



**TEXAS INDEPENDENCE  
HEALTH PLAN**



## Resumen de beneficios de 2026

Texas Independence Community Plan (H5015-002)

A continuación le mostramos un resumen de los servicios que cubrimos desde el 1 de enero al 31 de diciembre de 2026.

**Tenga en cuenta lo siguiente:** Esto es solo un resumen. ¿Necesita una lista completa de lo que cubrimos y las limitaciones? Visite [texasindependencehealthplan.com](http://texasindependencehealthplan.com) donde encontrará la Evidencia de Cobertura (EOC, por sus siglas en inglés) del plan o puede llamarnos para solicitar una copia.

**¿Necesita ayuda? Estamos aquí para ayudarle.**



**Servicio al Cliente**

**Llame al 833-471-8447 (TTY: 833-414-8447)**

8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo;  
y de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., del 1 de abril al 30 de septiembre.

**Texas Independence Community Plan (HMO I-SNP) es un Plan de Necesidades Especiales (I-SNP) de la Organización para el Mantenimiento de la Salud (HMO) con un contrato de Medicare. La inscripción en el plan Texas Independence Community Plan (HMO I-SNP) depende de la renovación del contrato.**



# ¿Qué es un Plan Institucional de Necesidades Especiales (I-SNP)?

Texas Independence Community Plan (HMO I-SNP) es un Plan de Necesidades Especiales (I-SNP) de la Organización para el Mantenimiento de la Salud (HMO) con un contrato de Medicare. Incluye beneficios hospitalarios, médicos y de medicamentos con receta en un plan.

## ¿Usted cumple con los requisitos para inscribirse?

Para unirse a Texas Independence Health Plan (HMO I-SNP), debe cumplir con los siguientes requisitos:

- Tener derecho a la Parte A de Medicare
- Estar inscrito/a en la Parte B de Medicare
- Vivir en nuestra área de servicio

Para inscribirse en nuestro plan, usted debe tener derecho a la Parte A de Medicare, estar inscrito en la Parte B de Medicare y vivir en nuestra área de servicio. Debe vivir en uno de nuestros hogares de ancianos de la red, o vivir en su casa y/o en un centro de vida asistida contratado y Texas debe haber certificado que necesita el tipo de atención que generalmente se brinda en un hogar de ancianos.

**Nuestra área de servicio incluye los siguientes condados en Texas:** Aransas, Atascosa, Austin, Bandera, Bastrop, Bee, Bexar, Blanco, Brooks, Burleson, Burnet, Caldwell, Calhoun, Cameron, Cass, Chambers, Colorado, Comal, Cooke, Denton, DeWitt, Dimmit, Duval, Fayette, Fort Bend, Franklin, Frio, Galveston, Gillespie, Goliad, Gonzales, Gregg, Grimes, Guadalupe, Hamilton, Hardin, Harris, Harrison, Hays, Hidalgo, Hill, Jack, Jackson, Jefferson, Jim Hogg, Jim Wells, Karnes, Kendall, Kenedy, Kleberg, Lampasas, La Salle, Lavaca, Lee, Liberty, Live Oak, Llano, McMullen, Marion, Mason, Matagorda, Medina, Mills, Montgomery, Morris, Nueces, Palo Pinto, Panola, Real, Refugio, Rusk, San Jacinto, San Saba, Smith, Somervell, Starr, Tarrant, Travis, Upshur, Washington, Webb, Wharton, Willacy, Williamson, Wilson, Wise, Wood, Zapata, Zavala

## Compare nuestro plan con Medicare

Para obtener más información sobre la cobertura y los costos de Original Medicare, consulte su manual "Medicare & You" [Medicare y usted]). También puede consultarla en línea en [www.medicare.gov](http://www.medicare.gov) o solicitar una copia 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.

## Lo que debe saber

- Autorizaciones previas: Su proveedor trabajará con nosotros para obtener la aprobación antes de que usted reciba ciertos servicios o medicamentos. Los beneficios que pueden requerir autorización previa aparecen con un asterisco (\*) en la tabla de beneficios.
- Los planes pueden ofrecer beneficios complementarios además de los beneficios de la Parte C y de la Parte D.
- Puede encontrar más información sobre cada beneficio enumerado a continuación en la Evidencia de Cobertura (EOC).



