



2026

Aviso anual de cambios

Condados de Jackson y Josephine, Oregón

ATRIO Freedom (PPO)

H6743-027

ATRIO Freedom (PPO) es ofrecido por ATRIO Health Plans

Aviso anual de cambios para 2026

Usted está inscrito como miembro de ATRIO Freedom (PPO).

Este material describe los cambios en los costos y beneficios de nuestro plan para el próximo año.

- **Usted tiene desde el 15 de octubre hasta el 7 de diciembre para hacer cambios en su cobertura de Medicare para el próximo año.** Si no se inscribe en otro plan antes del 7 de diciembre de 2025, permanecerá inscrito en ATRIO Freedom (PPO).
- Para cambiarse a un **plan diferente**, visite atriohp.com o consulte la lista que se encuentra al final de su manual *Medicare & You 2026* (Medicare y Usted 2026).
- Tenga en cuenta que esto es solo un resumen de los cambios. Más información sobre costos, beneficios y normas se encuentra en la *Evidencia de Cobertura*.

Más recursos

- Este material está disponible en forma gratuita en español.
- Llame a Servicios para los miembros al 1-877-672-8620 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para obtener más información. Horario de atención: Todos los días de 8 a.m. a 8 p.m., hora local. Esta llamada es gratuita.
- Esta información está disponible en letra grande.

Acerca de ATRIO Freedom (PPO)

- ATRIO Health Plans es un plan PPO, HMO, PPO C-SNP y HMO D-SNP que tiene contratos con Medicare y Oregon Health Plan. La inscripción en ATRIO Health Plans depende de la renovación del contrato.
- Cuando este material dice “nosotros”, “nos” o “nuestro/a”, hace referencia a ATRIO Health Plans. Cuando dice “plan” o “nuestro plan”, hace referencia a ATRIO Freedom (PPO).
- **Si no hace nada antes del 7 de diciembre de 2025, se lo inscribirá automáticamente en ATRIO Freedom (PPO).** A partir del 1 de enero de 2026, recibirá su cobertura médica y de medicamentos a través de ATRIO Freedom (PPO). Consulte la Sección 2 para obtener más información sobre cómo cambiar de plan y las fechas límite para realizar un cambio.

H6743_027_ANOC_2026_M

Índice

Resumen de costos importantes para 2026	3
SECCIÓN 1 Cambios en los beneficios y costos para el próximo año	5
Sección 1.1 Cambios en la prima mensual del plan	5
Sección 1.2 Cambios en el monto máximo que paga de su bolsillo	5
Sección 1.3 Cambios en la red de proveedores	6
Sección 1.4 Cambios en los beneficios y costos de los servicios médicos	7
SECCIÓN 2 Cómo cambiar de plan	10
Sección 2.1 Plazos para cambiar de planes	10
Sección 2.2 ¿Puedo realizar un cambio en otro momento del año?	11
SECCIÓN 3 Cómo recibir ayuda para pagar los medicamentos con receta	11
SECCIÓN 4 ¿Preguntas?.....	12
Reciba ayuda de ATRIO Freedom (PPO)	12
Obtenga asesoramiento gratuito sobre Medicare	13
Cómo recibir ayuda de Medicare.....	13

Resumen de costos importantes para 2026

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
Prima mensual del plan* *Consulte la Sección 1.1 para conocer los detalles.	\$0	\$0
Monto máximo que paga de su bolsillo Este es el monto <u>máximo</u> que pagará de su bolsillo por servicios cubiertos de la Parte A y de la Parte B. (Consulte la Sección 1.2 para conocer los detalles).	De proveedores de la red: \$6,750 De proveedores dentro de la red y fuera de la red combinados: \$7,900	De proveedores de la red: \$6,750 De proveedores dentro de la red y fuera de la red combinados: \$7,900
Consultas de atención primaria	Dentro de la red: \$0 de copago por consulta Fuera de la red: \$50 de copago por consulta	Dentro de la red: \$0 de copago por consulta Fuera de la red: \$50 de copago por consulta
Consultas en el consultorio de un especialista	Dentro de la red: \$35 de copago por consulta Fuera de la red: \$65 de copago por consulta	Dentro de la red: \$35 de copago por consulta Fuera de la red: \$65 de copago por consulta

