Resumen de beneficios para 2026

Banner Medicare Advantage Dual HMO D-SNP *(H4931-007)*

Este es un resumen de los medicamentos y los servicios de salud cubiertos del 1 de enero de 2026 al 31 de diciembre de 2026.

La información de beneficios proporcionada es un resumen de lo que cubrimos y lo que usted paga. No se incluyen todos los servicios que cubrimos ni todas las limitaciones o exclusiones. Para obtener una lista completa de los servicios que cubrimos, consulte la *Evidencia de cobertura (Evidence of Coverage, EOC)*. Puede acceder a ella ingresando en *www.BannerHealth.com/MA* o puede llamar a nuestro Centro de Atención al Cliente para obtener ayuda.

Horas de oficina

Puede llamarnos de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana.

Cómo comunicarse con nosotros

Si es miembro de este plan, llame sin cargo alguno al 877-874-3930; TTY 711.

Si no es miembro de este plan, llame sin cargo alguno al 877-874-3938; TTY 711.

Nuestro sitio web: *www.BannerHealth.com/MA*.

¿Quién puede inscribirse?

Para inscribirse en Banner Medicare Advantage Dual, debe tener derecho a la Parte A de Medicare, estar inscrito en la Parte B de Medicare y en el Sistema de Contención de Costos de Atención Médica de Arizona *(Arizona Health Care Cost Containment System, AHCCCS)*, o Medicaid, y vivir en nuestra área de servicio. Nuestra área de servicio incluye los siguientes condados en Arizona: Cochise, Gila, Graham, Greenlee, La Paz, Maricopa, Pima, Pinal, Santa Cruz y Yuma.

Este plan es un plan de necesidades especiales de doble elegibilidad *(Dual Eligible Special Needs Plan, D-SNP)* para personas que tienen tanto Medicare como el AHCCCS *(Medicaid)*. La cantidad que cubre el AHCCCS *(Medicaid)* depende de sus ingresos, recursos y otros factores. Puede inscribirse en este plan si se encuentra en una de estas categorías del AHCCCS *(Medicaid)*:

- **Beneficios completos de doble elegibilidad *(Full Benefits Dual Eligible, FBDE)*:** El AHCCCS *(Medicaid)* puede proporcionar una ayuda limitada para el costo compartido de Medicare. El AHCCCS *(Medicaid)* también ofrece beneficios completos de Medicaid. Usted es elegible para todos los beneficios del AHCCCS *(Medicaid)*. En ocasiones, también puede ser elegible para una ayuda limitada del AHCCCS *(Medicaid)* para pagar las cantidades del costo compartido de Medicare. Por lo general, su costo compartido es de 0% cuando el servicio está cubierto tanto por Medicare como por el AHCCCS *(Medicaid)*. Puede haber casos en los que tenga que pagar el costo compartido cuando un servicio o beneficio no esté cubierto por el AHCCCS *(Medicaid)*.

H4931_MApd007S26_M

- **Beneficiario calificado de Medicare Plus *(Qualified Medicare Beneficiary Plus, QMB+)*:** Obtiene la cobertura del AHCCCS *(Medicaid)* del costo compartido de Medicare y también es elegible para los beneficios completos del AHCCCS *(Medicaid)*. El AHCCCS *(Medicaid)* paga sus primas, deducibles, coseguros y copagos de la Parte A y la Parte B de Medicare de los servicios cubiertos por Medicare. Usted no paga nada, salvo los copagos de los medicamentos recetados de la Parte D *(si corresponde)*.
- **Otra doble elegibilidad para beneficios completos *(Freedom to Work)*:** Obtiene Medicare, pero no cumple con los criterios de ingresos para calificar como miembro QMB+ o beneficiario de Medicare con ingresos bajos específicos (Specified Low-Income Medicare Beneficiary, SLMB+); sin embargo, se determina que reúne los requisitos para los beneficios completos del AHCCCS *(Medicaid) (miembro de Freedom to Work)*. El AHCCCS *(Medicaid)* no proporcionará el pago de las primas de la Parte A ni la Parte B de Medicare.

Si su categoría de elegibilidad del AHCCCS *(Medicaid)* cambia, su costo compartido también puede aumentar o disminuir. Debe volver a certificar su inscripción en el AHCCCS *(Medicaid)* para seguir recibiendo su cobertura de Medicare.

¿Qué doctores, hospitales y farmacias puedo usar?

Banner Medicare Advantage Dual tiene una red de doctores, hospitales, farmacias y otros proveedores. Si utiliza los proveedores que no están en nuestra red, es posible que el plan no pague estos servicios.

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

Puede ver los directorios de proveedores y farmacias de nuestro plan en nuestro sitio web: *www.BannerHealth.com/MA*. También puede llamarnos y le enviaremos una copia del directorio de proveedores y del directorio de farmacias.

¿Qué cubrimos?

Como todos los planes de salud de Medicare, cubrimos todo lo que cubre Medicare Original; *sin embargo, cubrimos aún más.*

- Los miembros de nuestro plan reciben todos los beneficios cubiertos por Medicare Original.
- Los miembros de nuestro plan también reciben más de lo que cubre Medicare Original.
- Algunos de los beneficios adicionales se detallan en este folleto.

Cubrimos los medicamentos de la Parte D. Además, cubrimos los medicamentos de la Parte B, como los de quimioterapia y algunos medicamentos administrados por su proveedor.

- Puede ver el formulario completo del plan *(lista de medicamentos recetados de la Parte D)* y cualquier restricción en nuestro sitio web: *www.BannerHealth.com/MA*.
- También puede llamarnos y le enviaremos una copia del formulario.

Consejos para comparar sus opciones de Medicare

Este folleto de *Resumen de beneficios* es una breve descripción de lo que cubre Banner Medicare Advantage Dual y lo que usted paga.

- Si desea comparar nuestro plan con otros planes de salud de Medicare, pida a los otros planes su folleto de *Resumen de beneficios* o utilice el Buscador de Planes de Medicare (Medicare Plan Finder) en *www.medicare.gov*.
- Si desea saber más sobre la cobertura y los costos de Medicare Original, busque en su manual actual de *Medicare & You* (Medicare y Usted). Consúltelo en línea, en *www.medicare.gov*, u obtenga una copia llamando al 1-800-MEDICARE *(1-800-633-4227)*, las 24 horas del día, los siete días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Banner Medicare Advantage Dual HMO D-SNP tiene contratos con Medicare y Medicaid. La inscripción depende de la renovación del contrato.

