

< Date >

<Member name>

<Member address>

Estimado(a) <Member name>:

¡Gracias por ser un miembro valioso del plan Medicaid Advantage Plus, MetroPlus UltraCare (HMO D-SNP). Le escribimos para informarle sobre un cambio importante en el proceso de apelaciones en vigencia a partir del 1 de enero de 2026.

A partir del 1 de enero de 2026, cambiará la manera en que solicita su apelación de nivel 2. Puede encontrar más información sobre este cambio en la sección 2 del *Aviso de cambio anual para 2026* adjunto.

Si tiene preguntas sobre este cambio, llame a Servicios al Miembro al 866.986.0356. (Los usuarios de TTY deben llamar al 711).

Estamos disponibles para recibir llamadas telefónicas de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. y los sábados, de 9 a. m. a 5 p. m. Servicio de respuesta fuera del horario de atención: 800.442.2560. Las llamadas a estos números son gratuitas.

¡Gracias, nuevamente, por ser miembro de MetroPlusHealth!

Atentamente.



Dra. Talya Schwartz
Presidenta y directora general
MetroPlusHealth

Hay otros documentos disponibles para ayudarle a entender su cobertura, entre ellos:

- La *Evidencia de cobertura* (EOC, por sus siglas en inglés) que explica sus beneficios y cómo recibir atención médica y cobertura de medicamentos recetados.
- Los *Directorios de proveedores/farmacias*, que incluyen todos los médicos de atención primaria, especialistas, hospitales y otros proveedores de nuestra red. Siempre debe corroborar que un proveedor se encuentre en nuestra red antes de recibir atención.
- El *Formulario*, que incluye todos los medicamentos que cubre nuestro plan.

Puede ver e imprimir fácilmente las versiones más recientes de estos documentos en nuestro sitio web en metroplusmedicare.org. Estos documentos estarán disponibles en nuestro sitio web el 15 de octubre de 2025. Para solicitar que le enviemos una copia impresa por correo, llámenos al 866.986.0356 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. y los sábados, de 9 a. m. a 5 p. m. Servicio de respuesta fuera del horario de atención: 800.442.2560.

MetroPlus UltraCare (HMO D-SNP) ofrecido por MetroPlusHealth Plan, Inc.

Aviso de cambio anual para 2026

Usted está inscrito como miembro de MetroPlus UltraCare (HMO D-SNP).

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

- **Del 15 de octubre al 7 de diciembre, usted puede hacer cambios a su cobertura de Medicare para el año próximo.** Si no se inscribe en otro plan a más tardar el 7 de diciembre de 2025, permanecerá en MetroPlus UltraCare (HMO D-SNP).
- Para cambiar a un **plan diferente**, visite [Medicare.gov](https://www.Medicare.gov), o revise la lista que se encuentra al reverso de su manual *Medicare y Usted 2026*.
- Tenga en cuenta que esto es solo un resumen de los cambios. Hay más información sobre costos, beneficios y reglas en la *Evidencia de cobertura*. Obtenga una copia en metroplusmedicare.org o llame a Servicios al Miembro al 866.986.0356 (TTY: 711) de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m., y sábados, de 9 a. m. a 5 p. m. Para obtener una copia por correo, llame a nuestro servicio de respuesta fuera del horario de atención al 800.442.2560. Las llamadas a estos números son gratuitas.

Más recursos

- Este documento está disponible en español y chino en forma gratuita.
- Llame a Servicios al Miembro al 866.986.0356 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m., y sábados, de 9 a. m. a 5 p. m. Servicio de respuesta fuera del horario de atención: 800.442.2560. Esta llamada es gratuita.
- ATTENTION: Language assistance services and other aids, free of charge, are available to you. Call 800.303.9626 (TTY: 711). ATENCIÓN: Dispone de servicios de asistencia lingüística y otras ayudas, gratis. Llame al 800.303.9626 (TTY: 711). 请注意：您可以免费获得语言协助服务和其他辅助服务。请致电 800.303.9626 (TTY: 711).
- ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 866.986.0356 (TTY: 711). 注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 866.986.0356 (TTY: 711).
- MetroPlusHealth Plan, Inc. no está afiliado, respaldado ni relacionado de otro modo con el gobierno federal, CMS, HHS y/o Medicare. MetroPlusHealth Plan, Inc. cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, país de origen, edad, discapacidad o sexo.

- Si lo solicita, también podemos brindarle la información en braille, en letra grande, o en otros formatos alternativos.
- MetroPlusHealth Plan, Inc. proporciona ayuda y servicios gratuitos a personas con discapacidades para ayudarles a comunicarse con nosotros, como intérpretes de lenguaje de señas calificados e información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos). Si necesita estos servicios, llame a MetroPlusHealth Plan al 866.986.0356. Para los servicios de TTY/TDD, llame al 711.
- También proveemos servicios lingüísticos gratuitos a las personas cuyo idioma materno no es el inglés, tales como intérpretes calificados e información escrita en otros idiomas. Llame a New York Medicaid Choice al 800.505.5678 si necesita servicios de un intérprete o información del programa en braille o en un CD. Usuarios de TTY: 888.329.1541. Hay asesores disponibles para explicar o responder preguntas sobre la inscripción.

Acerca de MetroPlus UltraCare (HMO D-SNP)

- MetroPlusHealth Plan, Inc. ofrece planes HMO y HMO D-SNP con contratos de Medicare y el programa Medicaid del Estado de Nueva York. La inscripción en MetroPlusHealth Plan, Inc. depende de la renovación del contrato.
- Cuando este material dice “nosotros,” “nos,” o “nuestro”, se refiere a MetroPlusHealth Plan, Inc. Cuando dice “plan” o “nuestro plan”, significa MetroPlus UltraCare (HMO D-SNP).
- **Si no realiza ninguna acción a más tardar el 7 de diciembre de 2025, se lo inscribirá automáticamente en MetroPlus UltraCare (HMO D-SNP).** A partir del 1 de enero de 2026, recibirá su cobertura médica y de medicamentos a través de MetroPlus UltraCare (HMO D-SNP). Consulte la sección 3 para obtener más información sobre cómo cambiar de plan y sobre los plazos para hacer un cambio.

