



2026

MEDIEXTRA

Resumen de Beneficios

1º de enero - 31 de diciembre



Resumen de Beneficios de 2026

Leon MediExtra (HMO)

Leon Health, Inc. – H4286, Plan 001

Desde el 1ro de enero del 2026 hasta el 31 de diciembre del 2026

Leon Health, Inc. es un plan HMO de Medicare Advantage HMO que tiene contrato con Medicare. Inscribirse en el plan depende de que se renueve el contrato.

Este libro le brinda un resumen de lo que cubre ***Leon MediExtra (HMO)*** y de lo que usted paga. No incluye cada uno de los servicios que cubrimos, ni cada una de las limitaciones y exclusiones. Para obtener una lista completa de los servicios que cubrimos, consulte la *Evidencia de Cobertura* (conocida por “EOC”) del plan disponible en línea en www.leonhealth.com, o llámenos para solicitar una copia.

Para afiliarse a ***Leon MediExtra (HMO)***, es imprescindible:

- Tener derecho a la Parte A de Medicare
- Estar inscrito en la Parte B de Medicare
- Vivir en el condado de Miami-Dade, Florida.

Verifique si su Médico de Atención Primaria (PCP) es parte de la red del plan

Leon MediExtra (HMO) tiene una red de médicos, hospitales, farmacias y otros proveedores. Excepto en situaciones de emergencia, si utiliza proveedores que no están en nuestra red, es posible que el plan no pague por estos servicios. Para saber que proveedores y farmacias forman parte de la red del plan, consulte el Directorio de Proveedores y Farmacias disponible en nuestro sitio web www.leonhealth.com, o puede obtener una copia llamándonos.

Verifique si sus medicamentos por receta están cubiertos

Generalmente, debe usar las farmacias de la red para surtir sus medicamentos cubiertos por la Parte D. Para obtener una lista completa de los medicamentos cubiertos y cualquier restricción, visite nuestro sitio web o llámenos para solicitar una copia del Formulario (Lista de Medicamentos Cubiertos).

¿Cómo puedo informarme sobre Medicare Original?

Para obtener información sobre la cobertura y los costos de Medicare Original, consulte el manual “Medicare & You” (Medicare y Usted). Puede encontrarlo en línea en www.medicare.gov o puede solicitar una copia llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 7 días a la semana, 24 horas al día. Los usuarios del sistema TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Para más información y asistencia...

Llame al Departamento de Servicio para Miembros al 1-844-969-5366 (los usuarios del sistema TTY deben llamar al 711) o visítenos en nuestro sitio web www.leonhealth.com. Nuestro horario de atención es de lunes a domingo de 8:00 a.m. – 8:00 p.m. de octubre a marzo, y de lunes a viernes de 8:00 a.m. – 8:00 p.m. de abril a septiembre. Esta llamada es gratuita.

Este documento está disponible en otros formatos como en braille, letras grandes o audio.

H4286_SUMBEN001S_2026_M

Prima, deducible y máximo de gastos de su bolsillo	Lo que usted debe saber
Prima mensual	\$0 Debe continuar pagando su prima de la Parte B de Medicare (a no ser que Medicaid o una entidad externa le pague su prima de la Parte B).
Deducible médico	\$0 <i>Leon MediExtra</i> no tiene deducible médico.
Monto máximo de bolsillo que debe pagar (no se incluyen los medicamentos por receta de la Parte D)	\$1,000 por año para los servicios cubiertos que reciba de proveedores dentro de la red. Este monto es el máximo que pagará por copagos, coseguro y demás costos por los servicios cubiertos de Medicare Parte A (hospital) y Parte B (médicos) durante el año. Una vez que alcance este límite, pagaremos el costo total de los servicios cubiertos en nuestro plan por el resto del año. Aún tendrá que pagar sus primas mensuales y costos compartidos de sus medicamentos por receta de la Parte D.