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
<p>Hospitalizaciones</p> <p>Incluye servicios hospitalarios de cuidados agudos, de rehabilitación, de atención a largo plazo y de otros tipos para pacientes internados. La atención hospitalaria para pacientes internados comienza el día en que usted formalmente ingresa al hospital con una orden del médico. El día anterior a su alta médica es su último día como paciente internado.</p>	<p>Dentro de la red:</p> <p>\$375 de copago cada día por los días 1 al 7 y \$0 de copago cada día por los días 8 al 90 por atención hospitalaria cubierta por Medicare.</p> <p>\$0 de copago por días adicionales cubiertos por Medicare.</p> <p>Fuera de la red:</p> <p>Usted paga \$475 de copago cada día por los días 1 al 7 y \$0 de copago cada día por los días 8 al 90 por atención hospitalaria cubierta por Medicare.</p>	<p>Dentro de la red:</p> <p>\$375 de copago cada día por los días 1 al 7 y \$0 de copago cada día por los días 8 al 90 por atención hospitalaria cubierta por Medicare.</p> <p>\$0 de copago por días adicionales cubiertos por Medicare.</p> <p>Fuera de la red:</p> <p>\$475 de copago cada día por los días 1 al 7 y \$0 de copago cada día por los días 8 al 90 por atención hospitalaria cubierta por Medicare.</p>

SECCIÓN 1

Cambios en los beneficios y costos para el próximo año

Sección 1.1

Cambios en la prima mensual del plan

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
Prima mensual del plan (También debe seguir pagando su prima de la Parte B de Medicare).	\$0	\$0

Sección 1.2

Cambios en el monto máximo que paga de su bolsillo

Medicare exige que todos los planes de salud limiten el monto que usted paga de su bolsillo durante el año. Este límite se denomina monto máximo que paga de su bolsillo. Una vez que alcance este monto, por lo general, no pagará nada por los servicios cubiertos de la Parte A y de la Parte B por el resto del año calendario.

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
Monto máximo que paga de su bolsillo dentro de la red Los costos por los servicios médicos cubiertos (como los copagos) de proveedores de la red se tienen en cuenta para el monto máximo que paga de su bolsillo.	\$6,750	\$6,750 Una vez que haya pagado \$6,750 de su bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y de la Parte B de proveedores de la red, no pagará nada por sus servicios cubiertos de la Parte A y de la Parte B de proveedores de la red durante el resto del año calendario.

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
<p>Monto máximo que paga de su bolsillo combinado</p> <p>Los costos por los servicios médicos cubiertos (como los copagos) de proveedores dentro y fuera de la red se tienen en cuenta para el monto máximo que paga de su bolsillo combinado.</p>	\$7,900	<p>\$7,900</p> <p>Una vez que haya pagado \$7,900 de su bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y de la Parte B, no pagará nada por sus servicios cubiertos de la Parte A y de la Parte B de proveedores de la red o fuera de la red por el resto del año calendario.</p>

Sección 1.3 Cambios en la red de proveedores

Nuestra red de proveedores tiene cambios para el próximo año. Revise el *Directorio de proveedores* de 2026 en el sitio web atriohp.com para ver si sus proveedores (proveedor de atención primaria, especialistas, hospitales, etc.) se encuentran en nuestra red. Cómo obtener un *Directorio de proveedores* actualizado:

- Visite nuestro sitio web en atriohp.com.
- Llame a Servicios para los miembros al 1-877-672-8620 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para obtener información actualizada sobre proveedores o para solicitarnos que le enviemos por correo un *Directorio de proveedores*.

Podemos realizar cambios en los hospitales, los médicos y especialistas (proveedores) que forman parte de nuestro plan durante el año. Si un cambio de mediados de año en nuestros proveedores lo afecta, llame a Servicios para los miembros al 1-877-672-8620 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-672-8620) para recibir ayuda.