Tabla de contenidos

Resumen de costos importantes para	4
SECCIÓN 1 Cambios en los costos y beneficios para el próximo año.....	6
Sección 1.1 Cambios en la prima mensual del plan.....	6
Sección 1.2 Cambios en su monto máximo de desembolso	6
Sección 1.3 Cambios en la red de proveedores.....	7
Sección 1.4 Cambios en la red de farmacias	8
Sección 1.5 Cambios en los beneficios y costos de servicios médicos.....	9
Sección 1.6 Cambios en la cobertura de medicamentos de la Parte D.....	10
Sección 1.7 Cambios en los beneficios y costos de los medicamentos recetados.....	11
SECCIÓN 2 Cambios administrativos.....	14
SECCIÓN 3 Cómo cambiar de plan.....	16
Sección 3.1 Plazos para cambiarse de plan	16
Sección 3.2 ¿Se puede cambiar de plan en otros momentos del año?	16
SECCIÓN 4 Reciba ayuda para pagar los medicamentos recetados.....	17
SECCIÓN 5 ¿Preguntas?	19
Obtenga ayuda de MetroPlus UltraCare (HMO D-SNP)	19
Reciba asesoría gratuita sobre Medicare	19
Obtenga ayuda de Medicare	19
Obtenga ayuda de Medicaid.....	20

Resumen de costos importantes para 2026

	2025 (este año)	2026 (el próximo año)
Prima mensual del plan* *Su prima puede ser superior o inferior a este monto. Vaya a la sección 1 para más detalles.	Dependiendo de su nivel de "Ayuda Adicional": \$0 o hasta \$72.30	Dependiendo de su nivel de "Ayuda Adicional": \$0 o hasta \$58.80
Monto máximo de desembolso Este es el monto <u>máximo</u> que pagará de su bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B. (Consulte la sección 1 para más detalles).	\$9,350 Usted no es responsable de pagar ningún costo de desembolso para el monto máximo de desembolso por servicios de la Parte A y la Parte B cubiertos.	\$9,250 Usted no es responsable de pagar ningún costo de desembolso para el monto máximo de desembolso por servicios de la Parte A y la Parte B cubiertos.
Visitas al consultorio del médico de atención primaria	\$0 por visita	\$0 por visita
Consultas con el especialista	\$0 por visita	\$0 por visita
Hospitalizaciones Incluye cuidados agudos de pacientes hospitalizados, rehabilitación de pacientes hospitalizados, hospitales de atención a largo plazo y otros tipos de servicios hospitalarios para pacientes hospitalizados. La atención hospitalaria para pacientes hospitalizados comienza el día en que es formalmente ingresado en el	Copago de \$0 por días ilimitados para pacientes hospitalizados según sea médicamente necesario	Copago de \$0 por días ilimitados para pacientes hospitalizados según sea médicamente necesario

	2025 (este año)	2026 (el próximo año)
hospital con una orden del médico. El día anterior a que le den el alta es su último día como paciente hospitalizado.		
Deducible de la cobertura de medicamentos de la Parte D (Consulte la sección 1 para más detalles).	\$590, excepto para los productos de insulina cubiertos y la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos Dependiendo de su nivel de "Ayuda Adicional", puede pagar \$0 durante esta etapa.	\$615, excepto para los productos de insulina cubiertos y la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos Dependiendo de su nivel de "Ayuda Adicional", puede pagar \$0 durante esta etapa.
Cobertura de medicamentos de la Parte D (Consulte la sección 1 para más detalles, incluido Deducible Anual, Cobertura Inicial y Etapas de Cobertura Catastrófica).	Copago/Coaseguro según corresponda durante la Etapas de Cobertura Inicial: <u>Medicamentos genéricos</u> <u>(incluidos medicamentos de</u> <u>marca considerados</u> <u>genéricos):</u> Copago de \$0 o Copago de \$1.60 o Copago de \$4.90 o Coaseguro del 25 % Usted paga un máximo de \$35 por un suministro de un mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel. <u>Todos los demás</u> <u>medicamentos:</u> Copago de \$0 o Copago de \$4.80 o Copago de \$12.15 o Coaseguro del 25 %	Copago/Coaseguro según corresponda durante la Etapas de Cobertura Inicial: Dependiendo de su nivel de "Ayuda Adicional": <u>Medicamentos genéricos</u> <u>(incluidos medicamentos</u> <u>de marca considerados</u> <u>genéricos):</u> Copago de \$0 o Copago de \$1.60 o Copago de \$5.10 o Coaseguro del 25 % (si no tiene Ayuda Adicional) Usted paga un máximo de \$35 por un suministro de un mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel. <u>Todos los demás</u> <u>medicamentos:</u>

	2025 (este año)	2026 (el próximo año)
	<p>Etapa de Cobertura Catastrófica:</p> <p>Durante esta etapa de pago, usted no paga nada por sus medicamentos cubiertos de la Parte D.</p>	<p>Copago de \$0 o Copago de \$4.90 o Copago de \$12.65 o Coaseguro del 25 % (si no tiene Ayuda Adicional)</p> <p>Etapa de Cobertura Catastrófica:</p> <p>Durante esta etapa de pago, usted no paga nada por sus medicamentos cubiertos de la Parte D.</p>

SECCIÓN 1 Cambios en los costos y beneficios para el próximo año

Sección 1.1 – Cambios en la prima mensual del plan

	2025 (este año)	2026 (el próximo año)
<p>Prima mensual del plan</p> <p>(Usted también debe seguir pagando su prima de la Parte B de Medicare, a menos que se la pague Medicaid).</p>	<p>Dependiendo de su nivel de "Ayuda Adicional":</p> <p>\$0 o hasta \$72.30</p>	<p>Dependiendo de su nivel de "Ayuda Adicional":</p> <p>\$0 o hasta \$58.80</p>

Sección 1.2 – Cambios en su monto máximo de desembolso

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

	2025 (este año)	2026 (el próximo año)
<p>Monto máximo de desembolso</p> <p>Puesto que nuestros miembros también reciben ayuda de Medicaid, muy pocos de ellos alcanzan este máximo de desembolso.</p> <p>Usted no es responsable de pagar ningún costo de desembolso para el monto máximo de desembolso por servicios de la Parte A y la Parte B cubiertos.</p> <p>Sus costos por servicios médicos cubiertos (tales como copagos y deducibles) se contabilizan para su monto máximo de desembolso. Nuestra prima del plan y sus costos por medicamentos recetados <u>no</u> se contabilizan como parte de su monto máximo de desembolso.</p>	\$9,350	<p>\$9,250</p> <p>Una vez que haya pagado \$9,250 de desembolso por servicios cubiertos de la Parte A y de la Parte B, no pagará nada por los servicios cubiertos de la Parte A y de la Parte B durante el resto del año calendario.</p>