Información sobre beneficios	Lo que usted paga	Lo que usted debe saber
Hospitalizaciones Se incluyen los hospitales de pacientes ingresados con enfermedades agudas, ingresados por rehabilitación, los de cuidados a largo plazo y demás tipos de servicios de hospital prestados a pacientes ingresados.	\$0 copago	Se necesitan el referido y/o la autorización previa.
Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios	\$0 copago	
Servicios de observación para pacientes ambulatorios	\$0 copago	
Centro Quirúrgico Ambulatorio (“ASC” por sus siglas en inglés)	\$0 copago	

Resumen de Beneficios para 2026 de *Leon MediExtra (HMO)*

Información sobre beneficios	Lo que usted paga	Lo que usted debe saber
Visitas al Médico		
Médico primario (PCP)	\$0 copago	Incluye las consultas (virtuales) de telemedicina con el médico que cubre Medicare.
Especialista	\$0 copago	Incluye las consultas (virtuales) de telemedicina con el médico que cubre Medicare. Podrían ser necesarios el referido y/o la autorización previa.
Atención preventiva		
• Prueba de detección del aneurisma aórtico abdominal • Prueba de detección del abuso de bebidas alcohólicas • Visita anual de bienestar • Medición de la masa ósea (densidad ósea) • Prueba de detección del cáncer del seno (mamografías) • Visita por reducción del riesgo de enfermedades cardiovasculares • Pruebas por enfermedades cardiovasculares • Prueba de detección del cáncer cervical y del vaginal (prueba de Papanicolaou), • Prueba de detección del cáncer colorrectal • Prueba de detección de la depresión • Prueba de detección de la diabetes • Entrenamiento para el automanejo de la diabetes,	\$0 copago	Se cubrirá todo servicio preventivo adicional que apruebe Medicare durante el año de beneficios. Favor de ver la frecuencia de los servicios cubiertos en nuestra <i>Evidencia de Cobertura</i> (EOC). Se requiere referido. *Para la prueba de detección del glaucoma se necesita la autorización previa.

Información sobre beneficios	Lo que usted paga	Lo que usted debe saber
• Prueba de detección del glaucoma* • Prueba de detección del VIH • Vacunas (contra la gripe, neumonía y hepatitis B, COVID-19) • Terapia de nutrición médica Programa de Medicare de Prevención de la Diabetes (“MDPP” por sus siglas en ingles) • Prueba de detección del cáncer pulmonar (Tomografía computarizada a dosis baja) • Prueba de detección y tratamiento de la obesidad • Prueba de detección del cáncer de la próstata • Prueba de detección de infecciones por enfermedades de transmisión sexual y orientaciones al respecto • Orientaciones sobre cómo dejar de fumar y de consumir productos de tabaco • Visita preventiva “Bienvenido(a) a Medicare”		
Atención de emergencia y servicios de urgencia		
Atención de emergencia	\$50 copago por visita	No se aplica el copago por el beneficio si es admitido en el hospital.

Resumen de Beneficios para 2026 de *Leon MediExtra (HMO)*

Información sobre beneficios	Lo que usted paga	Lo que usted debe saber
Cobertura a nivel mundial	Emergencia y urgencia mundial: \$40 copago por visita Transporte aéreo y terrestre de emergencia mundial: \$40 copago	No se aplica el copago por el beneficio si es admitido en el hospital. Cobertura proporcionada a través de reembolso directo al miembro después de la aprobación del plan de la documentación de respaldo. El plan reembolsará las tarifas permitidas por Medicare.
Servicios de urgencias	\$0 copago	
Servicios de diagnóstico/ análisis de laboratorio / imagenología		
Procedimientos y pruebas de diagnóstico	\$0 copago	Se necesitan el referido y/o la autorización previa.
Servicios de laboratorio	\$0 copago	No se necesita autorización previa para la prueba del COVID-19.
Servicios radiológicos terapéuticos	\$0 copago	Se necesitan el referido y/o la autorización previa. No se necesita autorización previa para la prueba del COVID-19.
Servicios de radiografía a pacientes ambulatorios	\$0 copago	
Servicios radiológicos de diagnóstico (como resonancias magnéticas [MRI] y tomografías computarizadas)	\$0 copago	
Servicios de audición		
Servicios de audición (cubiertos por Medicare) - Examen para diagnosticar y tratar problemas de audición y equilibrio.	\$0 copago	Se necesita el referido.
Examen de audición de rutina (1 al año)	\$0 copago	
Evaluación y ajuste de audífonos (1 cada 3 años)	\$0 copago	