Los proveedores fuera de la red o no contratados no tienen ninguna obligación de tratar a los miembros del plan, excepto en situaciones de emergencia. Llame a nuestro Centro de Atención al Cliente o consulte su *Evidencia de cobertura* para obtener más información, incluido el costo compartido que se aplica a los servicios fuera de la red.

Esta información no es una descripción completa de los beneficios. Póngase en contacto con el plan para obtener más información. Se pueden aplicar limitaciones, copagos y restricciones. Los beneficios, las primas, los copagos o el coseguro pueden cambiar el 1 de enero de cada año.

Costo compartido de Medicare: Si tiene el Beneficio completo de doble elegibilidad, es un Beneficiario calificado de Medicare Plus o tiene otro Beneficio completo de doble elegibilidad *(Freedom to Work)*, pagará $0 por sus servicios cubiertos por Medicare, como se indica en el costo compartido de la tabla.

Prima del plan, deductible y cantidad máxima que paga de su bolsillo *(Maximum Out-of-Pocket, MOOP)*

Costos que paga de su bolsillo	
Prima mensual del plan	**$0** al mes No es responsable de pagarla porque reúne los requisitos para recibir ayuda con la prima del plan de Medicare en virtud del AHCCCS *(Medicaid)*, usted paga $0.

Costos que paga de su bolsillo	
Reducción de la prima de la Parte B de Medicare	**$2.00** al mes Si el AHCCCS *(Medicaid)* no paga las primas de Medicare por usted, deberá continuar pagando sus primas de Medicare para seguir siendo miembro de nuestro plan. Esto incluye su prima de la Parte B. También puede pagar una prima de la Parte A si no es elegible para obtener la Parte A sin pagar la prima. Si es miembro de Freedom to Work, pero no es beneficiario calificado de Medicare (Qualified Medicare Beneficiary, QMB), usted es responsable de pagar su prima de la Parte B de Medicare, por lo que reduciremos $2.00 su prima mensual de la Parte B de Medicare. Consulte la Evidencia de cobertura *(EOC)* para obtener más información.
Deducible del plan médico	**$0** No es responsable de pagar el deducible porque reúne los requisitos para recibir ayuda con el costo compartido de Medicare en virtud del AHCCCS *(Medicaid)*.
Cantidad máxima que paga de su bolsillo	**$9,250** Esta es la cantidad máxima que pagará de su bolsillo cada año por los servicios cubiertos por Medicare y por los suministros que reciba de proveedores de la red. Esta cantidad no incluye los costos que paga de su bolsillo para los medicamentos recetados de la Parte D. No tiene la responsabilidad de pagar ningún costo de su bolsillo que contaría para la cantidad máxima que paga de su bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B porque reúne los requisitos para recibir ayuda con el costo compartido de Medicare en virtud del AHCCCS *(Medicaid)*.

Para los servicios cubiertos por el AHCCCS *(Medicaid)*, consulte la sección “Beneficios para 2026, Sistema de Contención de Costos de Atención Médica de Arizona *(AHCCCS)*, Plan para necesidades especiales de Medicare Advantage para miembros con doble elegibilidad” en este documento.

Beneficios médicos y hospitalarios

Cobertura hospitalaria y centro quirúrgico ambulatorio

Beneficio	Lo que le corresponde pagar
Hospitalización	**Copago de $0** Nuestro plan cubre hasta 90 días por período de beneficios para hospitalizaciones cubiertas por Medicare. El período de beneficios comienza el día en que usted va a un hospital. El período de beneficios finaliza cuando no haya recibido atención hospitalaria para pacientes internados durante 60 días consecutivos. Si ingresa en un hospital después de que un período de beneficios haya terminado, comenzará un período de beneficios nuevo. No hay un límite en la cantidad de períodos de beneficios. Se requiere autorización previa.
Servicios hospitalarios para pacientes externos	**Coseguro del 0%** **Copago de $0** para una colonoscopia de diagnóstico preventiva. Puede requerir autorización previa.
Servicios de observación hospitalaria	**Coseguro del 0%**
Centro quirúrgico ambulatorio	**Coseguro del 0%** **Copago de $0** para una colonoscopia de diagnóstico preventiva. Puede requerir autorización previa.

Consultas con el proveedor de atención primaria *(Primary Care Provider, PCP)* y con especialistas

Beneficio	Lo que le corresponde pagar
PCP	**Coseguro del 0%**
Especialista	**Coseguro del 0%** Puede requerir autorización previa.

Pruebas de detección de atención preventiva y examen físico anual

La siguiente es una lista de los servicios de atención preventiva cubiertos por Medicare:

- Prueba de detección de aneurisma aórtico abdominal
- Pruebas de detección y asesoramiento para el abuso de alcohol
- Medición de la masa ósea
- Prueba de detección de cáncer de mama *(mamografía)*
- Pruebas de detección de enfermedades cardiovasculares
- Enfermedad cardiovascular *(tratamiento conductual)*
- Prueba de detección de cáncer de cuello de útero y de vagina
- Pruebas de detección de cáncer colorrectal:
  - Pruebas de biomarcadores en sangre
  - Colonoscopias
  - Colonoscopia con tomografía computarizada
  - Pruebas de detección de sangre oculta en heces
  - Sigmoidoscopias flexibles
  - Pruebas de ADN en heces multiobjetivo
- Pruebas de detección de depresión
- Pruebas de detección de diabetes
- Capacitación para el autocontrol de la diabetes
- Pruebas de detección de glaucoma
- Pruebas de detección del virus de la hepatitis B
- Pruebas de detección del virus de la hepatitis C
- Prueba de detección de VIH
- Vacunas:
  - Vacuna contra el COVID-19
  - Vacunas antigripales
  - Vacunas contra la hepatitis B
  - Vacunas antineumocócicas
- Prueba de detección de cáncer de pulmón
- Terapia médica nutricional
- Programa de prevención de la diabetes de Medicare *(Medicare Diabetes Prevention Program, MDPP)*
- Prueba de detección de obesidad y tratamiento
- Profilaxis preexposición *(Pre-Exposure Prophylaxis, PrEP)* para la prevención del VIH
- Prueba de detección de cáncer de próstata
- Pruebas de detección de enfermedades de transmisión sexual *(ETS)* y asesoramiento
- Servicios para dejar de fumar y consumir tabaco *(asesoramiento para dejar de fumar o consumir tabaco)*
- Consulta preventiva “Bienvenido a Medicare” y consulta anual de “bienestar”

Beneficio	Lo que le corresponde pagar
Atención preventiva *(cubierta por Medicare)*	**Copago de $0**
Examen físico anual	**Copago de $0**

Se cubrirán los servicios adicionales de atención preventiva aprobados por Medicare durante el año del contrato. Para obtener más información sobre los servicios de atención preventiva cubiertos por Medicare, consulte la *Evidencia de cobertura* en línea, en *www.BannerHealth.com/MA*, o llámenos.