Sección 1.3 – Cambios en la red de proveedores

Nuestra red de proveedores ha cambiado para el año próximo. Consulte el *Directorio de proveedores* 2026 en metroplusmedicare.org para ver si sus proveedores (proveedor de atención primaria, especialistas, hospitales, etc.) se encuentran en nuestra red. Cómo obtener el *Directorio de proveedores* actualizado:

- Visite nuestro sitio web en metroplusmedicare.org
- Llame a Servicios al Miembro al 866.986.0356 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m., y sábados, de 9 a. m. a 5 p. m. (servicio de respuesta fuera del horario de atención: 800.442.2560), para obtener la información actualizada de proveedores o para pedirnos que le enviemos por correo el *Directorio de proveedores*.

Podemos hacer cambios en los hospitales, médicos y especialistas (proveedores) que forman parte de nuestro plan durante el año. Si un cambio a mitad de año en nuestros proveedores le afecta, llame a Servicios al Miembro al 866.986.0356 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m., y sábados, de 9 a. m. a 5 p. m. (servicio de respuesta fuera del horario de atención: 800.442.2560). Para obtener más información sobre sus derechos cuando un proveedor de la red abandona nuestro plan, consulte el capítulo 3, sección 2.3 de su *Evidencia de cobertura*.

Sección 1.4 – Cambios en la red de farmacias

Los montos que paga por sus medicamentos recetados pueden depender de qué farmacia utiliza. Los planes de medicamentos de Medicare cuentan con una red de farmacias. En la mayoría de los casos, sus recetas están cubiertas *solo* si son surtidas en una de nuestras farmacias de la red.

Nuestra red de farmacias ha cambiado para el año próximo. Consulte el *Directorio de farmacias* 2026 en metroplusmedicare.org para ver qué farmacias se encuentran en nuestra red. Cómo obtener el *Directorio de farmacias* actualizado:

- Visite nuestro sitio web en metroplusmedicare.org.
- Llame a Servicios al Miembro al 866.986.0356 (TTY: 711) de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m., y sábados, de 9 a. m. a 5 p. m. (servicio de respuesta fuera del horario de atención: 800.442.2560) para obtener la información actualizada de farmacias o para pedirnos que le enviemos por correo el *Directorio de farmacias*.

Podemos hacer cambios en las farmacias que forman parte de nuestro plan durante el año. Si un cambio a mitad de año en nuestras farmacias le afecta, llame a Servicios al Miembro al 866.986.0356 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m., y sábados, de 9 a. m. a 5 p. m. (Servicio de respuesta fuera del horario de atención: 800.442.2560).

Sección 1.5 - Cambios en los beneficios y costos de servicios médicos

El *Aviso de cambio anual* le informa los cambios en sus beneficios y costos de Medicare y Medicaid.

	2025 (este año)	2026 (el próximo año)
Tarjeta Flex	<p>Usted paga un copago de \$0.</p> <p>Los miembros recibirán un beneficio de una tarjeta flex de \$475 por trimestre (no transferible al trimestre siguiente) que se puede usar para pagar artículos de venta libre (OTC, por sus siglas en inglés), comestibles, servicios públicos (agua, gas, electricidad, servicios de internet), el Sistema de Respuesta ante Emergencias Personales (PERS, por sus siglas en inglés) y dispositivos de seguridad para el baño.</p> <p>Este beneficio será parte del paquete de Beneficios Complementarios Combinados. Los saldos no utilizados de la tarjeta flex vencerán al finalizar cada trimestre.</p>	<p>Usted paga un copago de \$0.</p> <p>Los miembros recibirán un beneficio de una tarjeta flex de \$500 por trimestre (no transferible al trimestre siguiente) que se puede usar para pagar artículos de venta libre (OTC), comestibles, servicios públicos (agua, gas, electricidad, servicios de internet), el Sistema de Respuesta ante Emergencias Personales (PERS), dispositivos de seguridad para el baño, suministros para mascotas y visitas al quiropráctico.</p> <p>Este beneficio será parte del paquete de Beneficios Complementarios Combinados. Los saldos no utilizados de la tarjeta flex vencerán al finalizar cada trimestre.</p>

	2025 (este año)	2026 (el próximo año)
Visión (anteojos)	Usted paga un copago de \$0. Anteojos hasta \$450 por año	Usted paga un copago de \$0. Anteojos hasta \$500 por año
Visitas de podología de rutina	Usted paga un copago de \$0. 8 visitas al año	Usted paga un copago de \$0. 12 visitas al año
Transporte en casos que no son de emergencia	Usted paga un copago de \$0. 48 viajes de ida por año	Usted paga un copago de \$0. Viajes ilimitados por año

Sección 1.6 – Cambios en la cobertura de medicamentos de la Parte D

Cambios en nuestra Lista de medicamentos

Nuestra lista de medicamentos cubiertos se denomina formulario o Lista de medicamentos. Una copia de nuestra Lista de medicamentos se provee electrónicamente.

Hicimos cambios a nuestra Lista de medicamentos, que incluyen remover o agregar medicamentos, cambiar las restricciones que se aplican a nuestra cobertura de ciertos medicamentos o moverlos a un nivel diferente de costos compartidos. **Revise la Lista de medicamentos para asegurarse de que sus medicamentos tendrán cobertura el próximo año y para saber si habrá restricciones o si su medicamento ha sido movido a un nivel de costo compartido diferente.**

La mayoría de los cambios en la Lista de medicamentos son nuevos al comienzo de cada año. Sin embargo, podríamos realizar otros cambios permitidos por las reglas de Medicare que le afectarán durante el año calendario. Actualizamos nuestra Lista de medicamentos en línea al menos una vez al mes para proporcionar la versión más actualizada. Si realizamos un cambio que afectará su acceso a un medicamento que está tomando, le enviaremos una notificación sobre el cambio.

Si se ve afectado por un cambio en la cobertura de medicamentos al comienzo del año o durante el año, consulte el capítulo 9 de su *Evidencia de cobertura* y hable con el profesional que realizó la receta para conocer sus opciones, tal como solicitar un suministro temporal, solicitar una

excepción o encontrar un nuevo medicamento. Llame a Servicios al Miembro para más información al 866.986.0356 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m., y sábados, de 9 a. m. a 5 p. m. (Servicio de respuesta fuera del horario de atención: 800.442.2560).