## Prima mensual, deducible y límites

### COSTOS DEL PLAN

|   |  |
|---|--|
| <b>Prima mensual del plan</b><br>Debe sigue pagando la prima de la Parte B de Medicare.   | \$4.80   |
| <b>Deducible médico</b>   | \$283 excepto para insulina suministrada con un dispositivo de equipo médico duradero.   |
| <b>Deducible de farmacia (Parte D)</b>  | \$615  |
| <b>Responsabilidad de gasto de bolsillo máximo</b> Lo máximo que paga al año por copagos, coseguro y otros gastos por servicios médicos cubiertos para el año.<br><br>Los montos que usted paga por su prima y medicamentos con receta no cuentan para el gasto máximo de bolsillo. | \$9,250<br><br>Una vez que haya pagado \$9,250 de su bolsillo por servicios cubiertos por la Parte A y la Parte B, no pagará nada más por sus servicios cubiertos por la Parte A y la Parte B durante el resto del año calendario. |



## Beneficios médicos y hospitalarios cubiertos

### DENTRO DE LA RED

### COBERTURA PARA ATENCIÓN HOSPITALARIA PARA PACIENTES INTERNADOS\*

Paga un deducible de \$1,736 por cada período de beneficios.  
**Días 1–60:** Copago de \$0 por día para cada período de beneficios.  
**Día 61–90:** Copago de \$434 por día para cada período de beneficios.  
**Del día 91 y en adelante:** Copago de \$868 por cada "día de reserva de por vida" después del día 90 para cada periodo de beneficios (hasta 60 días a lo largo de su vida).  
Después de los días de reserva de por vida: Usted paga todos los costos.

### COBERTURA HOSPITALARIA PARA PACIENTES AMBULATORIOS

|   |   |
|---|---|
| Cirugía sin internación en hospital para pacientes ambulatorios | Usted paga el 20 % del costo total para los servicios cubiertos por Medicare. |
|---|---|

### SERVICIOS DE CENTRO QUIRÚRGICO AMBULATORIO\*

|  |   |
|--|---|
| Servicios de Centro Quirúrgico Ambulatorio | Usted paga el 20 % del costo total para los servicios cubiertos por Medicare. |
|--|---|



# Beneficios médicos y hospitalarios cubiertos (cont.)

## CONSULTAS MÉDICAS

|  |  |
|--|--|
| Proveedor(a) de cuidado primario (PCP, por sus siglas en inglés) | Usted paga el 20 % del costo total por consulta para la atención primaria cubierta por Medicare.         |
| Especialistas  | Usted paga el 20 % del costo total por consulta para la atención de especialistas cubierta por Medicare. |

## ATENCIÓN PREVENTIVA

|                     |  |
|---------------------|--|
| Atención preventiva | Usted no paga nada.<br>Se cubrirá cualquier servicio preventivo adicional aprobado por Medicare durante el año del contrato. |
|---------------------|--|

## ATENCIÓN DE EMERGENCIA

|   |   |
|---|---|
| Atención de emergencia<br><br>El coseguro no se aplica si el paciente es admitido en el mismo hospital en un plazo de 24 horas por la misma afección.<br><br>La atención de emergencia solo está cubierta dentro de los Estados Unidos. | Usted paga el 20 % del costo total (hasta un máximo de \$100) por consulta. |
|---|---|

## SERVICIOS DE URGENCIA

|   |   |
|---|---|
| Servicios de urgencia<br><br>Los servicios de urgencia se brindan para tratar una enfermedad, lesión o afección imprevista, que no es de emergencia y que requiere atención médica inmediata.<br><br>La atención de urgencia solo está cubierta dentro de los Estados Unidos. | Usted paga el 20 % del costo total (hasta un máximo de \$40) por cada visita. |
|---|---|

## SERVICIOS DE DIAGNÓSTICO, ANÁLISIS DE LABORATORIO Y DIAGNÓSTICO POR IMÁGENES\*

|   |  |
|---|--|
| Pruebas de diagnóstico y procedimientos   | Usted paga el 20 % del costo total para los servicios cubiertos por Medicare.  |
| Servicios de laboratorio*   | Usted paga el 20 % del costo total para los servicios cubiertos por Medicare.  |
| Pruebas de diagnóstico por imagen (como radiografías y ultrasonidos) para pacientes ambulatorios* | Usted paga el 20 % del costo total para los servicios cubiertos por Medicare.<br>No se requiere autorización previa para servicios de rayos X.   |
| Servicios avanzados de radiología (como MRI, PET, medicina nuclear)*                              | Usted paga el 20 % del costo total para los servicios cubiertos por Medicare.<br>Las tomografías computarizadas no requieren autorización previa. Se requiere autorización para los servicios de radiología compleja, incluidos, entre otros, imágenes de MRA, PET y SPECT, así como también oncología radioterápica y radioterapia. |
| Radiología terapéutica (como la radioterapia para el cáncer)*                                     | Usted paga el 20 % del costo total para los servicios cubiertos por Medicare.  |