Atención de emergencia y urgencia

Beneficio	Lo que le corresponde pagar
Atención de emergencia	**Coseguro del 0%**
Atención de urgencia	**Coseguro del 0%**

Servicios de análisis de laboratorio, exámenes y radiología de diagnóstico

Beneficio	Lo que le corresponde pagar
Pruebas y procedimientos de diagnóstico	**Coseguro del 0%** Puede requerir autorización previa.
Servicios de laboratorio	**Coseguro del 0%** Puede requerir autorización previa.
Servicios de radiología de diagnóstico *(p. ej., resonancias magnéticas, tomografías computarizadas, servicios de medicina nuclear, etc.)*	**Coseguro del 0%** Puede requerir autorización previa.
Radiografías para pacientes externos	**Coseguro del 0%** Puede requerir autorización previa.
Servicios de radiología terapéutica *(p. ej., tratamiento con radicación para cáncer, etc.)*	**Coseguro del 0%** Se requiere autorización previa.

Servicios auditivos

Este plan incluye una cantidad máxima de $3,300 de beneficio anual *(asignación)* para los servicios cubiertos. Cubre los audífonos, las reparaciones, las piezas de mantenimiento y los gastos de adaptación. Cualquier costo superior a $3,300 le corresponde a usted; no se cubren audífonos adicionales. Debe utilizar los proveedores de la red contratados de Banner Medicare Advantage Dual para estos servicios.

Servicios auditivos *(continuación)*

Beneficio	Lo que le corresponde pagar
Examen auditivo *(cubierto por Medicare)*	**Coseguro del 0%**
Examen auditivo de rutina	**Copago de $0** Límite de 1 examen por año.
Adaptación y evaluación para audífonos	**Copago de $0** Límite de 1 consulta por año. Se requiere autorización previa.
Audífonos	Este plan incluye una cantidad máxima de **$3,300** de beneficio anual *(asignación)*. Cubre los audífonos, las reparaciones, las piezas de mantenimiento y los gastos de adaptación. **Copago de $0** Límite de 1 audífono por año por oído. Se requiere autorización previa.

Servicios dentales

Este plan incluye una cantidad máxima de $4,000 de beneficio anual *(asignación)* para los servicios dentales preventivos e integrales. El costo de todas las consultas se deducirá de la cantidad de la cobertura anual. Cualquier costo superior a $4,000 le corresponde a usted. Debe utilizar los proveedores de la red contratados de Banner Medicare Advantage Dual para estos servicios.

Beneficio	Lo que le corresponde pagar
Servicios dentales *(cubiertos por Medicare)*	**Coseguro del 0%**
Servicios dentales preventivos e integrales combinados	Este plan incluye una cantidad máxima de **$4,000** de beneficio anual *(asignación)* para los servicios dentales preventivos e integrales.
Servicios dentales preventivos	**Copago de $0** La cobertura de atención preventiva incluye lo siguiente: • Examen oral: hasta 2 exámenes por año calendario. • Limpieza: hasta 2 limpiezas por año calendario. • Tratamiento de fluoruro: hasta 2 tratamientos por año calendario.

Servicios dentales *(continuación)*

Beneficio	Lo que le corresponde pagar

Servicios dentales preventivos *(continuación)*	La cobertura de atención preventiva incluye lo siguiente *(continuación)*:
	• Radiografías dentales:
	  ○ 1 de 2 imágenes o 4 imágenes de tomosíntesis intraoral o de aleta de mordida cada 12 meses.
	  ○ 1 imagen radiográfica de la serie integral intraoral, panorámica o de tomosíntesis intraoral cada 36 meses.
	  ○ 1 imagen radiográfica periapical de tomosíntesis intraoral cada 12 meses.

Servicios dentales integrales	**Copago de $0** La cobertura integral incluye lo siguiente: **Servicios de restauración** • Empastes: 1 por diente cada 36 meses. • Coronas, pernos, muñón, pasadores: 1 por diente cada 60 meses. • Recementado/readhesivo de corona: después de 6 meses de la colocación inicial. **Endodoncia** • 1 por diente toda la vida para pulpotomía o conductos radiculares. **Periodoncia** • Cirugía ósea: 1 cada 24 meses por cuadrante. • Raspado periodontal y alisado radicular: 1 cada 24 meses por cuadrante. • Desbridamiento de toda la boca: 1 cada 36 meses. • Mantenimiento periodontal: 1 cada 3 meses. **Prostodoncia removible** • 1 dentadura removible completa, parcial o inmediata cada 60 meses. • Ajustes después de los 6 meses de la colocación. • Reparación de base y rebasados cada 36 meses después de los 6 meses de la colocación. **Prostodoncia fija** • Dentaduras fijas *(puentes)*: 1 cada 60 meses por diente. • Recementado de dentaduras parciales fijas después de los 6 meses de la colocación. **Cirugía oral y maxilofacial** • Extracciones: 1 por diente toda la vida.

Servicios dentales *(continuación)*

Beneficio	Lo que le corresponde pagar
Servicios dentales integrales *(continuación)*	La cobertura integral incluye lo siguiente *(continuación)*: **Servicios generales adjuntos**

Los servicios dentales cubiertos están sujetos a condiciones, limitaciones, exclusiones y máximos. Consulte la *Evidencia de cobertura* para obtener detalles.

Los dentistas de la red aceptaron prestar servicios a una tarifa de la red. Si acude a un dentista de la red, no se le puede facturar más que la tarifa de la red.

Servicios de la vista

Este plan incluye una cantidad máxima de $200 de beneficio anual *(asignación)* para monturas o lentes de contacto *(adaptación y lentes de contacto)*. Los anteojos *(lentes y monturas)* o los lentes de contacto *(suministro anual)* están limitados a uno cada año hasta la asignación anual.

- Anteojos monofocales, bifocales alineados y trifocales alineados cubiertos todos los años.
- Lentes estándar progresivos cubiertos todos los años.
- Ahorro promedio del 20%-25% en mejoras adicionales para lentes.

Todos los costos que superen las asignaciones anuales o las mejoras adicionales de los lentes le corresponden al miembro. Debe utilizar un proveedor de la red VSP Advantage para estos servicios.