Información sobre beneficios	Lo que usted paga	Lo que usted debe saber
Audífonos recetados	\$0 copago	<i>Leon MediExtra</i> cubre hasta \$1,050 por audífono por oído (beneficio máximo de \$2,100 cada tres (3) años). Se necesita el referido.
Servicios dentales		
Servicios dentales (cubiertos por Medicare) - Servicios de odontología limitados (no se incluyen los servicios relacionados con la atención, tratamientos, empastes, extracciones ni reemplazos de dientes).	\$0 copago	Se necesitan el referido y/o la autorización previa.
Servicios dentales preventivos: • Limpieza (1 cada 6 meses) • Radiografía(s) de la boca (1 cada 6 meses) • Tratamiento por flúor (1 al año) • Examen de la boca (1 cada 6 meses)	\$0 copago	Hasta \$7,250 anual por servicios dentales preventivos e integrales combinados. El costo compartido del miembro es cero por servicios hasta el monto máximo de cobertura del plan. Al agotarse la suma por beneficios del plan, el miembro es responsable de los costos adicionales de los servicios odontológicos preventivos e integrales.
Servicios dentales integrales: • Servicios no rutinarios • Servicios diagnósticos • Servicios restaurativos (Empastes) • Endodoncia (Tratamientos de conducto) • Periodoncia (Tratamiento de las encías y huesos) • Prostodoncia (Dentaduras) • Implantes dentales (2 al año) • Cirugía bucal y maxilofacial (Extracciones)	\$0 copago	Las cantidades no utilizadas caducan al final de cada año. Consulte la lista completa de los servicios dentales cubiertos y limitaciones en el <i>Programa Dental de Beneficios de 2026</i> .

Resumen de Beneficios para 2026 de *Leon MediExtra (HMO)*

Información sobre beneficios	Lo que usted paga	Lo que usted debe saber
Servicios de la visión		
Examen de la vista (cubierto por Medicare)	\$0 copago	Diagnósticos y tratamientos de las enfermedades y lesiones de los ojos, incluyendo el tratamiento de la degeneración macular por la edad. Prueba de detección de la retinopatía diabética (1 al año). Se necesitan el referido y/o la autorización previa.
Examen de visión de rutina (1 al año)	\$0 copago	Se necesitan el referido y/o la autorización previa.
Espejuelos y accesorios de rutina: • Espejuelos (lentes y armaduras) • Lentes de contacto • Mejoras	\$0 copago	Hasta tres (3) pares de espejuelos al año, incluida las mejoras, sin límite por par de espejuelos, siendo el beneficio máximo \$500. - O bien - Hasta seis (6) cajas de lentes de contacto suaves cada año, sin superar \$35 por caja de lentes de contacto suaves, siendo el beneficio máximo de \$210. Un (1) par de espejuelos o lentes de contacto después de cada cirugía de cataratas, incluyendo la inserción de un lente intraocular. Los servicios de visión están disponibles únicamente en el centro óptico de Leon Medical Centers. Las cantidades no utilizadas caducan al final de cada año. Se necesitan el referido y/o la autorización previa. Restricciones aplican.

Información sobre beneficios	Lo que usted paga	Lo que usted debe saber
Servicios de la salud mental	\$0 copago	Servicios de Salud Mental para Pacientes Internos: <i>Leon MediExtra</i> cubre hasta 90 días por cada período de beneficios para la atención hospitalaria de salud mental para pacientes internados. Un período de beneficios comienza el día en que ingresa a un hospital y termina cuando no ha recibido atención hospitalaria para pacientes internados durante 60 días consecutivos. El período de beneficios no está vinculado al año calendario. Nuestro plan también cubre 60 “días de reserva de por vida”. Estos son días “extra” cubiertos que solo se pueden usar una vez. Una vez que agote estos 60 días adicionales, su cobertura para estancias hospitalarias para pacientes internados se limitará a 90 días. Servicios de Hospital Psiquiátrico para Pacientes Internos: <i>Leon MediExtra</i> tiene un límite de por vida de 190 días para la atención de salud mental para pacientes internados en un hospital psiquiátrico. Si recibe atención de salud mental para pacientes internados en una unidad psiquiátrica de un hospital general, no cuenta para sus 190 días. Se necesitan el referido y/o la autorización previa.
Cuidado de la Salud Mental - Servicios de terapia de grupo e individual para pacientes ambulatorios	\$0 copago	Se necesitan el referido y/o la autorización previa.