Sección 1.7 – Cambios en los beneficios y costos de los medicamentos recetados

¿Recibe Ayuda Adicional para pagar los costos de cobertura de sus medicamentos?

Si está en un programa que le ayuda a pagar sus medicamentos (Ayuda Adicional), **es posible que la información sobre los costos de medicamentos de la Parte D no se aplique a usted.** Le enviamos un material separado, llamado *Anexo de la Evidencia de cobertura para personas que reciben Ayuda Adicional para pagar sus medicamentos recetados*, que le informa sobre los costos de los medicamentos. Si tiene Ayuda Adicional y no recibe este material a más tardar el **30 de septiembre de 2025**, llame a Servicios al Miembro al 866.986.0356 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m., y sábados, de 9 a. m. a 5 p. m. (servicio de respuesta fuera del horario de atención: 800.442.2560) y solicite el *Anexo LIS*.

Etapas de pago de medicamentos

Hay tres **etapas de pago de medicamentos**: la Etapa de Deducible Anual, la Etapa de Cobertura Inicial y la Etapa de Cobertura Catastrófica. La Etapa de Brecha en la Cobertura y el Programa de Descuento de Brecha en la Cobertura ya no existen en el beneficio de la Parte D.

- ***Etapa 1: Deducible Annual***

Usted comienza en esta etapa de pago cada año calendario. Durante esta etapa, usted paga el costo total de sus medicamentos de la Parte D hasta alcanzar el deducible anual. Dependiendo de su nivel de “Ayuda Adicional”, puede pagar \$0 durante esta etapa.

- ***Etapa 2: Cobertura Inicial***

Una vez que paga el deducible anual, pasa a la Etapa de Cobertura Inicial. En esta etapa, nuestro plan paga su parte del costo de sus medicamentos y usted paga su parte del costo. Usted generalmente permanece en esta etapa hasta que los costos de desembolso personal del año hasta la fecha (costos de medicamentos) alcancen \$2,100.

- ***Etapa 3: Cobertura Catastrófica***

Es la tercera y última etapa de pago de medicamentos. En esta etapa, usted no paga nada por sus medicamentos cubiertos de la Parte D. Usted generalmente permanece en esta etapa durante el resto del año calendario.

Nota: El Programa de Descuento de Brecha en la Cobertura ha sido reemplazado por el Programa de Descuento del Fabricante. Según el Programa de Descuento del Fabricante, los fabricantes de medicamentos pagan una parte del costo total de nuestro plan por los medicamentos de marca y productos biológicos cubiertos por la Parte D durante la Etapa de Cobertura Inicial y la Etapa de Cobertura Catastrófica. Los descuentos pagados por los fabricantes bajo el Programa de Descuento del Fabricante no cuentan para los costos de desembolso.

La siguiente tabla muestra su costo por receta durante la Etapa de Deducible Anual.

	2025 (este año)	2026 (el próximo año)
Deducible Annual	\$590	\$615
	Dependiendo de su nivel de “Ayuda Adicional”, puede pagar los siguientes montos de costos compartidos.	Dependiendo de su nivel de “Ayuda Adicional”, puede pagar los siguientes montos de costos compartidos.

Costos de medicamentos en la Etapa 2: Cobertura Inicial

La siguiente tabla muestra su costo por receta por un suministro de un mes en una farmacia de la red con costo compartido estándar.

	2025 (este año)	2026 (el próximo año)
	<p>Dependiendo de su nivel de “Ayuda Adicional”, su costo por un suministro para un mes en una farmacia de la red con costos compartidos estándar:</p> <p>Medicamentos genéricos (incluidos medicamentos de marca considerados genéricos): Usted paga un</p> <ul style="list-style-type: none"> • Copago de \$0 o • Copago de \$1.60 o • Copago de \$4.90 <p>Todos los demás medicamentos: Usted paga un</p> <ul style="list-style-type: none"> • Copago de \$0 o • Copago de \$4.80 o • Copago de \$12.15 <p>Una vez que haya pagado \$2,000 de su bolsillo por los medicamentos de la Parte D, pasará a la siguiente etapa (la Etapa de Cobertura Catastrófica).</p>	<p>Dependiendo de su nivel de “Ayuda Adicional”, su costo por un suministro para un mes en una farmacia de la red con costos compartidos estándar:</p> <p>Medicamentos genéricos (incluidos medicamentos de marca considerados genéricos): Usted paga un</p> <ul style="list-style-type: none"> • Copago de \$0 o • Copago de \$1.60 o • Copago de \$5.10 • Coaseguro del 25 % (si no tiene Ayuda Adicional) <p>Todos los demás medicamentos: Usted paga un</p> <ul style="list-style-type: none"> • Copago de \$0 o • Copago de \$4.90 o • Copago de \$12.65 • Coaseguro del 25 % (si no tiene Ayuda Adicional) <p>Una vez que haya pagado \$2,100 de su bolsillo por los medicamentos de la Parte D, pasará a la siguiente etapa (la Etapa de Cobertura Catastrófica).</p>

La mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos están cubiertas sin costo para usted. Para obtener más información sobre los costos de las vacunas, o sobre los costos de un suministro a largo plazo o sobre los medicamentos recetados pedidos por correo, consulte el capítulo 6 de su *Evidencia de cobertura*.

Una vez que haya pagado \$2,100 de desembolso personal por medicamentos de la Parte D cubiertos, pasará a la siguiente etapa (Etapa de Cobertura Catastrófica).

Cambios en la Etapa de Cobertura Catastrófica

Para obtener información específica sobre sus costos en la Etapa de Cobertura Catastrófica, consulte la sección 6 del capítulo 6 en su *Evidencia de cobertura*.