Beneficio	Lo que le corresponde pagar
Examen ocular *(cubiertos por Medicare)*	**Coseguro del 0%** Incluye una prueba anual de detección de glaucoma.
Anteojos *(cubiertos por Medicare)*	**Coseguro del 0%** para anteojos o lentes de contacto cubiertos por Medicare después de una cirugía de cataratas.
Examen ocular de rutina	**Copago de $0** por un examen de la vista anual de rutina *(refracción ocular)*.
Anteojos suplementarios	Este plan incluye una cantidad máxima de **$200** de beneficio anual *(asignación)* para monturas o lentes de contacto *(adaptación y lentes de contacto)*. **Copago de $0** para anteojos de rutina *(lentes y monturas).* **Copago de $0** para lentes de contacto de rutina *(en vez de anteojos)*.

Servicios de salud mental

Beneficio	Lo que le corresponde pagar
Servicios de salud mental para pacientes externos *(sesiones individuales o grupales)*	**Coseguro del 0%**
Servicios psiquiátricos para pacientes externos *(sesiones individuales o grupales)*	**Coseguro del 0%**
Servicios de programas intensivos para pacientes externos	**Coseguro del 0%** Puede requerir autorización previa.
Programa de hospitalización parcial	**Coseguro del 0%** Puede requerir autorización previa.

Centro de Enfermería Especializada y servicios de rehabilitación

Beneficio	Lo que le corresponde pagar
Centro de Enfermería Especializada *(cubierto por Medicare)*	**Copago de $0** Nuestro plan cubre hasta 100 días por período de beneficios para un Centro de Enfermería Especializada (Skilled Nursing Facility, SNF) cubierto por Medicare. El período de beneficios comienza el día en que usted va a un SNF. El período de beneficios finaliza cuando no haya recibido atención especializada para pacientes internados en un SNF durante 60 días consecutivos. Si ingresa en un SNF después de que un período de beneficios haya terminado, comenzará un período de beneficios nuevo. No hay un límite en la cantidad de períodos de beneficios. Se requiere autorización previa.
Servicios de rehabilitación cardíaca	**Coseguro del 0%** Se requiere autorización previa.
Servicios de rehabilitación cardíaca intensiva	**Coseguro del 0%** Se requiere autorización previa.

Centro de Enfermería Especializada y servicios de rehabilitación *(continuación)*

Beneficio	Lo que le corresponde pagar
Consultas de terapia ocupacional	**Coseguro del 0%** Se requiere autorización previa.
Consultas de fisioterapia y logopedia	**Coseguro del 0%** Se requiere autorización previa.
Servicios de rehabilitación pulmonar	**Coseguro del 0%**

Servicios de ambulancia y transporte

Beneficio	Lo que le corresponde pagar
Servicios de ambulancia	**Coseguro del 0%** por transporte terrestre o aéreo cubierto por Medicare. El costo compartido se aplica a cada viaje sencillo. Puede requerir autorización previa.
Transporte de rutina ***(no urgente)***	**Copago de $0** por un máximo de 36 viajes sencillos durante el año de beneficios actual a lugares de beneficios suplementarios cubiertos por el plan usando servicios de uso compartido de vehículo, camioneta y transporte médico. Limitado a los lugares de beneficios suplementarios cubiertos por el plan y no cubiertos por Medicare ni por el AHCCCS *(Medicaid)*. • Servicios de quiropráctica de rutina, servicios dentales, servicios auditivos/de audífonos, podiatría y examen ocular/proveedores de anteojos • Beneficios de venta libre (Over-the-Counter, OTC) • Beneficios para alimentos y productos • Centros de acondicionamiento físico Silver&Fit® • Otros lugares aprobados por el plan Cada viaje sencillo no debe superar las 50 millas. Un viaje sencillo corresponde al transporte de ida, mientras que un viaje redondo son dos viajes. Los servicios de transporte deben solicitarse 3 días hábiles antes de la cita o del viaje programado. Comuníquese con nuestro Centro de Atención al Cliente llamando al 877-874-3930, TTY 711, para programar un viaje.

Medicamentos de la Parte B de Medicare

Los medicamentos de la Parte B cubiertos por Medicare pueden estar sujetos a requisitos de tratamiento escalonado.

Beneficio	Lo que le corresponde pagar
Medicamentos para quimioterapia o radiación	**Coseguro del 0%** Se requiere autorización previa.
Insulina de la Parte B de Medicare	**Coseguro del 0%**
Otros medicamentos de la Parte B	**Coseguro del 0%** Se requiere autorización previa.

Otros Beneficios

Atención quiropráctica

Beneficio	Lo que le corresponde pagar
Consulta quiropráctica ***(cubierta por Medicare)***	**Coseguro del 0%** Se requiere autorización previa.
Consulta quiropráctica de rutina	**Copago de $0** Límite de 6 consultas por año.

Capacitación para el autocontrol de la diabetes

Beneficio	Lo que le corresponde pagar
Capacitación para el autocontrol de la diabetes	**Coseguro del 0%**

Servicios de diálisis y para la enfermedad renal

Beneficio	Lo que le corresponde pagar
Servicios de diálisis *(cubiertos por Medicare)*	**Coseguro del 0%**
Servicios educativos sobre la enfermedad renal	**Coseguro del 0%** Se requiere derivación.

Beneficio de acondicionamiento físico

Beneficio	Lo que le corresponde pagar
Beneficio de acondicionamiento físico: Silver&Fit®	**Copago de $0** para acceder a centros, clases y kits de acondicionamiento físico. Clases/kits de acondicionamiento físico provistos por el programa Silver&Fit®. El programa Silver&Fit® es uno de los mayores y más diversos programas de envejecimiento saludable y ejercicio a nivel nacional, que se centra en lo siguiente: • Membresía del centro de acondicionamiento físico • Videos digitales de acondicionamiento físico y herramientas de acondicionamiento físico para el hogar • Envejecimiento saludable El programa Silver&Fit® es ofrecido por American Specialty Health Fitness, Inc., una filial de American Specialty Health Incorporated *(ASH)*. Silver&Fit® y su logotipo son marcas registradas de ASH y se utilizan con autorización en este documento. La entrega de kits depende de la disponibilidad y está sujeta a cambios. La participación del centro de acondicionamiento físico puede variar según la ubicación y está sujeta a cambios.

Cuidado de los pies *(servicios de podiatría)*

Beneficio	Lo que le corresponde pagar
Exámenes y tratamiento para los pies ***(cubiertos por Medicare)***	**Coseguro del 0%** Se requiere autorización previa.
Consultas de podiatría de rutina	**Copago de $0** Límite de 6 consultas por año. Se requiere autorización previa.

