



Resumen de beneficios para 2021

Bright Advantage Health Dollars (HMO)

H4709-025

Del 1 de enero de 2021 al 31 de diciembre de 2021

SECCIÓN I: INTRODUCCIÓN AL RESUMEN DE BENEFICIOS

La información sobre beneficios que se brinda es un resumen de lo que cubrimos y lo que usted paga. No menciona cada servicio que cubrimos ni cada limitación o exclusión. Para obtener una lista completa de los servicios que cubrimos, llámenos y pida la “**Evidencia de cobertura**”. También puede ver la Evidencia de cobertura en nuestro sitio web, <https://brighthouseplan.com/medicare-advantage>.

Usted tiene opciones en cuanto a cómo recibir sus beneficios de Medicare

- Una opción es recibir sus beneficios de Medicare a través de Original Medicare (Medicare de tarifa por servicio). Original Medicare es administrado directamente por el gobierno federal.
- Otra opción es obtener sus beneficios de Medicare inscribiéndose en un plan de salud de Medicare (como **Bright Advantage Health Dollars (HMO)**).

Consejos para comparar sus opciones de Medicare

Este Resumen de beneficios le ofrece un resumen de lo que **Bright Advantage Health Dollars (HMO)** cubre y lo que usted paga.

- Si desea comparar nuestro plan con otros planes de salud de Medicare, pídale a los otros planes sus resúmenes de beneficios. O bien use el buscador de planes de Medicare en <https://www.medicare.gov>.
- Si desea conocer más sobre la cobertura y los costos de Original Medicare, consulte su manual “**Medicare y usted**” actual. Consúltelo en línea en <https://www.medicare.gov> u obtenga una copia llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Secciones de este documento

- Cosas que debe saber sobre **Bright Advantage Health Dollars (HMO)**
- Prima mensual, deducible y límites para cuánto paga por servicios cubiertos
- Beneficios médicos y hospitalarios cubiertos
- Beneficios adicionales
- Beneficios de medicamentos con receta
- Beneficios complementarios opcionales

Cosas que debe saber sobre Bright Advantage Health Dollars (HMO)

Horarios e información de contacto

- Desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo, atendemos de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local, los 7 días de la semana, excepto los feriados nacionales.
- Desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre, atendemos de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local, de lunes a viernes, excepto los feriados nacionales.
- Si es miembro de este plan, llámenos al 1-844-221-7736, TTY: 711.

- Si no es miembro de este plan, llámenos al 1-844-221-7736, TTY: 711.
- Nuestro sitio web: <https://brighthouseplan.com/medicare-advantage>.

¿Quién puede inscribirse?

Para inscribirse en **Bright Advantage Health Dollars (HMO)**, debe tener tanto la Parte A como la Parte B de Medicare, vivir en nuestra área de servicio, y ser ciudadano de los Estados Unidos o estar presente de forma legal en los Estados Unidos. Nuestra área de servicio incluye estos condados en Florida: Lake y Sumter.

¿Qué médicos, hospitales y farmacias tengo disponibles?

Bright Advantage Health Dollars (HMO) tiene una red de médicos, hospitales, farmacias y otros proveedores. Si elige los proveedores que no están en nuestra red, es posible que el plan no pague por estos servicios.

Por lo general, debe elegir farmacias de la red para surtir sus recetas de medicamentos cubiertos de la Parte D.

Puede consultar el directorio de proveedores y farmacias de nuestro plan en nuestro sitio web (<https://brighthouseplan.com/medicare-advantage>).

¿Qué cubrimos?

Como todos los planes de salud de Medicare, cubrimos todo lo que cubre Original Medicare, y *más*. Algunos de los beneficios adicionales se describen en este documento.

Cubrimos medicamentos de la Parte D. Además, cubrimos medicamentos de la Parte B, como quimioterapia y algunos medicamentos que su proveedor administra.