# Beneficios médicos y hospitalarios cubiertos (cont.)

## SERVICIOS DE AUDICIÓN

|   |  |
|---|--|
| <b>Exámenes de la audición cubiertos por Medicare</b> | Usted paga el 20 % del costo total para los servicios cubiertos por Medicare.  |
| <b>Exámenes de la audición de rutina</b>              | Copago de \$0 por exámenes de audición de rutina, hasta 1 por año.   |
| <b>Audífonos</b>                                      | Copago de \$0 por evaluación y ajuste de audífonos, hasta cuatro visitas.<br><br>Nuestro plan paga hasta \$1,000 por audífonos cada 2 años. El monto de \$1,000 se aplica a ambos oídos.<br><br>Debe adquirir sus audífonos en un proveedor de NationsBenefits. Llame a NationsBenefits al 1-833-471-8447 (TTY: 1-833-414-8447). |

## SERVICIOS ODONTOLÓGICOS

|  |   |
|--|---|
| <b>Servicios odontológicos cubiertos por Medicare</b>  | Usted paga el 20 % del costo total para los servicios cubiertos por Medicare.   |
| <b>Cuidado odontológico de rutina</b><br><br>En general, los servicios odontológicos preventivos (como limpiezas, exámenes de rutina y radiografías dentales) no están cubiertos por Original Medicare. Cubrimos lo siguiente:<br><br><b>Atención preventiva</b><br>(como examen y limpieza bucal) |   |
| <b>Servicios odontológicos integrales complementarios</b>  | Usted paga un copago de \$0 por 2 exámenes al año, 2 limpiezas al año, 2 juegos de radiografías al año y 2 tratamientos con flúor al año.<br><br>Monto máximo de cobertura del plan de \$2,000 para servicios dentales preventivos e integrales combinados. |

## SERVICIOS DE LA VISTA

|  |   |
|--|---|
| <b>Exámenes de la vista cubiertos por Medicare</b>   | Usted paga 20 % del costo total para los servicios cubiertos por Medicare.  |
| <b>Anteojos cubiertos por Medicare</b>   | Usted paga 20 % del costo total por los anteojos (lentes y monturas) o lentes de contacto cubiertos por Medicare después de una operación de cataratas. |
| <b>Exámenes de la vista de rutina</b><br><br>Nuestro plan paga un examen de la vista de rutina cada año. | Usted paga 0 % del costo total.   |
| <b>Anteojos complementarios</b>  | Monto máximo de cobertura del plan de \$150 para anteojos de rutina cada año.   |



# Beneficios médicos y hospitalarios cubiertos (cont.)

## SERVICIOS DE SALUD MENTAL\*

|  |   |
|--|---|
| <b>Paciente internado*</b><br><br>Nuestro plan cubre hasta 190 días a lo largo de su vida para servicios de hospitalización en un hospital psiquiátrico. | Uusted paga: Deducible de \$1,736 por cada período de beneficios.<br><b>Días 1–60:</b> Copago de \$0 por día para cada período de beneficios.<br><b>Día 61–90:</b> Copago de \$434 por día para cada período de beneficios.<br><b>Del día 91 y en adelante:</b> Copago de \$868 por cada "día de reserva de por vida" después del día 90 para cada periodo de beneficios (hasta 60 días a lo largo de su vida).<br>Después de los días de reserva: Usted paga todos los costos. |
| Visitas ambulatorias de terapia grupal e individual  | Usted paga el 20 % del costo total para los servicios cubiertos por Medicare.   |

## CENTRO DE ENFERMERÍA ESPECIALIZADA\*

|  |  |
|--|--|
|  | <ul style="list-style-type: none"><li>Usted paga: Días 1-100: costo compartido de \$0 para cada período de beneficios.</li><li>Día 101 y siguientes: Usted paga todos los costos.</li></ul> <p>Nuestro plan cubre hasta 100 días por cada período de beneficios.</p> |
|--|--|