Entrega de comidas a domicilio

Beneficio	Lo que le corresponde pagar
Entrega de comidas	Usted paga un **copago de $0** por un máximo de 14 comidas entregadas en el domicilio del miembro inmediatamente después de una cirugía o de cada hospitalización en un hospital o en un Centro de Enfermería Especializada. Las comidas deben pedirse en un plazo de 30 días después del alta. Se requiere autorización previa.

Atención médica a domicilio

Beneficio	Lo que le corresponde pagar
Atención médica a domicilio	**Copago de $0** Puede requerir autorización previa.

Equipo médico y suministros

Beneficio	Lo que le corresponde pagar
Equipo médico duradero *(p. ej., sillas de ruedas, oxígeno)*	**Coseguro del 0%** Puede requerir autorización previa.
Prótesis *(p. ej., soporte, extremidades artificiales)*	**Coseguro del 0%** Puede requerir autorización previa.
Calzado y plantillas para diabéticos	**Coseguro del 0%** Se requiere autorización previa.
Suministros para diabéticos	**Coseguro del 0%** Los suministros y servicios para diabéticos están limitados a determinados fabricantes. Puede requerir autorización previa.

Línea de asesoramiento de enfermería

Beneficio	Lo que le corresponde pagar
Nurse On Call	**Copago de $0** para recibir consejos de atención médica las 24 horas del día, los 7 días de la semana, de un profesional de enfermería para ayudar a responder sus preguntas inmediatas sobre atención médica.

Tratamiento para abuso de sustancias para pacientes externos

Beneficio	Lo que le corresponde pagar
Tratamiento para abuso de sustancias para pacientes externos ***(sesiones individuales o grupales)***	**Coseguro del 0%**

Beneficio de artículos de venta libre *(OTC)*

Beneficio	Lo que le corresponde pagar
Beneficios OTC	Cada trimestre en el que está inscrito en el plan, recibe una asignación de **$215** que se carga en su *tarjeta &more* para comprar artículos OTC, como aspirinas, vitaminas, preparados para el resfriado y la tos, y vendas. Los artículos OTC son medicamentos sin receta que normalmente un plan de medicamentos con receta de Medicare no cubre. Puede obtener más información y acceder a sus beneficios visitando *andmorehealth.com*, descargando la aplicación móvil andmore o llamando al 1-855-AND-MORE. Los fondos no utilizados no se transfieren y caducan cada tres meses. Para ver los detalles completos del programa, la ubicación de la tienda, y los términos y las condiciones, visite *andmorehealth.com* o llame al 1-855-AND-MORE *(1-855-263-6673)*, TTY 711, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local, excepto los días feriados. Avidia Bank emite su *tarjeta de beneficios &more prepaga de Mastercard®* en virtud de una licencia de Mastercard Incorporated. El uso de esta tarjeta está sujeto a los términos y condiciones del Contrato del titular de la tarjeta.

Recompensas

Recompensa	
Consulta anual de bienestar	**Recompensa de $25** por hacerla durante el año de beneficios del plan.
Prueba de detección de cáncer colorrectal	**Recompensa de $25** por hacerla durante el año de beneficios del plan.
Vacuna antigripal	**Recompensa de $25** por recibir la vacuna antigripal anual durante el año de beneficios del plan.

Beneficios Suplementarios Especiales para Enfermos Crónicos *(SSBCI)*

Beneficio	Lo que le corresponde pagar
Beneficios SSBCI para alimentos y productos o servicios	Los miembros que tienen una o más afecciones crónicas y cumplen ciertos criterios pueden ser elegibles para obtener los Beneficios Suplementarios Especiales para *Enfermos Crónicos (Special Supplemental Benefits for the Chronically Ill, SSBCI)*. Los SSBCI que se mencionan a continuación son parte de un paquete de beneficios combinados junto con su Beneficio para artículos de venta libre *(OTC)*. Cada trimestre en el que está inscrito en el plan, recibe una asignación de **$215** que se carga en su *tarjeta &more*. Además de los artículos OTC, también puede usar su asignación para comprar alimentos y productos saludables o pagar gastos de servicios públicos. **Alimentos y productos saludables** Alimentos aprobados, como productos agrícolas, lácteos, carnes y mariscos, productos congelados, productos envasados y bebidas. Determinados artículos, como alcohol, dulces, gaseosas y postres, no están cubiertos debido a las normas de Medicare. **Servicios públicos** Los gastos de servicios públicos, como gas, electricidad y agua, de proveedores de servicios públicos selectos. Puede obtener más información y acceder a sus beneficios visitando *andmorehealth.com*, descargando la aplicación móvil andmore o llamando al 1-855-AND-MORE *(1-855-263-6673)*. Los fondos no utilizados no se transfieren y caducan cada tres meses. Para ver los detalles completos del programa, visite *andmorehealth.com* o llame al 1-855-AND-MORE *(1-855-263-6673; TTY 711)* de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local, excepto los días feriados.

Beneficios Suplementarios Especiales para Enfermos Crónicos *(SSBCI) (continuación)*

Beneficio	Lo que le corresponde pagar
Beneficios SSBCI para alimentos y productos o servicios *(continuación)*	Los beneficios mencionados son Beneficios Suplementarios Especiales para Enfermos Crónicos *(SSBCI).* Es posible que califique para recibir los SSBCI si tiene un riesgo alto de ser hospitalizado y requiere una coordinación de atención médica intensiva para tratar su enfermedad crónica, como diabetes mellitus, enfermedad renal crónica (ERC), trastornos cardiovasculares, afecciones de salud mental crónicas e incapacitantes, e insuficiencia cardíaca crónica. No todos los miembros que tengan una enfermedad crónica calificarán, ya que se pueden aplicar otros criterios para brindar la cobertura. Para ver una lista completa de las enfermedades crónicas u obtener más información sobre otros requisitos de elegibilidad necesarios para calificar para los SSBCI, consulte el Capítulo 4 de la *Evidencia de cobertura* del plan. Avidia Bank emite su *tarjeta de beneficios &more prepaga de Mastercard®* en virtud de una licencia de Mastercard Incorporated. El uso de esta tarjeta está sujeto a los términos y condiciones del Contrato del titular de la tarjeta.

Servicios de telesalud

Beneficio	Lo que le corresponde pagar
Servicios de telesalud *(cubiertos por Medicare)*	**Coseguro del 0%** Puede requerir autorización previa.