SECCIÓN 2 Cambios administrativos

	2025 (este año)	2026 (el próximo año)
Plan de Pago de Medicamentos Recetados de Medicare	<p>El Plan de Pago de Medicamentos Recetados de Medicare es una opción de pago que comenzó este año y le ayuda a administrar los costos de desembolso personal de los medicamentos que cubre nuestro plan, distribuyéndolos a lo largo del año calendario (de enero a diciembre). Es posible que esté participando en esta opción de pago.</p>	<p>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.</p> <p>Para obtener más información sobre esta opción de pago, llámenos al 866.986.0356 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m., y sábados, de 9 a. m. a 5 p. m. (servicio de respuesta fuera del horario de atención: 800.442.2560), o visite Medicare.gov.</p>

	2025 (este año)	2026 (el próximo año)
Proceso de apelaciones y quejas de nivel II		<p>Cambio de procedimientos integrados de apelaciones y quejas en el año calendario (CY, por sus siglas en inglés) 2025 a procedimientos unificados de apelaciones y quejas en el CY 2026. A partir del 1 de enero de 2026, los planes MAP seguirán vías divididas del proceso de apelaciones y quejas de Nivel II para Medicare y Medicaid.</p> <p>Para obtener más detalles sobre este cambio, consulte el capítulo 9 de la <i>Evidencia de cobertura del CY 2026</i> del plan MetroPlus UltraCare (HMO D-SNP), que puede encontrar en nuestro sitio web, metroplusmedicare.org.</p> <p>También puede llamar a Servicios al Miembro al 866.986.0356 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m., y sábados, de 9 a. m. a 5 p. m. (servicio de respuesta fuera del horario de atención: 800.442.2560), o visite Medicare.gov.</p>

SECCIÓN 3 Cómo cambiar de plan

Para permanecer en MetroPlus UltraCare (HMO D-SNP), usted no necesita hacer nada. A menos que se inscriba en otro plan o se cambie a Original Medicare antes del 7 de diciembre, será inscrito automáticamente en nuestro plan MetroPlus UltraCare (HMO D-SNP).

Si desea cambiar de plan en 2026, siga los siguientes pasos:

- **Para cambiarse a otro plan de salud de Medicare,** inscríbese en el nuevo plan. Será desafiliado automáticamente de MetroPlus UltraCare (HMO D-SNP).
- **Para cambiarse a Original Medicare con cobertura de medicamentos de Medicare,** inscríbese en el nuevo plan de medicamentos de Medicare. Será desafiliado automáticamente de MetroPlus UltraCare (HMO D-SNP).
- **Para cambiarse a Original Medicare sin un plan de medicamentos,** puede enviarnos una solicitud escrita de desafiliación. Para más información sobre cómo hacerlo, llame a Servicios al Miembro al 866.986.0356 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m., y sábados, de 9 a. m. a 5 p. m. (Servicio de respuesta fuera del horario de atención: 800.442.2560). O puede llamar a **Medicare** al 1-800-MEDICARE (800.633.4227) y solicitar la desafiliación. Los usuarios de TTY pueden llamar al 877.486.2048. Si no se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare, es posible que pague una multa por inscripción tardía de la Parte D (consulte la sección 3).
- **Para obtener más información sobre Original Medicare y los diferentes tipos de planes de Medicare,** visite [Medicare.gov](https://www.medicare.gov); lea el manual *Medicare y Usted 2026*; llame al Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros Médicos (consulte la sección 6); o llame al 1-800-MEDICARE (800.633.4227). Le recordamos que MetroPlusHealth Plan, Inc. ofrece otros planes de salud de Medicare. Estos otros planes pueden diferir en la cobertura, las primas mensuales del plan y los montos de costo compartido.

Sección 3.1 – Plazos para cambiarse de plan

Las personas con Medicare pueden realizar cambios en su cobertura del **15 de octubre al 7 de diciembre** de cada año.

Si se afilió en un plan Medicare Advantage para el 1 de enero de 2026 y no está conforme con el plan que eligió, se puede cambiar a otro plan de salud de Medicare (con o sin cobertura de medicamentos de Medicare) o bien puede cambiarse a Original Medicare (con o sin cobertura de medicamentos de Medicare independiente) entre el 1 de enero y el 31 de marzo de 2026.

Sección 3.2 – ¿Se puede cambiar de plan en otros momentos del año?

En ciertas situaciones, las personas pueden tener otras oportunidades de cambiar su cobertura durante el año. Entre los ejemplos, se incluye la persona que:

- Tiene Medicaid
- Recibe Ayuda Adicional para pagar sus medicamentos
- Tiene o está dejando la cobertura del empleador
- Se muda fuera del área de servicio de nuestro plan

Como usted tiene Medicaid, puede finalizar su membresía en nuestro plan eligiendo una de las siguientes opciones de Medicare en cualquier mes del año:

- Original Medicare *con* un plan independiente de medicamentos recetados de Medicare,
- Original Medicare *sin* un plan independiente de medicamentos recetados de Medicare (si elige esta opción, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que haya optado por no participar en la inscripción automática), o
- De ser elegible, un D-SNP integrado que provea los beneficios y servicios de Medicare y la mayoría o todos los beneficios y servicios de Medicaid en un plan.

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

SECCIÓN 4 **Reciba ayuda para pagar los medicamentos recetados**

Es posible que usted califique para recibir ayuda para pagar los medicamentos recetados. Hay disponibles distintas clases de ayuda:

- **Ayuda Adicional de Medicare.** Las personas con ingresos limitados pueden calificar para recibir Ayuda Adicional para cubrir los costos de sus medicamentos recetados. Si usted califica, Medicare podría pagar hasta el 75 % o más de los costos de sus medicamentos, inclusive las primas mensuales del plan de medicamentos, deducibles anuales y coaseguros. Además, las personas que cumplan los requisitos no tendrán una multa por inscripción tardía. Para ver si cumple los requisitos, llame a:
 - 1-800-MEDICARE (800.633.4227). Los usuarios de TTY pueden llamar al 877.486.2048, 24 horas al día, 7 días a la semana.
 - El Seguro Social al 800.772.1213 de lunes a viernes, de 8 a. m. a 7 p. m. para hablar con un representante. Los mensajes automatizados están disponibles las 24 horas del día. Los usuarios de TTY pueden llamar al 800.325.0778.
 - La oficina de Medicaid de su estado.