Sección 1.4 Cambios en los beneficios y costos de los servicios médicos

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
<p>Acupuntura para dolor crónico en la parte baja de la espalda - Costo compartido</p>	<p>Dentro de la red Usted paga \$25 de copago por cada servicio cubierto por Medicare.</p>	<p>Dentro de la red Usted paga \$0 - \$25 de copago según el servicio cubierto por Medicare.</p>
<p>Servicios de acupuntura de rutina (no cubiertos por Medicare) - Monto máximo del plan</p>	<p>\$100 de asignación cada seis meses.</p>	<p>\$100 de asignación cada seis meses, cargados en su tarjeta Flex Card, para servicios combinados de quiropráctica, acupuntura y naturopatía de rutina.</p>
<p>Terapias alternativas (Naturopatía) - Monto máximo del plan</p>	<p>\$100 de asignación cada seis meses.</p>	<p>\$100 de asignación cada seis meses, cargados en su tarjeta Flex Card, para servicios combinados de quiropráctica, acupuntura y naturopatía de rutina.</p>
<p>Servicios de quiropráctica - Costo compartido</p>	<p>Dentro de la red Usted paga \$20 de copago por cada servicio cubierto por Medicare.</p>	<p>Dentro de la red Usted paga \$15 de copago por cada servicio cubierto por Medicare.</p>
<p>Servicios de quiropráctica - Costo compartido</p>	<p>Fuera de la red Usted paga \$20 de copago por cada servicio cubierto por Medicare.</p>	<p>Fuera de la red Usted paga \$15 de copago por cada servicio cubierto por Medicare.</p>

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
Servicios de quiropráctica - Atención quiropráctica de rutina - Monto máximo del plan	\$100 de asignación cada seis meses.	\$100 de asignación cada seis meses, cargados en su tarjeta Flex Card, para servicios combinados de quiropráctica, acupuntura y naturopatía de rutina.
Prueba de detección de cáncer colorrectal - Servicios preventivos de enema de bario cubiertos por Medicare - Costo compartido	Dentro de la red Usted paga \$0 de copago por cada servicio cubierto por Medicare.	Dentro de la red Usted paga \$0 - \$50 de copago según el servicio cubierto por Medicare.
Prueba de detección de cáncer colorrectal - Servicios preventivos de enema de bario cubiertos por Medicare - Costo compartido	Fuera de la red Usted paga \$0 de copago por cada servicio cubierto por Medicare.	Fuera de la red Usted paga 30% de coseguro por cada servicio cubierto por Medicare.
Equipo médico duradero (Durable Medical Equipment, DME) y suministros relacionados - Equipo médico duradero - Costo compartido	Dentro de la red Usted paga 0% - 20% de coseguro según el servicio cubierto por Medicare.	Dentro de la red Usted paga 20% de coseguro por cada servicio cubierto por Medicare.
Equipo médico duradero (Durable Medical Equipment, DME) y suministros relacionados - Equipos de oxígeno - Costo compartido	Dentro de la red Usted paga 0% - 20% de coseguro según el servicio cubierto por Medicare.	Dentro de la red Usted paga 20% de coseguro por cada servicio cubierto por Medicare.

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
Medicamentos de la Parte B de Medicare - medicamentos de insulina - Costo compartido	Fuera de la red Usted paga 50% de coseguro por cada servicio cubierto por Medicare.	Fuera de la red Usted paga \$35 de copago o 0% - 20% de coseguro según el servicio cubierto por Medicare.
Pruebas de diagnóstico, servicios terapéuticos y suministros para pacientes externos - Suministros médicos - Costo compartido	Dentro de la red Usted paga 0% - 20% de coseguro según el servicio cubierto por Medicare.	Dentro de la red Usted paga 20% de coseguro por cada servicio cubierto por Medicare.
Servicios de médicos o profesionales, incluidas consultas en el consultorio del médico: otros profesionales de la salud - Costo compartido	Dentro de la red Usted paga \$25 de copago por cada servicio cubierto por Medicare.	Dentro de la red Usted paga \$0 - \$25 de copago según el servicio cubierto por Medicare.
Servicios de urgencia - Costo compartido	Usted paga \$55 de copago por cada servicio cubierto por Medicare. El copago no se aplica si lo ingresan en un hospital dentro de 24 días.	Usted paga \$50 de copago por cada servicio cubierto por Medicare. El copago no se aplica si lo ingresan en un hospital dentro de 24 horas.
Atención de la vista - Anteojos o lentes de contacto de rutina adicionales - Actualizaciones - Costo compartido	Fuera de la red Usted paga 0% - 50% de coseguro según el servicio.	Fuera de la red Usted paga \$0 de copago.