Medicamentos recetados de la Parte D de Medicare

Debido a que es elegible para el AHCCCS *(Medicaid)*, usted reúne los requisitos y recibe "Ayuda adicional" de Medicare para pagar los costos de medicamentos con receta. Como se muestra a continuación, hay "etapas de pago de medicamentos" para su cobertura de medicamentos recetados de la Parte D de Medicare en virtud de Banner Medicare Advantage Dual. Cuánto paga por un medicamento depende de en cuál de estas etapas se encuentra en el momento en que obtiene una receta surtida o rellenada.

Etapas de medicamentos con receta	
Límite que paga de su bolsillo	**$2,100** Los costos totales anuales que paga de su bolsillo por los medicamentos son el total de los costos de copagos o coseguros pagados por usted. Sin embargo, como usted recibe "Ayuda adicional" para pagar su cobertura de medicamentos con receta, no pagará la totalidad de los **$2,100** de su bolsillo. En cambio, pagará su costo compartido de la "Ayuda adicional", o del subsidio por bajos ingresos *(Low-Income Subsidy, LIS)*, por receta.
Deducible de medicamentos con receta	**$0** Como usted recibe "Ayuda adicional" para pagar su cobertura de medicamentos con receta, no pagará el deducible estándar de la Parte D, y la cobertura comenzará en la Etapa de cobertura inicial.
Límite de cobertura inicial	Como usted recibe "Ayuda adicional", comenzará en la Etapa de cobertura inicial. Durante la Etapa de cobertura inicial, el plan paga la parte que le corresponde del costo de sus medicamentos y usted paga su parte hasta que los costos totales anuales de los medicamentos que paga de su bolsillo alcancen los **$2,100**. Los costos totales anuales que paga de su bolsillo por los medicamentos son el total de los costos de copagos o coseguros pagados por usted. Sin embargo, como usted recibe "Ayuda adicional" para pagar su cobertura de medicamentos con receta, no pagará la totalidad de los **$2,100** de su bolsillo. En cambio, pagará su costo compartido de la "Ayuda adicional", o del LIS, por receta. Puede obtener sus medicamentos en farmacias minoristas de la red o en farmacias de venta por correo.
Cobertura para catástrofes	Después de que los costos anuales de los medicamentos que paga de su bolsillo *(incluidos los medicamentos comprados mediante su farmacia minorista y mediante pedido por correo)* alcancen los **$2,100**, el plan pagará el costo total de sus medicamentos cubiertos de la Parte D. Usted no debe pagar nada.

Etapa de cobertura inicial
Su parte del costo cuando recibe **un suministro para un mes *(31 días)*** o **tres meses *(90 días)*** de un medicamento recetado de la Parte D cubierto:

Lo que le corresponde pagar *(cobertura inicial)*	
Medicamentos genéricos *(incluidos los medicamentos de marca que se tratan como genéricos)*	**$0, $1.60 o $5.10** *(por cada receta)*
Todos los demás medicamentos	**$0, $4.90 o $12.65** *(por cada receta)*

Por lo general, cubrimos los medicamentos que se obtienen en una farmacia fuera de la red solamente si usted no puede utilizar una farmacia de la red. Los medicamentos con receta que obtenga de una farmacia fuera de la red se cubren al mismo costo compartido que los de una farmacia dentro de la red. Para obtener más información sobre su beneficio de medicamentos con receta, llámenos o consulte la *Evidencia de cobertura* en línea, en *www.BannerHealth.com/MA*.

Mensaje importante sobre lo que le corresponde pagar por las vacunas de la Parte D: Nuestro plan cubre muchas vacunas sin ningún costo para usted.

Mensaje importante sobre lo que le corresponde pagar por las insulinas de la Parte D: No pagará más de $35 por un suministro para un mes de cada producto de insulina cubierto por nuestro plan, sin importar el nivel de costo compartido que tenga o la etapa de la Parte D en la que se encuentre. Como califica para recibir "Ayuda adicional", o subsidio por bajos ingresos *(LIS),* y recibe uno o el otro, nunca pagará más que su cantidad de costo compartido del LIS por un suministro para un mes.

Consulte la Lista de medicamentos para conocer los medicamentos, las vacunas y las insulinas cubiertos. Puede encontrar una copia de la Lista de medicamentos en nuestro sitio web: *www.BannerHealth.com/MA*.

Sistema de Contención de Costos de Atención Médica de Arizona *(AHCCCS)* Beneficios para 2026 de los Planes para necesidades especiales de Medicare Advantage para miembros con doble elegibilidad

Para que usted pueda entender mejor sus opciones de atención médica, la siguiente tabla señala sus cargos por ciertos servicios en virtud del Sistema de Contención de Costos de Atención Médica de Arizona *(Medicaid)*, como una persona que tiene Medicare y Medicaid.

Su responsabilidad de los costos compartidos de Medicare se basa en su nivel de elegibilidad para Medicaid.

- Beneficiario calificado de Medicare *(QMB)*: $0. Su cantidad de costos compartidos de Medicare la pagará su Plan de Salud de Medicaid a menos que se indique lo contrario a continuación.
- No QMB con las Partes A y B de Medicare: su cantidad de costos compartidos de Medicare la pagará su Plan de Salud de Medicaid únicamente cuando el beneficio también esté cubierto por Medicaid.

Beneficio	Como persona del AHCCCS con doble elegibilidad QMB, usted paga:	Como persona del AHCCCS sin doble elegibilidad QMB, usted paga:	Como miembro de Banner Medicare Advantage Dual, usted paga *(consulte la sección anterior para ver los detalles de cobertura)*:
PROGRAMAS DE MEDICAID DE CUIDADOS AGUDOS Y A LARGO PLAZO *(1)*			
Hospitalización	$0	$0	**$0**
Hospitalización como paciente de salud conductual	$0	$0	**$0**
Servicios de centros de enfermería	$0	$0	**$0**
Consulta de atención médica a domicilio	$0	$0	**0%**
Consultas con el doctor de atención primaria *(PCP)*	$0	$0 para consultas de chequeo y de $0 a $4 para otras consultas dependiendo de la elegibilidad *(2)* para personas de 21 años en adelante *(2)*. $0 para personas de 20 años y menores.	**0%**
Consulta con un especialista	$0	$0 para consultas de chequeo y de $0 a $4 para otras consultas dependiendo de la elegibilidad *(2)* para personas de 21 años en adelante. $0 para personas de 20 años y menores.	**0%**
Servicios cubiertos por Medicare, incluida la administración de casos crónicos/complejos, etcétera	$0	$0 para personas de 20 años y menores. *No están cubiertos para personas de 21 años en adelante.*	**0%**