- **Ayuda del programa de asistencia farmacéutica de su estado (SPAP).** Nueva York cuenta con un programa llamado Cobertura de Seguro Farmacéutico para Personas Mayores (EPIC, por sus siglas en inglés) que ayuda a las personas a pagar sus medicamentos recetados según su necesidad financiera, su edad o su afección médica. Para obtener más información sobre este programa, consulte su Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros Médicos (SHIP, por sus siglas en inglés). Para averiguar el número de teléfono de su estado, visite shiphelp.org o llame al 1-800-MEDICARE.
- **Asistencia de costos compartidos para medicamentos recetados para personas con VIH/sida.** El Programa de Asistencia para Medicamentos para el SIDA (ADAP, por sus siglas en inglés) ayuda a garantizar que personas elegibles para ADAP con VIH/sida tengan acceso a los medicamentos para el VIH que les permiten seguir viviendo. Para ser elegible para el ADAP que se ofrece en su estado, debe cumplir con ciertos criterios, incluyendo una constancia de residencia en dicho estado y la condición del VIH, constancia de bajos ingresos según lo establecido por el estado y estar en situación de no asegurado o infraasegurado. Los medicamentos de la Parte D de Medicare que también están cubiertos por ADAP califican para la ayuda con los costos compartidos de medicamentos recetados a través del Programa de Atención a Personas con VIH sin Seguro Médico. Para obtener más información sobre criterios de elegibilidad, medicamentos cubiertos, cómo inscribirse en el programa o, si actualmente está inscrito, cómo seguir recibiendo ayuda, llame al 800.542.2437, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 5 p. m. Al llamar, asegúrese de informarles el número de póliza o el nombre de su plan de la Parte D de Medicare.
- **El Plan de Pago de Medicamentos Recetados de Medicare.** El Plan de Pago de Medicamentos Recetados de Medicare es una opción de pago que funciona con su cobertura de medicamentos actual para ayudarle a administrar los costos de desembolso personal de los medicamentos que cubre nuestro plan, distribuyéndolos a lo largo del año calendario (de enero a diciembre). Toda persona con un plan de medicamentos de Medicare o un plan de salud de Medicare con cobertura de medicamentos (como un plan Medicare Advantage con cobertura de medicamentos) puede usar esta opción de pago. **Esta opción de pago puede ayudarle a administrar sus gastos, pero no le ahorrará dinero ni reducirá sus costos en medicamentos.**

La Ayuda Adicional de Medicare y la ayuda del programa de asistencia farmacéutica de su estado (SPAP, por sus siglas en inglés) y ADAP, para aquellos que califican, es más ventajosa que la participación en el Plan de Pago de Medicamentos Recetados de Medicare. Todos los miembros son elegibles para participar en el Plan de Pago de Medicamentos Recetados de Medicare, independientemente del nivel de ingresos. Para obtener más información sobre esta opción de pago, llámenos al 866.986.0356 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m., y sábados, de 9 a. m. a 5 p. m. (servicio de respuesta fuera del horario de atención: 800.442.2560), o visite Medicare.gov.

SECCIÓN 5 ¿Preguntas?

Obtenga ayuda de MetroPlus UltraCare (HMO D-SNP)

- Llame a Servicios al Miembro al 866.986.0356 (servicio de respuesta fuera del horario normal de atención: 800.442.2560). Los usuarios de TTY pueden llamar al 711. Estamos disponibles para llamadas de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m., y sábados, de 9 a. m. a 5 p. m. Las llamadas a estos números son gratuitas.

- **Lea su *Evidencia de cobertura 2026***

Este *Aviso de cambio anual* le ofrece un resumen sobre los cambios en sus beneficios y costos para 2026. Para obtener más información, consulte la *Evidencia de cobertura 2026* de MetroPlus UltraCare (HMO D-SNP). La *Evidencia de cobertura* es la descripción legal y detallada de nuestros beneficios del plan. Le explica sus derechos y las reglas que debe seguir para obtener sus servicios cubiertos y sus medicamentos recetados. Obtenga la *Evidencia de cobertura* en nuestro sitio web en metroplusmedicare.org, o llame a Servicios al Miembro al 866.986.0356 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para solicitar que le enviemos por correo una copia.. También puede consultar la *Evidencia de cobertura* para ver si otros beneficios o cambios de costos le afectan.

- **Visite metroplusmedicare.org**

Nuestro sitio web tiene la información más actualizada sobre nuestra red de proveedores (*Directorio de proveedores y farmacias*) y nuestra *Lista de medicamentos cubiertos* (*formulario/Lista de medicamentos*).

Reciba asesoría gratuita sobre Medicare

El Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros Médicos (SHIP) es un programa independiente del gobierno con asesores capacitados en todos los estados. En Nueva York, al SHIP se le llama Programa de Información, Asesoramiento y Ayuda sobre Seguros de Salud (HIICAP, por sus siglas en inglés).

Llame al HIICAP para recibir asesoría gratuita personalizada sobre el seguro médico. Pueden ayudarlo a entender sus opciones de planes de Medicare y Medicaid, y responder preguntas sobre los cambios de plan. Llame al 800.701.0501. Para obtener más información sobre HIICAP, visite nyconnects.ny.gov.

Obtenga ayuda de Medicare

- **Llame al 1-800-MEDICARE (800.633.4227)**

Puede llamar al 1-800-MEDICARE (800.633.4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY pueden llamar al 877.486.2048.

- **Chatee en vivo con [Medicare.gov](https://www.medicare.gov)**

Puede hacerlo en [Medicare.gov/talk-to-someone](https://www.medicare.gov/talk-to-someone).

- **Escriba a Medicare**

Puede escribir a Medicare a P.O. Box 1270, Lawrence, KS 66044.

- **Visite [Medicare.gov](https://www.medicare.gov)**

El sitio web oficial de Medicare tiene información sobre costos, cobertura y Calificaciones con Estrellas respecto de la calidad para ayudarle a comparar los planes de Medicare en su área.

- **Lea *Medicare y Usted 2026***

Cada otoño, se envía por correo el manual *Medicare y Usted 2026* a las personas con Medicare. Incluye un resumen de los beneficios, los derechos y las protecciones de Medicare, además de las respuestas a las preguntas más frecuentes sobre Medicare. Obtenga una copia en [Medicare.gov](https://www.medicare.gov) o llamando al 1-800-MEDICARE (800.633.4227). Los usuarios de TTY pueden llamar al 877.486.2048.

Obtenga ayuda de Medicaid

Para obtener información de Medicaid, puede llamar al Programa Medicaid del Estado de Nueva York al 1.800.541.2831 (TTY: 711). Llame de lunes a viernes, de a 8:00 a. m. a 8:00 p. m. y sábados, de 9:00 a. m. a 1:00 p. m. También puede visitar el sitio web de Medicaid de Nueva York (www.health.ny.gov/health_care/medicaid).