## FISIOTERAPIA\*

|  |   |
|--|---|
| Servicios de rehabilitación (cubiertos por Medicare)               |   |
| <b>Terapia ocupacional</b>   | Usted paga el 20 % del costo total para los servicios cubiertos por Medicare. |
| <b>Consulta de fisioterapia, terapia del habla y del lenguaje*</b> | Usted paga el 20 % del costo total para los servicios cubiertos por Medicare. |
| <b>Rehabilitación cardíaca</b>                                     | Usted paga el 20 % del costo total para los servicios cubiertos por Medicare. |
| <b>Rehabilitación pulmonar</b>                                     | Usted paga el 20 % del costo total para los servicios cubiertos por Medicare. |

## AMBULANCIA\*

|   |  |
|---|--|
| Ambulancia (transporte terrestre y aéreo cubierto por Medicare) | Usted paga el 20 % del costo total para cada traslado de ida en ambulancia cubierto por Medicare.<br><br>Se requiere autorización previa para traslado en ambulancia programado y reiterativo, que no sea de emergencia. |
|---|--|



## Beneficios médicos y hospitalarios cubiertos (cont.)

### TRANSPORTE

|                                   |  |
|-----------------------------------|--|
| Transporte (no emergencia)        | Usted paga un copago de \$0 por un máximo de 10 traslados de ida cada año a lugares de atención médica mediante taxi, servicios de viaje compartido, camioneta o transporte médico.                                      |
| Transporte (sin necesidad médica) | Usted paga un copago de \$0. Este beneficio ofrece 4 viajes de ida a ubicaciones no relacionadas con cuestiones médicas dentro de 50 millas del área de servicio local para miembros con necesidades no médicas por año. |

### MEDICAMENTOS DE LA PARTE B DE MEDICARE\*

|   |   |
|---|---|
| Medicamentos de la Parte B de Medicare* | <p>Usted paga el 20 % del costo total para medicamentos de la Parte B cubiertos por Medicare.</p> <p>Se requieren autorizaciones para los cargos facturados que superen los \$1,500.</p> <p><b>Ajuste de coseguro de medicamentos reembolsables de la Parte B:</b><br/>A partir del 1 de abril de 2023, las personas con Medicare comenzaron a ver costos de bolsillo más bajos para ciertos medicamentos y productos biológicos de la Parte B, con precios que aumentaron más rápido que la tasa de inflación. Para estos medicamentos y productos biológicos, el coseguro del beneficiario es del 20 por ciento del monto del pago ajustado por inflación, que es menos de lo que el beneficiario pagaría en coseguro en otras circunstancias.</p> <p><b>Límite de costos compartidos de insulina de la Parte B:</b><br/>La insulina suministrada según la Parte B a partir del 1 de julio de 2023, a través de un equipo médico duradero (es decir, una bomba de insulina tradicional médica necesaria), estará sujeta a un límite de coseguro por el suministro de un mes de dicha insulina (que no exceda los \$35 y no se aplicará el deducible de la Parte B de Medicare).</p> |
|---|---|



# Beneficios de medicamentos con receta

## MEDICAMENTOS CON RECETA

### Mensaje importante sobre lo que paga por vacunas

Nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas de la Parte D sin ningún costo para usted, incluso si no ha pagado su deducible. Llame a Servicios para los miembros para obtener más información.

### Mensaje importante sobre lo que paga por vacunas

Usted no pagará más de \$35 por un suministro para un mes de cada producto de insulina cubierto por nuestro plan, incluso si no ha pagado su deducible.

## ETAPAS

### Etapa 1: Deducible | \$615

Durante esta etapa, usted paga el costo total de sus medicamentos antes de que nuestro plan comience a pagar su costo compartido de los medicamentos. Permanecerá en esta etapa hasta que haya pagado \$615 por sus medicamentos.

### Etapa 2: Cobertura inicial

Usted paga los copagos o el coseguro hasta que el costo total anual de sus medicamentos alcance los \$2,100.00. El costo total anual de los medicamentos es el costo total de los medicamentos que pagan tanto usted como el Plan. Puede adquirir sus medicamentos en las farmacias de la red.

| Nivel 1: Todos los medicamentos cubiertos por la Parte D |  | Usted paga 25 % del costo total del medicamento                      |   |  |
|--|--|--|---|--|
|  | Suministro para 30 días a través de minoristas | Suministro para 90 días a través de minoristas o de envío por correo | Suministro para 31 días a través de cuidado a largo plazo |  |
| Medicamento de nivel 1                                   | 25 %   | 25 %   | 25 %  |  |

### Etapa 3: Cobertura en situaciones catastróficas:

(Después de que sus costos de bolsillo en lo que va del año por medicamentos recetados alcancen los \$2,100.00)

Durante esta etapa, el plan paga el costo total de sus medicamentos cubiertos por la Parte D. Usted no paga nada. Por lo general, continúa en esta etapa durante el resto del año calendario.