- Puede consultar el formulario completo del plan (lista de medicamentos con receta de la Parte D) y toda restricción en nuestro sitio web, <https://brighthouseplan.com/medicare-advantage>.

¿Cómo determinaré los costos de mis medicamentos?

Nuestro plan agrupa cada medicamento en uno de seis “niveles”. Deberá utilizar el formulario para ver en qué nivel está su medicamento y determinar cuánto le costará. El monto que paga depende del nivel del medicamento y la etapa del beneficio que haya alcanzado. Más adelante en este documento hablaremos de las etapas de beneficios que existen: cobertura inicial, período sin cobertura y cobertura en caso de catástrofe.

Si tiene alguna pregunta sobre los beneficios o costos de este plan, comuníquese con Bright Health.

SECCIÓN II: RESUMEN DE BENEFICIOS

Bright Advantage Health Dollars (HMO)
H4709-025

PRIMA MENSUAL, DEDUCIBLE Y LÍMITES PARA CUÁNTO PAGA POR SERVICIOS CUBIERTOS

Prima mensual del plan	\$0
Deducible	Deducible médico: \$0
Responsabilidad máxima de bolsillo	<p>Sus límites anuales en este plan son los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none">• \$3,400 para servicios que reciba de proveedores dentro de la red. <p>Si alcanza el límite de costos de bolsillo, sigue recibiendo servicios hospitalarios y médicos cubiertos, y pagaremos el costo total durante el resto del año.</p> <p>Tenga en cuenta que deberá seguir pagando sus primas mensuales y costos compartidos por los medicamentos con receta de la Parte D.</p>

BENEFICIOS MÉDICOS Y HOSPITALARIOS CUBIERTOS

Atención hospitalaria para pacientes internados	<p><u>Dentro de la red:</u></p> <p>Días 1 al 7: copago de \$195 por día, por cada ingreso.</p> <p>Días 8 al 90: copago de \$0 por día.</p> <p>Nuestro plan cubre una cantidad ilimitada de días para una hospitalización.</p> <p>Puede requerir autorización previa.</p>
Centro de cirugía ambulatoria	<p><u>Dentro de la red:</u></p> <p>Centro de cirugía ambulatoria: copago de \$100.</p> <p>Puede requerir autorización previa.</p>
Atención hospitalaria para pacientes ambulatorios	<p><u>Dentro de la red:</u></p> <p>Atención hospitalaria para pacientes ambulatorios: copago de \$195.</p> <p>Puede requerir autorización previa.</p>
Consultas al médico	<p><u>Dentro de la red:</u></p> <p>Consulta con el médico de atención primaria: copago de \$0.</p> <p>Consulta con un especialista: copago de \$10.</p> <p>Puede requerir autorización previa.</p>

SECCIÓN II: RESUMEN DE BENEFICIOS

Bright Advantage Health Dollars (HMO)
H4709-025

Atención preventiva <i>(por ejemplo, vacuna antigripal, pruebas de detección de diabetes)</i>	<u>Dentro de la red:</u> Usted no paga nada por ningún servicio preventivo cubierto por Original Medicare sin costo compartido. Todo servicio preventivo adicional aprobado por Medicare durante el año del contrato estará cubierto. Puede requerir autorización previa.
Atención de emergencia	Copago de \$90 por consulta. Si ingresa al hospital dentro de las 24 horas, no tiene que pagar su parte del costo por la atención de emergencia. Cobertura de emergencia a nivel mundial: copago de \$90.
Servicios de urgencia	Copago de \$0 por consulta.
Servicios de diagnóstico/ análisis de laboratorio/imágenes	<u>Dentro de la red:</u> Pruebas y procedimientos de diagnóstico: copago de \$0 a \$100. Servicios de laboratorio: copago de \$0. Servicios de radiología de diagnóstico (como resonancia magnética, tomografía axial computarizada): copago de \$35 a \$100. Radiografías: copago de \$10. Servicios de radiología terapéutica (como la radioterapia para el cáncer): coseguro del 20 %. Puede requerir autorización previa.
Servicios de audición	<u>Dentro de la red:</u> Examen para diagnosticar y tratar problemas de la audición y el equilibrio: copago de \$0. Examen de audición de rutina (hasta una consulta al año): copago de \$0. Audífono: copago de \$0. Asignación para audífonos: \$750 al año. Puede requerir autorización previa.
Servicios dentales	<u>Dentro de la red:</u> Cubiertos por Medicare: copago de \$0. Servicios dentales preventivos:

SECCIÓN II: RESUMEN DE BENEFICIOS

Bright Advantage Health Dollars (HMO) H4709-025

	<ul style="list-style-type: none">• Examen de la boca: copago de \$0.• Limpieza: copago de \$0.• Tratamiento con fluoruro: copago de \$0.• Radiografías dentales: copago de \$0. <p>El servicio dental integral está incluido. Usted paga \$0 por servicios dentales integrales.</p> <p>Usted recibe \$250 cada tres meses para artículos OTC o gastos dentales con su beneficio de Health Dollars.</p> <p>Puede requerir autorización previa.</p>
Servicios de la vista	<p><u>Dentro de la red:</u></p> <p>Examen para diagnosticar y tratar enfermedades y afecciones del ojo (incluida una prueba de detección de glaucoma al año): copago de \$0.</p> <p>Examen de los ojos de rutina (hasta una consulta al año): copago de \$0.</p> <p>Anteojos o lentes de contacto después de una cirugía de cataratas: copago de \$0.</p> <p>Lentes de contacto: copago de \$0 a \$60.</p> <p>Anteojos (marcos y lentes): copago de \$25.</p> <p>Asignación para anteojos: \$130 cada dos años.</p> <p>Puede requerir autorización previa.</p>
Atención de la salud mental	<p><u>Dentro de la red:</u></p> <p>Consulta de terapia grupal para pacientes ambulatorios: copago de \$10.</p> <p>Consulta de terapia individual: copago de \$10.</p> <p>Atención de la salud mental para pacientes internados:</p> <p>Días 1 al 7: copago de \$250 por día, por cada ingreso.</p> <p>Días 8 al 90: copago de \$0 por día.</p> <p>Puede requerir autorización previa.</p>
Centro de enfermería especializada (SNF)	<p><u>Dentro de la red:</u></p> <p>Días 1 al 20: copago de \$0 por día.</p> <p>Días 21 al 100: copago de \$178 por día.</p> <p>Puede requerir autorización previa.</p>

SECCIÓN II: RESUMEN DE BENEFICIOS

Bright Advantage Health Dollars (HMO)
H4709-025

Rehabilitación para pacientes ambulatorios	<u>Dentro de la red:</u> Consulta de terapia ocupacional: copago de \$10. Consulta de fisioterapia y terapia del habla y el lenguaje: copago de \$10. Puede requerir autorización previa.
Ambulancia	<u>Dentro de la red:</u> Ambulancia terrestre: copago de \$0. Ambulancia aérea: copago de \$200. Puede requerir autorización previa.
Transporte	<u>Dentro de la red:</u> Copago de \$0, viajes ilimitados. Puede requerir autorización previa.
Medicamentos de la Parte B de Medicare	<u>Dentro de la red:</u> Para los medicamentos de la Parte B, como medicamentos para quimioterapia: coseguro del 20 %. Otros medicamentos de la Parte B: coseguro del 20 %. Puede requerir autorización previa.
BENEFICIOS ADICIONALES	
Membresía para gimnasios y acondicionamiento físico	<u>Dentro de la red:</u> Copago de \$0 en centros participantes.
Equipo y suministros médicos	<u>Dentro de la red:</u> Coseguro del 20 %. Puede requerir autorización previa.
Asignación para artículos de venta libre (OTC)	<u>Dentro de la red:</u> Copago de \$0. Usted recibe \$250 cada tres meses para artículos OTC o gastos dentales con su beneficio de Health Dollars.

