគិតថ្លៃផងដែរ។ ហៅទូរសព្ទទៅ 1-800-603-2340 (TTY: 711) ឬនិយាយទៅកាន់អ្នកផ្តល់សេវារបស់អ្នក។"

Deutsch (German)

ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlose Sprachassistentendienste zur Verfügung. Entsprechende Hilfsmittel und Dienste zur Bereitstellung von Informationen in barrierefreien Formaten stehen ebenfalls kostenlos zur Verfügung. Rufen Sie 1-800-603-2340 (TTY: 711) an oder sprechen Sie mit Ihrem Provider."

فارسي (Farsi)

توجه: اگر فارسي صحبت می کنید، خدمات پشتیبانی زبانی رایگان در دسترس شما قرار دارد. همچنین کمک ها و خدمات پشتیبانی مناسب برای ارائه اطلاعات در قالب های قابل دسترس، به طور رایگان موجود می باشند. با شماره 1-800-603-2340 (تله تایپ: 711) تماس بگیرید یا با ارائه دهنده خود صحبت کنید.

Français (French)

ATTENTION : Si vous parlez Français, des services d'assistance linguistique gratuits sont à votre disposition. Des aides et services auxiliaires appropriés pour fournir des informations dans des formats accessibles sont également disponibles gratuitement. Appelez le 1-800-603-2340 (TTY : 711) ou parlez à votre fournisseur. »

ไทย (Thai)

หมายเหตุ: หากคุณใช้ภาษา ไทย เรามีบริการความช่วยเหลือด้านภาษาฟรี นอกจากนี้ยังมีเครื่องมือและบริการช่วยเหลือเพื่อให้ข้อมูลในรูปแบบที่เข้าถึงได้โดยไม่เสียค่าใช้จ่าย โปรดโทรติดต่อ 1-800-603-2340 (TTY: 711) หรือปรึกษาผู้ให้บริการของคุณ”

Tagalog

PAALALA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, magagamit mo ang mga libreng serbisyong tulong sa wika. Magagamit din nang libre ang mga naaangkop na auxiliary na tulong at serbisyo upang magbigay ng impormasyon sa mga naa-access na format. Tumawag sa 1-800-603-2340 (TTY: 711) o makipag-usap sa iyong provider.”

አማርኛ (Amharic)

ማሳሰቢያ፡- አማርኛ የሚናገሩ ከሆኑ፣ የቋንቋ ድጋፍ አገልግሎት በነፃ ይቀርብልዎታል። መረጃን በተደራሽ ቅርጸት ለማቅረብ ተገቢ የሆኑ ተጨማሪ እገዛዎች እና አገልግሎቶች እንዲሁ በነፃ ይገኛሉ። በስልክ ቁጥር 1-800-603-2340 (TTY: 711) ይደውሉ ወይም አገልግሎት አቅራቢዎን ያናግሩ።”

ਪੰਜਾਬੀ (Punjabi)

ਧਿਆਨ ਦਿਓ: ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਪੰਜਾਬੀ ਬੋਲਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਮੁਫਤ ਭਾਸ਼ਾ ਸਹਾਇਤਾ ਸੇਵਾਵਾਂ ਉਪਲਬਧ ਹੁੰਦੀਆਂ ਹਨ। ਪਹੁੰਚਯੋਗ ਫਾਰਮੈਟਾਂ ਵਿੱਚ ਜਾਣਕਾਰੀ ਪ੍ਰਦਾਨ ਕਰਨ ਲਈ ਢੁਕਵੇਂ ਪੂਰਕ ਸਹਾਇਕ ਸਾਧਨ ਅਤੇ ਸੇਵਾਵਾਂ ਵੀ ਮੁਫਤ ਵਿੱਚ ਉਪਲਬਧ ਹੁੰਦੀਆਂ ਹਨ। 1-800-603-2340 (TTY: 711) 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ ਜਾਂ ਆਪਣੇ ਪ੍ਰਦਾਤਾ ਨਾਲ ਗੱਲ ਕਰੋ।”

ລາວ (Laos)

ເຊີນຊາບ: ຖ້າທ່ານເວົ້າພາສາ ລາວ, ຈະມີບໍລິການຊ່ວຍດ້ານພາສາແບບບໍ່ເສຍຄ່າໃຫ້ທ່ານ. ມີເຄື່ອງຊ່ວຍ ແລະ

ການບໍລິການແບບບໍ່ເສຍຄ່າທີ່ເໝາະສົມເພື່ອໃຫ້ຂໍ້ມູນໃນຮູບແບບທີ່ສາມາດເຂົ້າເຖິງໄດ້. ໂທຫາເບີ 1-800-603-2340 (TTY: 711) ຫຼື ລົມກັບຜູ້ໃຫ້ບໍລິການຂອງທ່ານ."

ՀԱՅԵՐԵՆ (Armenian)

ՈւՇԱԴՐՈՒԹՅՈՒՆ. Եթե խոսում եք հայերեն, Դուք կարող եք օգտվել լեզվակապակց արհեստագործական անվճար ծառայություններով: Մատչելի ձևաչափերով տեղեկատվություն տրամադրվում է համապատասխան օժանդակ միջոցներով ու ծառայությունները նույնպես տրամադրվում են անվճար: Ձևագրահարեք 1-800-603-2340 հեռախոսահամարով (TTY` 711) կամ խոսեք Ձեր մատակարարի հետ:

Lus Hmoob (Hmong)

LUS CEEV TSHWJ XEEB: Yog hais tias koj hais Lus Hmoob muaj cov kev pab cuam txhais lus pub dawb rau koj. Cov kev pab thiab cov kev pab cuam ntxiv uas tsim nyog txhawm rau muab lus qhia paub ua cov hom ntaub ntawv uas tuaj yeem nkag cuag tau rau los kuj yeej tseem muaj pab dawb tsis xam tus nqi dab tsi ib yam nkaus. Hu rau 1-800-603-2340 (TTY: 711) los sis sib tham nrog koj tus kws muab kev saib xyuas kho mob."

हिंदी (Hindi)

ध्यान दें: यदि आप हिंदी बोलते हैं, तो आपके लिए निःशुल्क भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध होती हैं। सुलभ प्रारूपों में जानकारी प्रदान करने के लिए उपयुक्त सहायक साधन और सेवाएँ भी निःशुल्क उपलब्ध हैं। 1-800-603-2340 (TTY: 711) पर कॉल करें या अपने प्रदाता से बात करें।"