Beneficio	Como persona del AHCCCS con doble elegibilidad QMB, usted paga:	Como persona del AHCCCS sin doble elegibilidad QMB, usted paga:	Como miembro de Banner Medicare Advantage Dual, usted paga *(consulte la sección anterior para ver los detalles de cobertura)*:
Consultas quiroprácticas	$0	$0 para personas de 20 años y menores; de $0 a $2.30 para personas mayores de 21 años según la elegibilidad (2), para un máximo de 20 consultas médicamente necesarias a partir del 1 de octubre de cada año *(podrían autorizarse consultas adicionales si son médicamente necesarias)*.	**0%**
Consulta con servicios de podiatría	$0	$0	**0%**
Consulta de salud conductual para pacientes externos	$0	$0	**0%**
Consulta de atención por abuso de sustancias para pacientes externos	$0	$0	**0%**
Consulta en centro quirúrgico ambulatorio o centro hospitalario para pacientes externos	$0	De $0 a $3 dependiendo de la elegibilidad *(2)* para personas de 21 años en adelante. $0 para personas de 20 años y menores.	**0%**
Servicios de ambulancia	$0	$0	**0%**

Beneficio	Como persona del AHCCCS con doble elegibilidad QMB, usted paga:	Como persona del AHCCCS sin doble elegibilidad QMB, usted paga:	Como miembro de Banner Medicare Advantage Dual, usted paga *(consulte la sección anterior para ver los detalles de cobertura)*:
Servicios de emergencia	$0	$0	**0%**
Consulta de atención médica urgente	$0	De $0 a $4 dependiendo de la elegibilidad *(2)* para personas de 21 años en adelante. $0 para personas de 20 años y menores.	**0%**
Consulta de terapia ocupacional, fisioterapia o logopedia para pacientes externos	$0	De $0 a $3 dependiendo de la elegibilidad *(2)* para personas de 21 años en adelante. $0 para personas de 20 años y menores.	**0%**
Equipo médico duradero	$0	$0	**0%**
Dispositivos protésicos	$0	$0. *La extremidad o articulación controlada por un microprocesador de miembros inferiores no está cubierta para personas de 21 años en adelante*.	**0%**
Capacitación para el autocontrol de la diabetes y suministros *(cuando se ofrece como parte de una consulta con el PCP)*	$0	$0	**0%**

Beneficio	Como persona del AHCCCS con doble elegibilidad QMB, usted paga:	Como persona del AHCCCS sin doble elegibilidad QMB, usted paga:	Como miembro de Banner Medicare Advantage Dual, usted paga *(consulte la sección anterior para ver los detalles de cobertura)*:
Consulta con un trabajador de la salud de la comunidad *(Community Health Worker, CHW)*	$0	$0	**$0**
Servicios de procedimientos de diagnóstico, radiografías y laboratorio *(incluidos los servicios de diagnóstico y pruebas de COVID-19)*	$0	$0	**0%**
Prueba de detección colorrectal	$0	$0	**$0**
Vacunas contra la gripe y la neumonía	$0	$0	**$0**
Mamografía	$0	$0	**$0**
Examen de papanicolaou y pélvico	$0	$0	**$0**
Prueba de detección de cáncer de próstata	$0	$0	**$0**
Diálisis renal o terapia nutricional para la enfermedad renal terminal	$0	$0	**0%**

Beneficio	Como persona del AHCCCS con doble elegibilidad QMB, usted paga:	Como persona del AHCCCS sin doble elegibilidad QMB, usted paga:	Como miembro de Banner Medicare Advantage Dual, usted paga *(consulte la sección anterior para ver los detalles de cobertura)*:
Medicamentos recetados	$0	De $0 a $2.30 dependiendo de la elegibilidad *(2)* para personas de 21 años en adelante. $0 para personas de 20 años y menores.	Medicamentos genéricos *(incluidos los medicamentos de marca que se tratan como genéricos)*: **$0, $1.60 o $5.10** *(por cada receta)* Todos los demás medicamentos: **$0, $4.90 o $12.65** *(por cada receta)*
Exámenes de audición, pruebas de audición de rutina y evaluaciones de ajuste para audífonos	$0 para personas de 20 años y menores. *No están cubiertos para personas de 21 años en adelante.*	$0 para personas de 20 años y menores. *No están cubiertos para personas de 21 años en adelante.*	**Coseguro del 0%** para cada examen auditivo cubierto por Medicare. **Copago de $0** para servicios auditivos de rutina.
Audífonos	$0 para personas de 20 años y menores. *No están cubiertos para personas de 21 años en adelante.*	$0 para personas de 20 años y menores. *No están cubiertos para personas de 21 años en adelante.*	**$0**
Implantes cocleares	$0	$0	**$0**
Examen de la vista de rutina, anteojos, lentes de contacto, lentes y monturas	$0 para personas de 20 años y menores. *No está cubierto para personas mayores de 21 años, excepto después de una cirugía de cataratas.*	$0 para personas de 20 años y menores. *No está cubierto para personas de 21 años en adelante.*	**$0**

Beneficio	Como persona del AHCCCS con doble elegibilidad QMB, usted paga:	Como persona del AHCCCS sin doble elegibilidad QMB, usted paga:	Como miembro de Banner Medicare Advantage Dual, usted paga *(consulte la sección anterior para ver los detalles de cobertura)*:
Servicios dentales de emergencia para adultos	$0 para personas de 21 años en adelante. *Servicios sujetos a un límite de $1,000 por cada período de 12 meses a partir del 1 de octubre de cada año.*	$0 para personas de 21 años en adelante. *Servicios sujetos a un límite de $1,000 por cada período de 12 meses a partir del 1 de octubre de cada año.*	**$0**
Transporte médicamente necesario que no sea de emergencia	$0	$0	**$0**
SOLO PROGRAMAS DE MEDICAID DE CUIDADOS A LARGO PLAZO *(1)*			
Servicios de centros de enfermería	El costo compartido es determinado por el AHCCCS.	El costo compartido es determinado por el AHCCCS.	**No están cubiertos.**
Servicios de relevo	$0. *Sujeto a un límite de 600 horas por cada período de 12 meses a partir del 1 de octubre de cada año.*	$0. *Sujeto a un límite de 600 horas por cada período de 12 meses a partir del 1 de octubre de cada año.*	**No están cubiertos.**
Servicios a domicilio y comunitarios	Contribución de los miembros determinado por el AHCCCS.	Contribución de los miembros determinado por el AHCCCS.	**No están cubiertos.**
Servicios dentales preventivos para adultos (4)	$0 para personas de 21 años en adelante. *Servicios sujetos a un límite de $1,000 por cada período de 12 meses a partir del 1 de octubre de cada año.*	$0 para personas de 21 años en adelante. *Servicios sujetos a un límite de $1,000 por cada período de 12 meses a partir del 1 de octubre de cada año.*	**$0**

(1) Los programas agudos de Medicaid incluyen AHCCCS Complete Care *(ACC)*, las Autoridades Regionales de Salud Conductual *(Regional Behavioral Health Authorities, RBHA) de ACC (ACC-RBHA)* y el Plan de Salud Integral del Departamento de Seguridad Infantil (Department of Child Safety) de Mercy Care *(Mercy Care DCS CHP)*. Los programas de Medicaid de cuidado a largo plazo incluyen ancianos y discapacitados físicos *(Elderly and Physically Disabled, E-PD)* y la División de Discapacidades del Desarrollo *(Division of Developmental Disabilities, DDD)*.