## Beneficios adicionales

### CUIDADO DE LOS PIES (SERVICIOS DE PODOLOGÍA)

|   |   |
|---|---|
| Cuidado de los pies cubierto por Medicare | <ul style="list-style-type: none"><li>Usted paga el 20 % del costo total para los servicios cubiertos por Medicare.</li></ul> |
| Cuidado de rutina de los pies             | <ul style="list-style-type: none"><li>Usted paga un costo compartido de \$0 para hasta 6 consultas cada año.</li></ul>        |

### EQUIPOS/SUMINISTROS MÉDICOS

|  |   |
|--|---|
| Equipos/suministros médicos (cubiertos por Medicare)<br><br>Equipo médico duradero*(por ejemplo, sillas de ruedas, oxígeno, etc.). | <ul style="list-style-type: none"><li>Usted paga el 20 % del costo total para los servicios cubiertos por Medicare.</li><li>Se requieren autorizaciones para los cargos facturados que superen los \$500.</li></ul> |
| Prótesis* (por ejemplo, corsés, extremidades artificiales).  | <ul style="list-style-type: none"><li>Usted paga el 20 % del costo total para los servicios cubiertos por Medicare.</li><li>Se requieren autorizaciones para los cargos facturados que superen los \$500.</li></ul> |
| Suministros para diabéticos  | <ul style="list-style-type: none"><li>Usted paga el 20 % del costo total para los servicios cubiertos por Medicare.</li></ul>   |

### EXAMEN FÍSICO ANUAL

|                     |  |
|---------------------|--|
| EXAMEN FÍSICO ANUAL | Usted paga el 20 % del costo total del medicamento |
|---------------------|--|

\*Es posible que se necesite una autorización previa para acceder a estos beneficios. Consulte la EOC para más información.



### Más beneficios con Su plan

Disfrute de algunos de estos beneficios adicionales incluidos en su plan. Este es un resumen de lo que cubrimos. No enumera todos los servicios que cubrimos ni enumera todas las limitaciones o exclusiones. La lista completa de cobertura y servicios está disponible en la Evidencia de cobertura (EOC). Visite [www.txindependencehealthplan.com](http://www.txindependencehealthplan.com) para ver una copia de la EOC o llame al 1-833-471-8447.

#### Productos de venta sin receta (OTC)

El límite máximo del beneficio de asignación de cobertura es de \$55 cada trimestre para determinados medicamentos de venta libre y otros productos relacionados con la salud, que figuran en el catálogo de medicamentos OTC.

Esta asignación se traspasa al siguiente periodo si no se utiliza. Cualquier beneficio no utilizado vence al final del año calendario y no puede transferirse al año siguiente.

#### Beneficios complementarios especiales para personas con enfermedades crónicas

- Consultas de estética

Usted paga un costo compartido de \$0 por las consultas de estética hasta \$100 al año.

Este beneficio se aplicará a los miembros con una o más enfermedades crónicas.

Para obtener más información, llámenos gratis al 1-833-471-8447, los usuarios de TTY deben llamar al 1-833-414-8447 o visítenos en [www.txindependencehealthplan.com](http://www.txindependencehealthplan.com).

Texas Independence Community Plan (HMO I-SNP) cuenta con una red de médicos, hospitales, farmacias y otros proveedores. Si usted usa proveedores que no pertenecen a nuestra red, es posible que Texas Independence Community Plan (HMO I-SNP) no pague esos servicios.

Puede consultar el Directorio de proveedores y farmacias de nuestro plan y el formulario completo del plan (lista de medicamentos con receta de la Parte D) en nuestro sitio web en [www.txindependencehealthplan.com](http://www.txindependencehealthplan.com). El formulario, la red de farmacias y/o la red de proveedores pueden cambiar en cualquier momento. Usted recibirá un aviso cuando sea necesario.