SECCIÓN II: RESUMEN DE BENEFICIOS

Bright Advantage Health Dollars (HMO)
H4709-025

Servicios de podiatría Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: <ul style="list-style-type: none">• Diagnóstico y tratamiento médico o quirúrgico de lesiones y enfermedades de los pies (por ejemplo, dedo en martillo o espolones calcáneos). Atención del pie de rutina para miembros con determinadas afecciones médicas en las extremidades inferiores.	<u>Dentro de la red:</u> Copago de \$10. Puede requerir autorización previa.
Servicios de telesalud	<u>Dentro de la red:</u> Copago de \$0.
Beneficio de comidas	<u>Dentro de la red:</u> Con cobertura. Puede requerir autorización previa.
BENEFICIOS DE MEDICAMENTOS CON RECETA	
Deducible	Deducible de medicamentos con receta: \$0
Cobertura inicial	Usted paga lo siguiente hasta que su total anual de costos de medicamentos alcance los \$4,130. El total anual de costos de medicamentos son los costos de medicamentos que paga tanto usted como nuestro plan de la Parte D.

Costo compartido minorista estándar

Nivel	Suministro para 30 días	Suministro para 90 días
Nivel 1 (medicamento genérico preferido)	Copago de \$0	Copago de \$0
Nivel 2 (medicamento genérico)	Copago de \$4	Copago de \$8
Nivel 3 (medicamento de marca preferido)	Copago de \$47	Copago de \$94
Nivel 4 (medicamento no preferido)	Copago de \$100	Copago de \$200
Nivel 5 (nivel de especialidad)	Coseguro del 27 %	No aplicable
Nivel 6 (medicamentos para atención específica)	Copago de \$0	Copago de \$0

Pedido por correo estándar

Nivel	Suministro para 30 días	Suministro para 90 días
Nivel 1 (medicamento genérico preferido)	Copago de \$0	Copago de \$0
Nivel 2 (medicamento genérico)	Copago de \$4	Copago de \$8
Nivel 3 (medicamento de marca preferido)	Copago de \$47	Copago de \$94
Nivel 4 (medicamento no preferido)	Copago de \$100	Copago de \$200

SECCIÓN II: RESUMEN DE BENEFICIOS

Bright Advantage Health Dollars (HMO)
H4709-025

	<table border="1"><tr><td>Nivel 5 (nivel de especialidad)</td><td>Coseguro del 27 %</td><td>No aplicable</td></tr><tr><td>Nivel 6 (medicamentos para atención específica)</td><td>Copago de \$0</td><td>Copago de \$0</td></tr></table> <p>El costo compartido puede variar según el tipo o la categoría de la farmacia (pedido por correo, minorista, atención a largo plazo (LTC), infusión en el hogar), o si la receta es de corto plazo (suministro para 30 días) o de largo plazo (suministro para 90 días).</p> <p>Llámenos o consulte la “Evidencia de cobertura” del plan en nuestro sitio web (https://brighthouseplan.com/medicare-advantage) para obtener información completa sobre los costos de los medicamentos cubiertos.</p>	Nivel 5 (nivel de especialidad)	Coseguro del 27 %	No aplicable	Nivel 6 (medicamentos para atención específica)	Copago de \$0	Copago de \$0
Nivel 5 (nivel de especialidad)	Coseguro del 27 %	No aplicable					
Nivel 6 (medicamentos para atención específica)	Copago de \$0	Copago de \$0					
Período sin cobertura	<p>El período sin cobertura comienza después de que el total anual de costos de medicamentos (incluido lo que nuestro plan ha pagado y lo que usted ha pagado) alcanza los \$4,130.</p> <p>Luego de que entra en el período sin cobertura, usted paga un 25 % del costo del plan para los medicamentos cubiertos de marca y un 25 % del costo del plan para los medicamentos genéricos cubiertos hasta que sus costos suman \$6,550, que es el fin del período sin cobertura.</p> <p>Nuestro plan cubre medicamentos para atención específica del Nivel 6 durante el período sin cobertura.</p> <p>Costo compartido minorista estándar</p> <table border="1"><thead><tr><th>Nivel</th><th>Suministro para 30 días</th></tr></thead><tbody><tr><td>Nivel 6 (medicamentos para atención específica)</td><td>Copago de \$0</td></tr></tbody></table>	Nivel	Suministro para 30 días	Nivel 6 (medicamentos para atención específica)	Copago de \$0		
Nivel	Suministro para 30 días						
Nivel 6 (medicamentos para atención específica)	Copago de \$0						
Monto en caso de catástrofe	<p>Luego de que los costos anuales de medicamentos que paga de su bolsillo alcancen los \$6,550, usted paga el monto mayor de los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none">• Copago de \$3.70 por medicamentos genéricos (incluidos medicamentos de marca considerados genéricos) y un copago de \$9.20 por todos los demás medicamentos.• 0 bien el 5 % del costo.						