Resumen de Beneficios para 2026 de *Leon MediExtra (HMO)*

Información sobre beneficios	Lo que usted paga	Lo que usted debe saber
Centro de enfermería especializada (SNF)	\$0 copago	Se cubren hasta 100 días en un centro de enfermería especializada por cada periodo de beneficios. Un período de beneficios comienza el día en que ingresa a un centro de enfermería especializada (SNF) y termina cuando no ha recibido atención especializada cubierta por Medicare en un SNF durante 60 días consecutivos. El período de beneficios no está vinculado al año calendario. Se necesitan el referido y/o la autorización previa.
Fisioterapia	\$0 copago	Se necesitan el referido y/o la autorización previa.
Servicios de Ambulancia		
Ambulancia terrestre	\$0 copago	Las reglas de autorización previa podrían aplicarse a los servicios que no son de emergencia.
Ambulancia aérea	\$0 copago	
Transporte	\$0 copago	Transporte brindado por los servicios de transporte de Leon Health. Viajes ilimitados a citas médicas con médicos dentro de la red, instalaciones médicas y otras ubicaciones aprobadas. El transporte está disponible solamente hasta el centro geográficamente más cercano desde el hogar del paciente. Los viajes deben ser programados con al menos 48 horas de anticipación. Se requiere autorización previa para viajes de más de 30 millas de ida.

Información sobre beneficios	Lo que usted paga	Lo que usted debe saber
Medicamentos de la Parte B de Medicare	\$0 copago por la inyección de hialuronato de sodio, la inyección intravítrea de bevacizumab (Avastina), la inyección de enoxaparina y los medicamentos inhalados por nebulizador. 0% - 20% del costo por los demás medicamentos de la Parte B y vacunas de la Parte B. 0% - 20% del costo por medicamentos de Quimioterapia/ Radiación. No pagará más de \$35 por un suministro de un mes (hasta 30 días) de cada producto de insulina cubierto. \$0 copago por la vacuna contra la gripe, neumonía, hepatitis B y COVID-19.	Se necesita la autorización previa. Los medicamentos de la Parte B podrían estar sujetos a los requisitos de terapia escalonada. La terapia escalonada es un proceso que requiere probar primero otro medicamento antes del medicamento inicialmente recetado. Para ciertos medicamentos, es posible que no tenga que pagar nada (0 % de coseguro), y nunca más del 20 % del costo. Los medicamentos que califican pueden cambiar cada tres meses.

Beneficios adicionales con el plan *Leon MediExtra (HMO)*

Información sobre beneficios	Lo que usted paga	Lo que usted debe saber
Servicios de rehabilitación cardíaca y pulmonar	\$0 copago	Se necesitan el referido y/o la autorización previa.

Resumen de Beneficios para 2026 de *Leon MediExtra (HMO)*

Información sobre beneficios	Lo que usted paga	Lo que usted debe saber
Diálisis (servicios para enfermedades renales)		
Tratamiento de diálisis a pacientes ambulatorios y hospitalizados	20% del costo	Se necesitan el referido y/o la autorización previa.
Entrenamiento en autodiálisis	\$0 copago	
Educación para las enfermedades renales	\$0 copago	Se necesitan el referido y/o la autorización previa.
Programas de acondicionamiento físico y bienestar		
Programa de Acondicionamiento Físico	\$0 copago	Los Centros de Salud y Bienestar de Leon cuentan con equipos de entrenamiento de fuerza y cardiovascular para ayudarlo a alcanzar sus metas de acondicionamiento físico. Además, se ofrece información sobre diversos temas de salud y programas para el desarrollo personal. Disfrute de seminarios de salud sobre temas importantes que incluyen: • Medicina Preventiva • Alimentación y Nutrición • Diabetes • Prevención de Caídas El beneficio incluye acceso a equipos de ejercicio y clases de ejercicio en grupo, según disponibilidad. Los servicios de acondicionamiento físico que implican costos adicionales no forman parte del beneficio de acondicionamiento físico y no serán reembolsados.
Servicios de asistencia médica a domicilio	\$0 copago	Se necesitan el referido y/o la autorización previa.