SECCIÓN 2 Cómo cambiar de plan

Para seguir inscrito en ATRIO Freedom (PPO) no es necesario que haga nada. A menos que usted se inscriba en un plan diferente o cambie a Original Medicare para el 7 de diciembre, se lo inscribirá automáticamente en nuestro ATRIO Freedom (PPO).

Si quiere cambiar de planes para 2026, siga estos pasos:

- **Para cambiar a un plan de salud de Medicare diferente,** inscríbase en el nuevo plan. Se cancelará automáticamente su inscripción en ATRIO Freedom (PPO).
- **Para cambiar a Original Medicare con cobertura para medicamentos de Medicare,** inscríbase en un plan de medicamentos de Medicare nuevo. Se cancelará automáticamente su inscripción en ATRIO Freedom (PPO).
- **Para cambiar a Original Medicare sin un plan de medicamentos,** usted puede enviarnos una solicitud por escrito para cancelar su inscripción. Llame a Servicios para los miembros al 1-877-672-8620 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para obtener más información acerca de cómo hacer esto. O bien, llame a **Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) y solicite que se cancele su inscripción. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048. Si no se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare, podría pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D (consulte la Sección 1.1).
- **Para obtener más información sobre Original Medicare y los diferentes tipos de planes de Medicare,** visite www.Medicare.gov, consulte el manual *Medicare & You 2026* (Medicare y Usted 2026), llame a su Programa estatal de asistencia sobre seguro médico (State Health Insurance Assistance Program, SHIP), consulte la Sección 4 o llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Le recordamos que ATRIO Health Plans ofrece otros planes de salud de Medicare y planes de medicamentos con receta de Medicare. Estos otros planes pueden variar en cuanto a la cobertura, las primas mensuales y los montos de costos compartidos.

Sección 2.1 Plazos para cambiar de planes

Las personas que tienen Medicare pueden hacer cambios a su cobertura desde el **15 de octubre hasta el 7 de diciembre** de cada año.

Si usted está inscrito en un plan Medicare Advantage para el 1 de enero de 2026, y no le gusta su opción de plan, puede cambiarse a otro plan de salud de Medicare (con o sin cobertura para medicamentos de Medicare) o cambiarse a Original Medicare (con o sin cobertura para medicamentos de Medicare) entre el 1 de enero y el 31 de marzo de 2026.

Sección 2.2 ¿Puedo realizar un cambio en otro momento del año?

En ciertas situaciones, las personas podrían tener otras oportunidades para cambiar su cobertura durante el año. Algunos ejemplos son las personas que:

- Tienen Medicaid
- Obtienen Ayuda adicional para pagar sus medicamentos
- Tienen cobertura por parte de su empleador o están dejando de tenerla
- Se mudan fuera del área de servicio de nuestro plan

Si acaba de ingresar a una institución (como un centro de atención de enfermería especializada o un hospital de atención a largo plazo) o actualmente vive allí, puede cambiar su cobertura de Medicare **en cualquier momento**. Puede cambiar a cualquier otro plan de salud de Medicare (con o sin cobertura para medicamentos de Medicare) o cambiar a Original Medicare (con o sin cobertura para medicamentos de Medicare) en cualquier momento. Si recientemente salió de una institución, tiene la oportunidad de cambiar de plan o cambiar a Original Medicare durante 2 meses completos después del mes en que se muda.