**Beneficios complementarios opcionales
Bright Advantage Health Dollars (HMO)
H4709-025**

Dental integral 001 a \$15 por mes	Dental	Usted paga de un copago de \$0 a un coseguro del 50 % hasta un beneficio máximo de \$1,500 para todos los servicios cubiertos dentro de la red todos los años. Puede requerir autorización previa.
---	---------------	---

DESCARGOS DE RESPONSABILIDAD

Los planes de Bright Health son planes de organizaciones de mantenimiento de la salud (HMO) y organizaciones de proveedores preferidos (PPO) con un contrato con Medicare. El plan New York D-SNP de Bright Health es un plan HMO con un contrato con Medicare y un Acuerdo de Coordinación de Beneficios con el Departamento de Salud del Estado de Nueva York. Nuestros planes se ofrecen a través de Bright Health Insurance Company o una de sus empresas afiliadas. Bright Health Insurance Company es una empresa de seguros de vida y salud de Colorado que ofrece productos de indemnidad, incluidos los planes de organizaciones de proveedores exclusivos (EPO) que se ofrecen a través de Medicare Advantage. Un EPO es un plan de organizaciones de proveedores exclusivos que puede suscribirse con una licencia de HMO en algunos estados y con una licencia de seguro de vida y salud en otros estados, incluido Colorado. La inscripción en nuestros planes depende de la renovación del contrato.

Lista de verificación previa a la inscripción

Antes de tomar una decisión de inscripción, es importante que comprenda plenamente nuestros beneficios y normas. Si tiene alguna pregunta, puede llamar y hablar con un representante de atención al cliente al 1-844-221-7736 (TTY 711).

Comprensión de los beneficios

- Revise la lista completa de beneficios en la Evidencia de cobertura (EOC), especialmente aquellos servicios para los que consulta a un médico de forma rutinaria. Visite <https://brighthouseplan.com/medicare-advantage> o llame al 1-844-221-7736 (TTY 711) para ver una copia de la EOC.
- Revise el directorio de proveedores (o pregúntele a su médico) para asegurarse de que los médicos a los que consulta ahora estén en la red. Si no aparecen en la lista, significa que probablemente tendrá que elegir un médico nuevo.
- Revise el directorio de farmacias para asegurarse de que la farmacia que elige para cualquier medicamento con receta esté en la red. Si la farmacia no aparece en la lista, probablemente tendrá que elegir una farmacia nueva para obtener sus medicamentos con receta.

Comprensión de normas importantes

- Además de la prima mensual de su plan, debe seguir pagando la prima de la Parte B de Medicare. Esta prima, por lo general, se deduce de su cheque del Seguro Social todos los meses.
- Los beneficios, las primas o los copagos/coseguros pueden cambiar el 1 de enero de 2022.
- Salvo en situaciones de emergencia o urgencia, no cubrimos servicios de proveedores fuera de la red (médicos que no aparezcan en el directorio de proveedores).