Información sobre beneficios	Lo que usted paga	Lo que usted debe saber
Atención de Hospicio		
Programa de Hospicio Certificado por Medicare	Los servicios de hospicio están cubiertos por Medicare Original, no por nuestro plan.	Puede recibir cuidados de cualquier programa de hospicio certificado por Medicare.
Servicios de Consulta de Hospicio	\$0 copago	Nuestro plan cubre los servicios de consulta de hospicio (una sola vez) antes de que elija el hospicio.
Comidas – Después del Alta Hospitalaria	\$0 copago	Puede ser elegible para recibir 14 comidas nutritivas entregadas a domicilio (2 comidas por día durante 7 días) después del alta de una hospitalización como paciente interno en un hospital o centro de enfermería especializada. Tiene derecho a recibir este beneficio hasta tres (3) veces al año, con un máximo anual total de 42 comidas. Las llamadas para programar los beneficios serán coordinadas por el proveedor del plan.
Equipos y suministros médicos		
Equipos médicos duraderos (sillas de rueda, oxígeno, etc.)	\$0 copago	Se necesita la autorización previa. Leon Health tiene proveedores/fabricantes preferidos para Equipos Médicos Duraderos (DME, por sus siglas en inglés).
Suministros médicos y dispositivos protésicos (dispositivos ortopédicos, extremidades artificiales, etc.)	\$0 copago	Se necesita la autorización previa.
Servicios y suministros para diabéticos	\$0 copago	<i>Leon MediExtra</i> limita los suministros para diabéticos exclusivamente a True Metrix, Prodigy, iGlucose, Freestyle y Glucocard.

Resumen de Beneficios para 2026 de *Leon MediExtra (HMO)*

Información sobre beneficios	Lo que usted paga	Lo que usted debe saber
Servicios de tratamiento por el consumo de opioides	\$0 copago	Los servicios cubiertos incluyen: • Medicamentos aprobados por la FDA para el tratamiento a base de agonistas y antagonistas opioides • Despacho y administración de dichos medicamentos, si corresponden. • Orientación sobre el consumo de sustancias • Terapias individuales y grupales y pruebas de toxicología. Se necesitan el referido y/o la autorización previa.
Cirugía ambulatoria	\$0 copago	Se necesitan el referido y/o la autorización previa.
Medicamentos sin receta (OTC, por sus siglas en inglés)	\$0 copago	<i>Leon MediExtra</i> ofrece una asignación <i>mensual</i> de \$100 en medicamentos aprobados de venta sin receta (OTC) y productos relacionados con la salud, disponibles en las farmacias de Leon Medical Center o en locaciones minoristas aprobadas. Los artículos elegibles disponibles a través de las farmacias de LMC están listados en el catálogo de OTC. Los miembros deben completar un formulario de solicitud de OTC o llamar a Servicios para Miembros cada mes para recibir los artículos de OTC y productos relacionados con la salud que elijan. Los montos no utilizados caducan al final de cada mes.
Servicios de podología (cubierto por Medicare)	\$0 copago	Se necesita la autorización previa.

Información sobre beneficios	Lo que usted paga	Lo que usted debe saber
Cuidado de rutina de los pies	\$0 copago	Se necesita la autorización previa. Se permiten visitas ilimitadas para cuidado rutinario de los pies cada año.
Acupuntura Rutinaria	\$0 copago	Hasta seis (6) visitas rutinarias de acupuntura por año para cualquier condición de salud. Se necesitan el referido y/o la autorización previa.

Beneficios de medicamentos por receta de la Parte D

- ✓ Consulte el resumen de cobertura de medicamentos por receta de 2026 a continuación para entender la cobertura específica de su plan para cada etapa.
- ✓ Este plan utiliza una lista de medicamentos cubiertos llamada “Formulario”. Consulte esta guía para averiguar si sus medicamentos están cubiertos y conocer cualquier restricción, como limitaciones de cantidad, autorización previa o terapia escalonada.

Deducible	\$0 Este plan no tiene deducible para la Parte D.		
Cobertura Inicial	\$2,100 En esta etapa, nuestro plan paga su parte del costo de los medicamentos y usted paga la suya. Generalmente, permanece en esta etapa hasta que el total acumulado de sus costos de medicamentos en el año alcanza los \$2,100.		
Farmacias con costos compartidos preferidos			
Niveles	30 días	60 días	90 días
Nivel 1 – Genéricos	\$0	\$0	\$0
Nivel 2 – Marcas preferidas	\$0	\$0	\$0
Nivel 3 – Medicamentos no preferidos	\$40	no aplica	no aplica
Nivel 4 – Nivel especializado	33%	no aplica	no aplica
Nivel 5 – Medicamentos complementarios	\$0	no aplica	no aplica

Farmacias con costos compartidos estándar			
Niveles	30 días	60 días	90 días
Nivel 1 – Genéricos	\$5	\$10	\$15
Nivel 2 – Marcas preferidas	\$20	\$40	\$60
Nivel 3 – Medicamentos no preferidos	\$50	no aplica	no aplica
Nivel 4 – Nivel especializado	33%	no aplica	no aplica
Nivel 5 – Medicamentos complementarios	\$10	no aplica	no aplica
Cobertura Catastrófica	\$0 Si alcanzas la etapa de Cobertura Catastrófica, no pagas nada por tus medicamentos cubiertos bajo la Parte D. Puedes tener un copago para los medicamentos excluidos que estén cubiertos bajo nuestro beneficio mejorado. Generalmente, usted permanece en esta etapa durante el resto del año calendario.		