Programa Medicaid del Estado de Nueva York – información de contacto

Llame	1.800.541.2831 De lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., y sábados, de 9:00 a. m. a 1:00 p. m.
TTY	711 Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para personas con dificultades auditivas o del habla.
Escriba	Puede escribir al Departamento de Servicios Sociales de su localidad (LDSS, por sus siglas en inglés). Encuentre la dirección de su LDSS aquí: www.health.ny.gov/health_care/medicaid .
Sitio web	www.health.ny.gov/health_care/medicaid

El programa *Ómbudsman* del Estado de Nueva York ayuda a las personas inscritas en Medicaid que tienen problemas con el servicio o la facturación. Ellos pueden ayudarle a presentar una queja o una apelación ante nuestro plan.

Red Independiente de Defensa del Consumidor (ICAN) – información de contacto

Llame	1-844-614-8800 De lun. a vier. De 9:00 a.m. a 5:00 p.m.
TTY	711 Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para personas con dificultades auditivas o del habla.
Escriba	Independent Consumer Advocacy Network (ICAN) Community Service Society of New York 633 Third Ave, 10th Floor New York, NY 10017 CORREO ELECTRÓNICO: ican@cssny.org
Sitio web	www.icannys.org

Proyecto de Acceso Comunitario a la Salud para Atención de Adicciones y Salud Mental (CHAMP) – información de contacto

Llame	1.888.614.5400, de lunes a miércoles de 9:00 a. m. a 7:00 p. m., y jueves y viernes de 9:00 a. m. a 4:00 p. m.
TTY	711 Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para personas con dificultades auditivas o del habla.
Escriba	Community Health Access to Addiction and Mental Healthcare Project (CHAMP) Community Service Society of New York 633 Third Ave, 10th Floor New York, NY 10017 correo electrónico: ombuds@oasas.ny.gov
Sitio web	www.champny.org

El programa *Ómbudsman* de la Atención a Largo Plazo del Estado de Nueva York ayuda a las personas a obtener información sobre hogares de reposo y a resolver problemas entre hogares de reposo y residentes o sus familias.

Programa *Ómbudsman* de la Atención a Largo Plazo del Estado de Nueva York – información de contacto

Llame	1.855.582.6769, de lunes a viernes, de 9:00 a. m. a 5:00 p. m.
Escriba	2 Empire State Plaza, 5th fl. Albany, NY 12223 correo electrónico: ombudsman@aging.ny.gov
Sitio web	www.aging.ny.gov/long-term-care-ombudsman-program

**Aviso de inserción en el Manual para Miembros de MAP
sobre el proceso de apelaciones y quejas a nivel del Plan unificado
CARTA DEL PLAN A LOS MIEMBROS**

Estimado miembro de MetroPlus UltraCare:

El propósito de esta carta es informarle acerca de una actualización importante en su manual para miembros. La actualización estará disponible en nuestro sitio web en metroplusmedicare.org. Lea esta actualización detenidamente. Se modificará el proceso de apelaciones y quejas de MAP. Estos cambios entrarán en vigor el 1 de enero de 2026.

La actualización del manual para miembros le informa acerca de lo siguiente:

1. ¿Qué cambia desde hoy hasta el 31 de diciembre de 2025?
2. ¿Qué cambia a partir del 1 de enero de 2026?
3. ¿Aún tengo derecho a apelaciones externas por los beneficios cubiertos de Medicaid?
4. ¿Dónde puedo obtener más información?

Se adjunta una referencia rápida sobre estos cambios. Llame a Servicios al Miembro al 866.986.0356 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m., y sábados, de 9 a. m. a 5 p. m. (servicio de respuesta fuera del horario de atención: 800.442.2560) si usted:

- tiene preguntas sobre esta información;
- no puede acceder a internet para ver la actualización del manual; o
- desea que le envíen el manual actualizado por correo.

Conserve esta actualización con su manual para miembros de **MetroPlus UltraCare (HMO D-SNP)**.

Atentamente.

MetroPlusHealth

Cambio importante en las apelaciones para los miembros de Medicaid Advantage Plus

¿Qué cambia desde hoy hasta el 31 de diciembre de 2025?

No hay cambios en el proceso de apelaciones de nivel 2 hasta fines de 2025. Si denegamos su apelación de nivel 1 (también conocida como apelación a nivel del Plan), su caso **se enviará automáticamente a apelaciones de nivel 2** a una oficina de audiencia.

¿Qué cambia a partir del 1 de enero de 2026?

La manera en que solicita su apelación de nivel 2. A partir de enero de 2026, si pierde una apelación a nivel del Plan de nivel 1, los próximos pasos de la apelación dependerán de si el servicio está cubierto por Medicare o Medicaid. Le enviaremos un aviso escrito llamado “carta de decisión de apelación”, que le indicará que perdió la apelación de nivel 1.

Si el servicio está cubierto por Medicaid:

Una apelación de nivel 2 por servicios cubiertos por Medicaid también se llama Audiencia imparcial. A partir del 1 de enero de 2026, si pierde su apelación de nivel 1 y Medicaid cubre el beneficio, usted o su representante autorizado deberá solicitar al estado una apelación de nivel 2 (audiencia imparcial). Usted tendrá 120 días para solicitar una apelación de audiencia imparcial de nivel 2.

- **¿En qué cambiaron las apelaciones de nivel 2?**

Antes del 1 de enero de 2026, cuando se denegaba su apelación de nivel 1 ante el Plan, se solicitaba automáticamente una apelación de nivel 2 en su nombre. No tenía que solicitar una apelación de nivel 2 usted mismo.

Si reducimos, suspendemos o interrumpimos los servicios de Medicaid que recibe actualmente y quiere que sus servicios permanezcan de la misma manera mientras esperamos una decisión para la apelación de audiencia imparcial de nivel 2, debe solicitar dicha apelación de audiencia imparcial de nivel 2 dentro de los 10 días calendario desde la decisión de la apelación de nivel 1 o para la fecha en que la decisión de la apelación entra en vigor, lo que sea posterior. Sus servicios permanecerán iguales hasta la decisión de la apelación de audiencia imparcial de nivel 2. Si usted pierde la apelación de audiencia imparcial de nivel 2, es posible que deba pagar los servicios que recibió mientras esperaba la decisión.