Aviso de no discriminación y asistencia con la comunicación

Bright Health no excluye ni niega beneficios o discrimina a ninguna persona con base en el sexo, la edad, la raza, el color, el origen nacional o una discapacidad. “Bright Health” significa planes de Bright Health y sus afiliados.

Asistencia de idiomas y formatos alternativos:

La asistencia está disponible *sin costo* para ayudarle a comunicarse con nosotros. Los servicios incluyen, entre otros:

- intérpretes para idiomas distintos del inglés;
- información escrita en formatos alternativos, como impresa en letra grande; y
- asistencia con la lectura de sitios web de Bright Health.

Para pedir ayuda con estos servicios, llame al **1-844-222-6988**.

Si considera que no le proporcionamos asistencia en el idioma o formato alternativos, o que fue discriminado debido a su sexo, edad, raza, color, origen nacional o discapacidad, puede enviar una queja a:

Bright Health Civil Rights Coordinator
P.O. Box 853943
Richardson, TX 75085-3943
Teléfono: **1-844-202-2154**
Correo electrónico: OAG@brighthouseplan.com

También puede presentar una queja ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos:

- **En línea:** <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>
- Los formularios de quejas están disponibles en <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>
- **Teléfono:** línea gratuita **1-800-368-1019**, **1-800-537-7697** (TDD)
- **Correo postal:** U.S Dept. of Health and Human Services, 200 Independence Avenue, SW Room 509F, HHH Building Washington, D.C. 20201

Si necesita ayuda con su queja, llame al **1-844-202-2154**. Debe enviar la queja dentro de los 60 días posteriores a la detección del problema.

Asistencia de idiomas y formatos alternativos

Esta información está disponible en otros formatos, como impreso en letra grande. Para solicitar otro formato, llame al **1-844-222-6988**.

English	ATTENTION: If you speak a language other than English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-844-222-6988.
Spanish (US)	ATENCIÓN: Si no habla inglés, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-844-222-6988.
Chinese (S)	注意：如果您使用的语言并非英语，则可获得免费的语言协助服务请拨打电话 1-844-222-6988。
Arabic	انتباه: إذا كنت تتحدث لغة غير الإنجليزية، فخدمات المساعدة اللغوية متاحة من أجلك، دون تكلفة. بالرقم 1-844-222-6988.
Bengali	মনোযোগ দিন: আপনি যদি ইংরাজী ব্যতীত অন্য কোনও ভাষায় কথা বলেন তাহলে ভাষা সহায়তা সংক্রান্ত পরিষেবাগুলি নিখরচায় আপনার জন্য উপলব্ধ। 1-844-222-6988 নম্বরে কল করুন।
French	ATTENTION : Si vous parlez une autre langue que l'anglais, des services d'assistance linguistique sont mis gratuitement à votre disposition. Appelez 1-844-222-6988.
German	ACHTUNG: Falls Sie eine andere Sprache als Englisch sprechen, steht Ihnen eine kostenfreie fremdsprachliche Unterstützung zur Verfügung. Wählen Sie die 1-844-222-6988.
Greek	ΠΡΟΣΟΧΗ: Αν μιλάτε κάποια γλώσσα διαφορετική από τα Αγγλικά, παρέχονται δωρεάν υπηρεσίες γλωσσικής βοήθειας. Καλέστε το 1-844-222-6988.
Italian	ATTENZIONE: se parla una lingua diversa dall'inglese, sono disponibili servizi di assistenza linguistica gratuiti. Chiami il numero 1-844-222-6988.
Japanese	ご注意: 英語以外の言語を話される場合は、無料の言語支援サービスをご利用いただけます。1-844-222-6988 までお電話ください。
Korean	주의: 영어가 아닌 다른 언어를 사용할 경우 무료 언어 지원 서비스를 이용하실 수 있습니다. 연락하십시오 1-844-222-6988으로
Polish	UWAGA: Jeśli nie mówisz po angielsku, możesz skorzystać z darmowych usług tłumaczeniowych. Zadzwoń pod numer 1-844-222-6988.
Portuguese	ATENÇÃO: Se falar um idioma que não o inglês, estão disponíveis serviços gratuitos de assistência de idioma para si. Contacte o número 1-844-222-6988.
Russian	ВНИМАНИЕ: если вы не говорите на английском языке, вы можете воспользоваться бесплатными услугами языковой поддержки. Позвоните по телефону 1-844-222-6988.
Tagalog	PAALALA: Kung nagsasalita ka ng isang wika bukod sa Ingles, magagamit mo ang mga serbisyong tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 1-844-222-6988.
Urdu	دھیان دیں: اگر آپ انگریزی کے علاوہ کوئی دوسری زبان بولتے ہیں تو، آپ کے لئے زبان کی مدد کی خدمات مفت دستیاب ہیں۔ 1-844-222-6988 پر کال کریں۔
Vietnamese	CHÚ Ý: Nếu bạn nói một thứ tiếng nào khác ngoài tiếng Anh, bạn sẽ được cấp các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí. Gọi số 1-844-222-6988.