Información Adicional sobre Beneficios de la Parte D

Cobertura de Insulina: nuestro plan cubre productos de insulina en farmacias minoristas preferidas y estándar. Usted paga no más de **\$35** por un suministro de un mes (hasta 30 días) de cada producto de insulina cubierto por nuestro plan, independientemente del nivel de costos compartidos. Consulte el Formulario para ver la lista completa de productos de insulina de la Parte D cubiertos por nuestro plan.

Cobertura de Medicamentos Excluidos: medicamentos usados para tratar la anorexia, la pérdida o el aumento de peso; tratamientos de fertilidad; medicamentos con fines cosméticos o para el crecimiento del cabello; y medicamentos para la disfunción eréctil. Otros medicamentos también pueden estar excluidos de la cobertura de la Parte D.

Vacunas de la Parte D: nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D sin costo alguno para usted. Consulte el Formulario o comuníquese con Servicios para Miembros para obtener detalles de cobertura e información sobre costos específicos para cada vacuna.

El Plan de Pagos de Medicamentos por Receta de Medicare: El Plan de Pago de Medicamentos Recetados de Medicare es una opción de pago que comenzó en 2025 y puede ayudarle a manejar sus costos de bolsillo para los medicamentos cubiertos por nuestro plan, distribuyéndolos a lo largo del año calendario (enero a diciembre). Si participa en el Plan de Pago de Medicamentos Recetados de Medicare y permanece en el mismo plan de la Parte D, su participación se renovará automáticamente para 2026. Para obtener más información sobre esta opción de pago, por favor contáctenos al 1-844-969-5366 o visite [Medicare.gov](https://www.Medicare.gov).

DESCARGO DE RESPONSABILIDAD

Leon Health, Inc. es un plan HMO con contrato con Medicare. La inscripción en Leon Health, Inc. depende de la renovación del contrato.

La red de farmacias de Leon Health Inc. ofrece acceso limitado a farmacias con costos compartidos preferidos en Miami-Dade, FL. Los costos más bajos anunciados en nuestros materiales del plan para estas farmacias pueden no estar disponibles en la farmacia que usted utiliza. Para obtener información actualizada sobre nuestras farmacias de la red, incluidas aquellas con costos compartidos preferidos, por favor llame al 1-844-969-5366 (TTY: 711) o consulte el Directorio de Proveedores y Farmacias en nuestro sitio web www.leonhealth.com/directory/?lang=es

Beneficios varían según la cobertura de cada plan.

Esta información no es una descripción completa de los beneficios. Llame a Servicios para Miembros para obtener más información al 1-844-969-5366, los usuarios de TTY deben llamar al 711.

Leon Health, Inc. cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, origen nacional, edad, discapacidad o sexo.

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 1-844-969-5366 (TTY: 711) or speak to your provider.

Aviso de disponibilidad

English — 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 1-844-969-5366 (TTY: 711) or speak to your provider.

Español — Spanish

ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia en su idioma. También se encuentran disponibles sin costo ayudas y servicios auxiliares para obtener información en formatos accesibles. Llame al 1-844-969-5366 (TTY: 711) o consulte a su proveedor.

中文 — Chinese

注意：如果您讲中文，可免费使用语言援助服务。为提供可访问格式的信息，也可免费使用适当的辅助工具和服务。请拨打 1-844-969-5366 (TTY: 711) 或联系您的服务提供者。

Srpski / Hrvatski / Bosanski — Serbo-Croatian

PAŽNJA: Ako govorite Srpski / Hrvatski / Bosanski, besplatne usluge jezične pomoći su vam dostupne. Također su dostupne odgovarajuće pomoćne usluge za pružanje informacija u pristupačnim formatima bez naknade. Pozovite 1-844-969-5366 (TTY: 711) ili se obratite svom pružatelju usluga.