SECCIÓN 3 Cómo recibir ayuda para pagar los medicamentos con receta

Es posible que reúna los requisitos para recibir ayuda para pagar los medicamentos con receta. Hay distintos tipos de ayuda:

- **Ayuda adicional de Medicare.** Es posible que las personas con ingresos limitados reúnan los requisitos para recibir Ayuda adicional para pagar los costos de los medicamentos con receta. Si reúne los requisitos, Medicare podría pagar hasta el 75% o más de los costos de sus medicamentos, incluso el plan mensual de medicamentos, los deducibles anuales y el coseguro. De igual manera, las personas que reúnen los requisitos no tendrán una multa por inscripción tardía. Para saber si reúne los requisitos, llame a las siguientes opciones:
 - Al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048, durante las 24 horas, los 7 días de la semana;
 - A la oficina del Seguro Social al 1-800-772-1213, de 8 a.m. a 7 p.m., de lunes a viernes para hablar con un representante. Los mensajes automáticos están disponibles las 24 horas. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-800-325-0778; o
 - A la oficina de Medicaid de su estado.

- **Asistencia con los costos compartidos para medicamentos con receta para personas con VIH/SIDA.** El Programa de Asistencia de Medicamentos para el Sida (AIDS Drug Assistance Program, ADAP) ayuda a garantizar que las personas elegibles para el ADAP que tienen VIH/SIDA tengan acceso a medicamentos para el VIH que salvan vidas. Para ser elegible para el ADAP que funciona en su estado, usted debe cumplir con ciertos criterios, incluso comprobante de residencia en el estado y estado del VIH, comprobante de bajos ingresos según lo establece el estado, y estado de no asegurado/con seguro insuficiente. Los medicamentos de la Parte D de Medicare que también están cubiertos por el ADAP califican para la ayuda con los costos compartidos para medicamentos con receta a través del Programa de asistencia de medicamentos para el SIDA (Oregon AIDS Drug Assistance Program (ADAP)). Para obtener información sobre los criterios de elegibilidad, los medicamentos cubiertos, cómo inscribirse en el programa o, si está inscrito actualmente, cómo seguir recibiendo ayuda, llame al 1-971-673-0144. Cuando llame, asegúrese de comunicarles el nombre de su plan de la Parte D de Medicare o el número de póliza.

SECCIÓN 4 ¿Preguntas?

Reciba ayuda de ATRIO Freedom (PPO)

- **Llame a Servicios para los miembros al 1-877-672-8620. (Los usuarios de TTY deben llamar al 711).**

Estamos a su disposición para llamadas telefónicas. Horario de atención: Todos los días de 8 a.m. a 8 p.m., hora local.

- **Lea su *Evidencia de Cobertura para 2026***

Este *Aviso anual de cambios* le ofrece un resumen de los cambios en sus beneficios y costos para 2026. Para obtener detalles, consulte la *Evidencia de Cobertura* de 2026 para ATRIO Freedom (PPO). La *Evidencia de Cobertura* es la descripción detallada legal de los beneficios de nuestro plan. Explica sus derechos y las normas que debe seguir para recibir sus servicios cubiertos y medicamentos con receta. Obtenga su *Evidencia de Cobertura* en nuestro sitio web en atriohp.com o llame a Servicios para los miembros al 1-877-672-8620 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para pedirnos que le enviemos una copia por correo.

- **Visite atriohp.com**

Nuestro sitio web cuenta con la información más actualizada acerca de nuestra red de proveedores (*Directorio de proveedores*).

Obtenga asesoramiento gratuito sobre Medicare

El Programa estatal de asistencia sobre seguro médico (State Health Insurance Assistance Program, SHIP) es un programa independiente del gobierno con asesores capacitados en todos los estados. En Oregon, el SHIP se denomina Oregon Senior Health Insurance Benefits Assistance (SHIBA).