Si el servicio está cubierto por Medicare:

Si pierde su apelación de nivel 1 y el beneficio está cubierto por Medicare, enviaremos automáticamente su caso al nivel 2 del proceso de apelación de Medicare para que lo revise una entidad de revisión independiente (IRE), apenas se complete su apelación de nivel 1.

Si el servicio está cubierto por Medicare y Medicaid:

Si pierde su apelación de nivel 1 y el beneficio está cubierto tanto por Medicare como por Medicaid, enviaremos automáticamente su caso al IRE y también podrá solicitar una apelación de audiencia imparcial de nivel 2.

¿Aún tengo derecho a apelaciones externas por los beneficios cubiertos de Medicaid?

Sí, si dijimos que el servicio no es médicamente necesario, es experimental o está en fase de investigación, y no es diferente de la atención que puede recibir en nuestra red o que está disponible a través de un proveedor participante que cuenta con la formación y la experiencia adecuadas para satisfacer sus necesidades, entonces aún puede solicitar al estado una apelación externa. Usted tendrá cuatro meses para solicitar una apelación externa. Si solicita tanto una audiencia imparcial como una apelación externa, la decisión de la audiencia imparcial siempre será la respuesta definitiva.

¿Dónde puedo obtener más información?

Llame a Servicios al Miembro al 866.986.0356 (TTY: 711). El horario de atención es de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., y los sábados, de 9 a.m. a 5 p.m. (Servicio de respuesta fuera del horario de atención: 800.442.2560). Consulte el capítulo 9 de su *Evidencia de cobertura* (EOC) para ver toda la información sobre sus derechos a presentar una apelación y cómo hacerlo.

Puede comunicarse con la Red Independiente de Defensa del Consumidor (ICAN, por sus siglas en inglés) para obtener asesoría gratuita e independiente sobre su cobertura, los reclamos y las opciones de apelación. Pueden ayudarlo a manejar el proceso de apelación. Póngase en contacto con ICAN para obtener más información sobre sus servicios:

Teléfono: 844.614.8800 (**Servicio de retransmisión TTY:** 711)

Internet: icannys.org | **Correo electrónico:** ican@cssny.org

¿Este cambio en las apelaciones para miembros modifica mis beneficios o inscripción?

Este cambio en las apelaciones para miembros no modifica mis beneficios ni la inscripción.

LANGUAGE ASSISTANCE

ATTENTION: Language assistance services and other aids, free of charge, are available to you. Call 1-800-303-9626 (TTY: 711).	English
ATENCIÓN: Dispone de servicios de asistencia lingüística y otras ayudas, gratis. Llame al 1-800-303-9626 (TTY: 711).	Spanish
请注意：您可以免费获得语言协助服务和其他辅助服务。请致电 1-800-303-9626 (TTY: 711)。	Chinese Traditional
ملاحظة: خدمات المساعدة اللغوية والمساعدات الأخرى المجانية متاحة لك. اتصل بالرقم 1-800-303-9626 (TTY: 711).	Arabic
주의: 언어 지원 서비스 및 기타 지원을 무료로 이용하실 수 있습니다. 1-800-303-9626 (TTY: 711) 번으로 연락해 주십시오.	Korean
ВНИМАНИЕ! Вам доступны бесплатные услуги переводчика и другие виды помощи. Звоните по номеру 1-800-303-9626 (TTY: 711).	Russian
ATTENZIONE: Sono disponibili servizi di assistenza linguistica e altri ausili gratuiti. Chiamare il 1-800-303-9626 (TTY: 711).	Italian
ATTENTION : Des services d'assistance linguistique et d'autres ressources d'aide vous sont offerts gratuitement. Composez le 1-800-303-9626 (TTY: 711).	French
ATANSYON: Gen sèvis pou bay asistans nan lang ak lòt èd ki disponib gratis pou ou. Rele 1-800-303-9626 (TTY: 711).	French Creole
אכטונג: שפראך הילף סערוויסעס און אנדערע הילף, זענען אוועילעבל פאר אייך אומזיסט. רופט 1-800-303-9626 (TTY: 711).	Yiddish
UWAGA: Dostępne są bezpłatne usługi językowe oraz inne formy pomocy. Zadzwoń: 1-800-303-9626 (TTY: 711).	Polish
ATENSYON: Available ang mga serbisyong tulong sa wika at iba pang tulong nang libre. Tumawag sa 1-800-303-9626 (TTY: 711).	Tagalog
মনোযোগ নামূল্যে ভাষা সহায়তা পরিষেবা এবং অন্যান্য সাহায্য আপনার জন্য উপলব্ধ। 1-800-303-9626 (TTY: 711)-এ ফোন করুন।	Bengali
VINI RE: Për ju disponohen shërbime asistence gjuhësore dhe ndihma të tjera falas. Telefononi 1-800-303-9626 (TTY: 711).	Albanian
ΠΡΟΣΟΧΗ: Υπηρεσίες γλωσσικής βοήθειας και άλλα βοηθήματα είναι στη διάθεσή σας, δωρεάν. Καλέστε στο 1-800-303-9626 (TTY: 711).	Greek
توجہ فرمائیں: زبان میں معاونت کی خدمات اور دیگر معاونتیں آپ کے لیے بلا معاوضہ دستیاب ہیں۔ کال کریں 1-800-303-9626 (TTY: 711)	Urdu
LƯU Ý: Có dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ và các hỗ trợ khác miễn phí cho quý vị. Vui lòng gọi 1-800-303-9626 (TTY: 711).	Vietnamese

LANGUAGE ASSISTANCE

ACHTUNG: Sprachassistenzen und andere Hilfen stehen Ihnen kostenlos zur Verfügung. Rufen Sie 1-800-303-9626 an (TTY: 711).	German
請注意：您可免費取得語言協助服務及其他輔助服務。請撥打 1-800-303-9626（TTY：711 聽障專線）。	Chinese Simplified
ध्यान दें: भाषा संबंधी सहायता सेवाएँ और अन्य सहायता आपके लिए मुफ्त में उपलब्ध हैं। 1-800-303-9626 (TTY: 711) पर कॉल करें।	Hindi
Estão disponíveis, gratuitamente, serviços de assistência linguística e outras formas de apoio. Ligue para 1-800-303-9626 (TTY: 711).	Portuguese
注意：無料の言語支援サービスやその他のサポートをご利用いただけます。1-800-303-9626（TTY：711）までお電話ください。	Japanese