한국어 — Korean

주의: 한국어를 사용하시는 경우, 무료 언어 지원 서비스를 이용하실 수 있습니다. 접근 가능한 형식으로 정보를 제공하기 위한 적절한 보조 도구 및 서비스도 무료로 제공됩니다. 1-844-969-5366 (TTY: 711)로 전화하거나 제공자에게 문의하십시오.

Tiếng Việt — Vietnamese

CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí sẽ có sẵn cho bạn. Các phương tiện trợ giúp thích hợp để cung cấp thông tin ở các định dạng dễ tiếp cận cũng có sẵn miễn phí. Gọi 1-844-969-5366 (TTY: 711) hoặc liên hệ nhà cung cấp dịch vụ của bạn.

العربية — Arabic

تنبيه: إذا كنت تتحدث العربية، تتوفر لك خدمات المساعدة اللغوية مجانًا. كما تتوفر المساعدات والخدمات المناسبة لتوفير أو تحديث إلى مقدم الخدمة الخاص (TTY: 711) المعلومات بصيغ يسهل الوصول إليها مجانًا. اتصل على 1-844-969-5366 بك.

Deutsch — German

ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlose Sprachunterstützungsdienste zur Verfügung. Geeignete Hilfsmittel und Dienstleistungen zur Bereitstellung von Informationen in barrierefreien Formaten sind ebenfalls kostenlos verfügbar. Rufen Sie 1-844-969-5366 (TTY: 711) an oder wenden Sie sich an Ihren Anbieter.

Tagalog — Tagalog

PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, magagamit mo ang mga libreng serbisyo sa tulong sa wika. Angkop ding magagamit nang libre ang mga tulong at serbisyo upang maipahayag ang impormasyon sa naa-access na mga format. Tumawag sa 1-844-969-5366 (TTY: 711) o maki-pag-ugnayan sa iyong tagapagbigay.

Русский — Russian

ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на Русский, для вас доступны бесплатные услуги языковой поддержки. Также доступны соответствующие вспомогательные средства и услуги для предоставления информации в доступных форматах бесплатно. Позвоните 1-844-969-5366 (TTY: 711) или обратитесь к своему поставщику услуг.

Français — French

ATTENTION : Si vous parlez Français, des services d'assistance linguistique gratuits sont à votre disposition. Des aides et services appropriés pour fournir des informations dans des formats accessibles sont également disponibles gratuitement. Appelez le 1-844-969-5366 (TTY : 711) ou contactez votre prestataire.

日本語 — Japanese

注意: 日本語を話す場合、無料の言語支援サービスをご利用いただけます。情報をアクセス可能な形式で提供するための適切な補助具およびサービスも無料で利用可能です。1-844-969-5366 (TTY: 711) に電話するか、提供者にお問い合わせください。

Română — Romanian

ATENȚIE: Dacă vorbiți Română, serviciile gratuite de asistență lingvistică sunt disponibile pentru dumneavoastră. Ajutoarele și serviciile adecvate pentru furnizarea informațiilor în formate accesibile sunt, de asemenea, disponibile gratuit. Apelați 1-844-969-5366 (TTY: 711) sau contactați furnizorul dumneavoastră.

سوداني — Sudanese Arabic

تنبيه: إذا كنت تتحدث سوداني، فإن خدمات المساعدة اللغوية المجانية متاحة لك. كما تتوفر الوسائل المساعدة والخدمات المناسبة أو تحدث إلى مقدم الخدمة (TTY: 711) لتقديم المعلومات بصيغ يسهل الوصول إليها مجانًا. اتصل بالرقم 1-844-969-5366 الخاص بك.

فارسی — Persian (Farsi)

توجه: اگر به فارسی صحبت می‌کنید، خدمات کمک زبانی رایگان برای شما در دسترس است. ابزارها و خدمات کمکی مناسب برای ارائه اطلاعات به فرمت‌های قابل دسترسی نیز به صورت رایگان ارائه می‌شود. با شماره 1-844-969-5366 تماس بگیرید یا با ارائه‌دهنده خود صحبت کنید (TTY: 711).

Українська — Ukrainian

УВАГА: Якщо ви розмовляєте Українська, безкоштовні послуги мовної підтримки доступні для вас. Відповідні допоміжні засоби та послуги для надання інформації в доступних форматах також доступні безкоштовно. Зателефонуйте за номером 1-844-969-5366 (TTY: 711) або зверніться до вашого постачальника послуг.