Navajo	SHOOH: Biligáanaa bizaad doo dints'a'gó ata' hane' t'áájíikeh hóló. Béesh bee hodíilni 1-844-222-6988.
Amharic	ማሳሰብያ፡ ከእንግሊዝኛ ውጪ የሆነ ቋንቋ የሚናገሩ ከሆነ ከክፍያ ነጻ የሆኑ የቋንቋ ድጋፍ አገልግሎቶችን ማግኘት ይችላሉ። በ 1-844-222-6988 ይደውሉ።
Burmese	သင်သည် အင်္ဂလိပ်စကားမဟုတ်သော အခြားဘာသာစကားတစ်ခုအား ပြောဆိုသူဖြစ်ပါက ဘာသာစကားအခွဲပိုပိုးသည့် ဝန်ဆောင်မှုအား သင်ရရှိနိုင်ပါသည်။ သင့် ID (သက်သေခံ) ကတ်ပြားပေါ်ရှိ အဖွဲ့ဝင်များဝန်ဆောင်မှုဌာန 1-844-222-6988 သို့ ဖုန်းခေါ်ဆိုပါ။
Cherokee	ᏪᏆᏄᏍᏗ: ᏃᏒ ᏍᏊᏂᏍᏃ ᏪᏊᏂᏍᏃ ᏪᏆ ᏆᏆ, ᏍᏊᏂᏍᏃ ᏆᏆ ᏆᏆᏆᏆᏆᏆ ᏆᏆᏆᏆᏆᏆ, ᏆᏆ ᏆᏆᏆᏆ ᏆᏆ ᏆᏆᏆᏆ, ᏆᏆ ᏆᏆᏆᏆ ᏆᏆ ᏆᏆᏆᏆᏆᏆᏆᏆ. ᏆᏆᏆᏆ 1-844-222-6988.
Cushite-Oromo	XIYYEEFFANNOO: Afaan Ingiliziin ala afaan kan biraa kan dubbattu yoo ta'e, tajaajilliwwan gargaarsa afaanii, kan tolaa, siif ni jiru. Bilbili 1-844-222-6988.
French Creole	ATANSYON: Si ou pale yon lang ki pa Anglè, sèvis asistans lengistik la gratis, epi li disponib pou ou. Rele 1-844-222-6988.
Gujarti	ધ્યાન આપો: જો તમે અંગ્રેજી સિવાયની અન્ય કોઈ ભાષા બોલો છો, તો તમારા માટે ભાષા સહાય સેવાઓ નિ:શુલ્ક ઉપલબ્ધ છે. 1-844-222-6988 પર કોલ કરો.
Hindi	ध्यान दें: यदि आप अंग्रेज़ी के अलावा कोई अन्य भाषा बोलते हैं, तो आपके लिए मुफ्त में भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध हैं। 1-844-222-6988 पर कॉल करें।
Hmong	UA ZOO SAIB: Yog tias koj hais ib hom lus dhau ntawm lus As Kiv, muaj cov kev pab cuam txhais lus uas tsis xam nqi dab tsi rau koj tau siv. Thov hu rau 1-844-222-6988.
Karen	တၢ်သးစၢ်ဆၢ: နကတၢ်အဲကလံးကျိပ်မ့ၢ်တဘၣ်ဘၣ်န့ၣ် နဒီးန့ၢ်ဘၣ်ကျိပ်အတၢ်မၤစၢၤတဖၣ်သ့ဝဲဒၣ် ဒီးနကလိပ်တၣ်အပူၤဘၣ်. ကိ: 1-844-222-6988 တက့ၢ်.