Texas Independence Community Plan (HMO I-SNP)

1908 N Laurent Street, Suite 250 | Victoria, TX 77901

1-833-471-8447 (TTY: 1-833-414-8447) | [www.txindependencehealthplan.com](http://www.txindependencehealthplan.com)

**English**

**ATTENTION:** If you speak Spanish, Chinese Manadrin, Traditional Chinese, Tagalog, French, Tieng, German, Korean, Russian, Arabic, Hindi, Italian, Portugese, French Creole, Polish, or Japanese, 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 1-833-471-8447 (TTY: 1-833-414-8447) 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 1-833-471-8447 (TTY: 1-833-414-8447) o hable con su proveedor.

**(Chinese Mandarin)**

注意:如果[中 我免提供「言助服。我免提供适的助工具和服,以无障碍格式提供信息。致, 1-833-471-8447 (文本:1-833-414-8447)或咨的服提供商。

**(Traditional Chinese)**

台語 注意：如果您說[台語]，我們可以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 1-833-471-8447 (TTT: 1-833-414-8447) 或與您的提供者討論。」

**Tagalog (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 1-833-471-8447 (TTY: 1-833-414-8447) o makipag-usap sa iyong provider.

**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 1-833-471-8447 (TTY : 1-833-414-8447) ou parlez à votre fournisseur.

**Tiếng 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 1-833-471-8447 (Người khuyết tật: 1-833-414-8447) hoặc trao đổi với người cung cấp dịch vụ của bạn.

**(German) ACHTUNG:** Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlose Sprachassistenzdienste zur Verfügung. Entsprechende Hilfsmittel und Dienste zur Bereitstellung von Informationen in barrierefreien Formaten stehen ebenfalls kostenlos zur Verfügung. Rufen Sie 1-833-471-8447 (TTY: 1-833-414-8447) an oder sprechen Sie mit Ihrem Provider.

**한국어 (Korean)**

주의: [한국어]를 사용하시는 경우 무료 언어 지원 서비스를 이용하실 수 있습니다. 이용 가능한 형식으로 정보를 제공하는 적절한 보조 기구 및 서비스도 무료로 제공됩니다. 1-833-471-8447 (TTY: 1-833-414-8447) 번으로 전화하거나 서비스 제공업체에 문의하십시오.

**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 1-833-471-8447 (TTY: 1-833-414-8447) или обратитесь к своему поставщику услуг.

**العربية تنبية:** إذا كنت تتحدث اللغة العربية، فستتوفر لك خدمات المساعدة اللغوية (Arabic) المجانية. كما تتوفر وسائل مساعدة وخدمات مناسبة لتوفير المعلومات بتنسيقات يمكن الوصول إليها مجاناً. اتصل على الرقم 1-833-471-8447 (1-833-414-8447) أو تحدث إلى مقدم الخدمة".

**(Hindi)** हिंदी 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। 1-833-471-8447 (TTY: 1-833-414-8447) पर कॉल करें या अपने प्रदाता से बात करें।

**(Italian)** ATTENZIONE: se parli Italiano, sono disponibili servizi di assistenza linguistica gratuiti. Sono inoltre disponibili gratuitamente ausili e servizi ausiliari adeguati per fornire informazioni in formati accessibili. Chiama l' 1-833-471-8447 (tty: 1-833-414-8447) o parla con il tuo fornitore.

**Português (Portuguese)**

**ATENÇÃO:** Se você fala Português, serviços gratuitos de assistência linguística estão disponíveis para você. Auxílios e serviços auxiliares apropriados para fornecer informações em formatos acessíveis também estão disponíveis gratuitamente. Ligue para 1-833-471-8447 (TTY: 1-833-414-8447) ou fale com seu provedor.

**Kreyòl Ayisyen (French Creole)**

**ATANSYON:** Si w pale Kreyòl Ayisyen, gen sèvis èd aladispozisyon w gratis pou lang ou pale a. Èd ak sèvis siplemantè apwopriye pou bay enfòmasyon nan fòma aksesib yo disponib gratis tou. Rele nan 1-833-471-8447 (TTY: 1-833-414-8447) oswa pale avèk founisè w la.

**Polski (Polish)**

**UWAGA:** Osoby mówiące po polsku mogą skorzystać z bezpłatnej pomocy językowej. Dodatkowe pomoce i usługi zapewniające informacje w dostępnych formatach są również dostępne bezpłatnie. Zadzwoń pod numer 1-833-471-8447 (TTY: 1-833-414-8447) lub porozmawiaj ze swoim dostawcą.

**(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。1-833-471-8447 (TTY: 1-833-414-8447) 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。