Llame a Oregon Senior Health Insurance Benefits Assistance (SHIBA) para obtener asesoramiento gratuito y personalizado sobre seguro médico. Podrán ayudarlo a comprender las opciones de los planes de Medicare y responder preguntas sobre cómo cambiar de plan. Llame a Oregon Senior Health Insurance Benefits Assistance (SHIBA) al 1-800-722-4134. Conozca más de Oregon Senior Health Insurance Benefits Assistance (SHIBA) visitando <https://shiba.oregon.gov/Pages/index.aspx>.

Cómo recibir ayuda de Medicare

- **Llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)**

Puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048.

- **Chatee en vivo con www.Medicare.gov**

Puede chatear en vivo en www.Medicare.gov/talk-to-someone.

- **Escriba a Medicare**

Puede escribir a Medicare a Medicare PO Box 1270, Lawrence, KS 66044

- **Visite www.Medicare.gov**

El sitio oficial de Medicare tiene información acerca de los costos, la cobertura y las calificaciones de calidad por estrellas para ayudarlo a comparar los planes de salud de Medicare en su área.

- **Lea *Medicare & You 2026***

El manual *Medicare & You 2026* (*Medicare y Usted 2026*) se envía por correo cada otoño a las personas que tienen Medicare. Contiene un resumen de los beneficios, los derechos y las protecciones de Medicare, y las respuestas a las preguntas más frecuentes acerca de Medicare.

Obtenga una copia en www.Medicare.gov o llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048.

Aviso de disponibilidad de servicios de asistencia lingüística y recursos y servicios auxiliares

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 1-877-672-8620 or speak to your provider.

Spanish: ATENCIÓN: Si habla español, dispone de servicios gratuitos de asistencia lingüística. También dispone de recursos y servicios auxiliares gratuitos para proporcionar información en formatos accesibles. Llame al 1-877-672-8620 o hable con su proveedor.

Chinese Mandarin: 注意：如果您讲中文普通话，我们提供免费的语言协助服务。此外，我们还免费提供相应的辅助工具和服务，以无障碍格式提供信息。请致电 1-877-672-8620 或联系您的服务提供商。

Chinese Cantonese: 注意：如果您講粵語，我們可以為您提供免費的語言協助服務。還免費提供適當的輔助工具和服务，以可存取的格式提供資訊。請致電 1-877-672-8620 或與您的提供者聯絡。

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 1-877-672-8620 o makipag-usap sa iyang provider.

French: ATTENTION : Si vous parlez français, des services d'assistance linguistique gratuits sont à votre disposition. Des aides et services auxiliaires appropriés pour fournir de l'information dans des formats accessibles sont également offerts gratuitement. Composez le 1-877-672-8620 ou parlez-en à votre fournisseur.

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 1-877-672-8620 hoặc trao đổi với người cung cấp dịch vụ của bạn.

German: ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlose Sprachassistenten-Angebote zur Verfügung. Auch entsprechende Hilfsmittel und Angebote zur barrierefreien Informationsbereitstellung sind kostenlos verfügbar. Rufen Sie 1-877-672-8620 an oder wenden Sie sich an Ihren Anbieter.

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. 1-877-672-8620번으로 전화하거나 서비스 제공업체에 문의하십시오.

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 1-877-672-8620 или обратитесь к своему поставщику услуг.

: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 1-877-672-8620 أو تحدث إلى مقدم الخدمة".

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। 1-877-672-8620 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 strumenti e servizi ausiliari adeguati per fornire informazioni in formati accessibili. Chiama il numero 1-877-672-8620 o rivolgiti al tuo fornitore.

Portuguese: ATENÇÃO: Se fala português, estão disponíveis para si serviços gratuitos de assistência linguística. Os recursos auxiliares e os serviços adequados para fornecer informações em formatos acessíveis também estão disponíveis gratuitamente. Ligue para 1-877-672-8620 ou fale com o seu fornecedor.

French Creole: ATANSYON: Si ou pale Kreyòl, sèvis asistans lang gratis la disponib pou ou. Zouti ak sèvis yo ki bay enfòmasyon nan fòma aksesib yo disponib gratis tou. Rele 1-877-672-8620 oswa pale ak founisè ou.

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 1-877-672-8620 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。1-877-672-8620 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。