Kru / Bassa	YI LE: I balè u mpot hop umpè èbes Ngissi, bot ba nhola ni kobol mahop bayé ha i nyuu yoñ, ngui nsaa wogui wo. Sebel Ndap Mahola i nyuu Mbon i nsinga i yé ntilgaga munu i Kat yon i Mbon. Sébé ni njel singa ini nle 1-844-222-6988.
Kurdish	اگاداری: نەگەر بە زمانیکی تری جگه له ئینگلیزی قسه دهکەیت، خزمەتگوزاریه زمانهوانیهکان بهخۆراییی بو تو بعههستن. پهیوهندی به ژماره‌ی 1-844-222-6988 بکەن.
Laotian	ໝາຍເຫດ: ຖ້າທ່ານເວົ້າພາສາອື່ນທີ່ບໍ່ແມ່ນພາສາອັງກິດ, ພວກເຮົາມີການບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາ ໂດຍບໍ່ເສຍຄ່າໃຫ້ທ່ານ. ໂທ 1-844-222-6988.
Mon-Khmer	សម្គាល់៖ ប្រសិនបើអ្នកនិយាយភាសាផ្សេងក្រៅពីភាសាអង់គ្លេស សេវាកម្មជំនួយភាសា ដែលឥតគិតថ្លៃ គឺមានផ្តល់ជូនដល់អ្នក។ ទូរសព្ទ 1-844-222-6988
Nepali	ध्यान दिनुहोस्: यदि तपाईं अङ्ग्रेजी बाहेक अन्य भाषा बोल्नुहुन्छ भने तपाईंको लागि नि:शुल्क रूपमा भाषा सहायता सेवा उपलब्ध छ। 1-844-222-6988 मा कल गर्नुहोस्।
Persian Farsi	توجه: اگر به زبانی غیر از انگلیسی صحبت می‌کنید، خدمات تسهیلات زبانی، رایگان در دسترس شما قرار می‌گیرند. با شماره 1-844-222-6988 تماس بگیرید.

- Thai ข้อควรทราบ: หากคุณใช้ภาษาอื่นที่ไม่ใช่ภาษาอังกฤษ เรามีบริการความช่วยเหลือทางภาษาฟรี
ดให้แก่คุณโดยไม่คิดค่าใช้จ่ายใด ๆ ติดต่อหมายเลขโทรศัพท์ 1-844-222-6988.
- Turkish DİKKAT: İngilizce haricinde bir dil konuşuyorsanız, dil yardım hizmetlerinden ücretsiz
olarak faydalanabilirsiniz. 1-844-222-6988 numaralı hattı arayın.
- Ukrainian УВАГА: якщо ви не розмовляєте англійською, то можете скористатися безкоштовними
послугами мовної підтримки. Зателефонуйте за телефоном 1-844-222-6988.
- Yiddish אַכטונג: אויב איר רעדן אן אנדער שפראך ווי ענגליש, שפראך הילף באדינען, פֿרי און צוזאָם, זינען פֿאַראַנען און אַרבעטן.
1-844-222-6988 טעלעפֿאָן