(2) Consulte el sitio web del AHCCCS para obtener información adicional sobre los costos compartidos, el copago y los beneficios de los beneficiarios.

(3) Las cantidades del copago de la Parte D de Medicare son responsabilidad exclusiva del beneficiario. Los planes de salud del AHCCCS no pueden ayudar con el pago de estas cantidades, excepto los medicamentos de salud conductual para aquellos beneficiarios que se determine que son gravemente enfermos mentales *(Seriously Mentally Ill, SMI)* que utilizan fondos permitidos no pertenecientes al Título XIX.

(4) Además de los servicios dentales de emergencia para adultos descritos anteriormente.

Banner Medicare Advantage

Banner Medicare Advantage Dual HMO D-SNP

Notice of Availability of Language Assistance Services and Auxiliary Aids and Services

English: We provide free language assistance services and auxiliary aids and services. To request these free services, call us at 877-874-3930, TTY 711, 8 a.m. to 8 p.m., seven days a week.

Spanish: Ofrecemos servicios gratuitos de asistencia lingüística y ayudas y servicios auxiliares. Para solicitar estos servicios gratuitos, llámenos al 877-874-3930, TTY 711, de 8 a.m. a 8 p.m., siete días a la semana.

Navajo: Bilagáana bizaad bee áká'a'doowoł dóó bee áká'a'doowołígíí t'áá jíík'é bee nihił yá'át'éehgo áńdaalyaa. Díí t'áá jíík'e bee áká'a'doowoł biniiyé, kojį' béésh bee hodíilnih 877-874-3930, TTY 711, 8 a.m. dóó 8 p.m. t'áá ákwíí jí bee.

Chinese: 我们提供免费的语言帮助服务以及辅助设备和服务。如需这些免费服务，请致电 877-874-3930 (TTY 711)，工作时间为每周七天，每天上午 8 点至晚上 8 点。

Vietnamese: Chúng tôi cung cấp dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ và thiết bị hỗ trợ hoàn toàn miễn phí. Để yêu cầu các dịch vụ miễn phí này, vui lòng gọi cho chúng tôi theo số 877-874-3930, TTY 711, từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, bảy ngày trong tuần.

Arabic: نقدِّم خدمات مساعدة لغوية مجانية، ووسائل وأدوات مساعدة إضافية. لطلب هذه الخدمات المجانية، يُرجى الاتصال بنا على الرقم 877-874-3930، أو عبر هاتف TTY على الرقم 711، طوال أيام الأسبوع من الساعة 8 صباحًا حتى الساعة 8 مساءً.

Tagalog: Nagbibigay kami ng mga libreng serbisyo na tulong sa wika at mga auxiliary aid at serbisyo. Upang humiling ng mga libreng serbisyo na ito, tawagan kami sa 877-874-3930, TTY 711, 8 a.m. hanggang 8 p.m., pitong araw sa isang linggo.

Korean: 당사는 언어 지원 서비스와 지원 도구 및 서비스를 무료로 제공합니다. 이러한 무료 서비스를 요청하려면 877-874-3930, TTY 711 번으로 연락해 주십시오. 주 7일, 오전 8시부터 오후 8시까지 운영합니다.

French: Nous Nous offrons des services d’assistance linguistique gratuits ainsi que des aides et services auxiliaires. Pour demander ces services gratuits, appelez-nous au 877-874-3930, TTY 711, de 8 h a.m. à 8 h p.m., sept jours sur sept.

German: Wir bieten kostenlose Sprachunterstützung sowie Hilfsmittel und Dienstleistungen an. Um diese kostenlosen Dienstleistungen in Anspruch zu nehmen, rufen Sie uns bitte unter der Nummer 877-874-3930, TTY 711, von 8 a.m. bis 8 p.m., sieben Tage die Woche, an.

Russian: Мы бесплатно оказываем услуги языковой поддержки, а также дополнительные услуги и поддержку. Чтобы запросить такие бесплатные услуги, свяжитесь с нами по номеру 877-874-3930, TTY 711, в любой день недели с 8 утра до 8 вечера.

Japanese: 無料の言語および補助器具の支援サービスを提供しています。これらの無料サービスをご希望の場合は、877-874-3930（TTY 711）までお電話ください。一週間（月曜日から日曜日まで）8 a.m.から8 p.m.まで対応しております。

Persian: ما خدمات رایگان کمک زبانی و تسهیلات و خدمات جانبی را فراهم می‌کنیم. برای درخواست این خدمات رایگان، با شماره تلفن 877-874-3930، TTY 711 از ساعت 8 صبح تا 8 شب، هفت روز هفته تماس بگیرید.

Syriac: ܟܬܒܝܢ ܕܝܠܢ ܬܫܡܫܬܐ ܕܡܬܪܓܡܢܘܬܐ ܕܠܬܪܝܢ ܡܕܝܢܬܐ ܘܡܬܪܓܡܢܘܬܐ ܐܚܪܢܝܬܐ. ܠܡܒܥܐ ܗܠܝܢ ܕܡܬܪܓܡܢܘܬܐ ܕܚܢܡܢ، ܡܠܐ ܥܡܢ ܠܟ 877-874-3930، TTY 711، ܒܝܘܡܐ 8 ܕܨܦܪܐ ܠܟ 8 ܕܪܡܫܐ، ܫܒܥܐ ܝܘܡܝܢ ܕܫܒܘܥܐ.

Serbian: Pružamo besplatne jezičke usluge, kao i pomoćna sredstva i usluge zarad lakše komunikacije. Da biste zatražili ove besplatne usluge, pozovite nas na 877-874-3930, TTY 711, svakog dana od 8 ujutru do 8 uveče.

Thai: เราให้บริการช่วยเหลือด้านภาษาฟรี รวมถึงให้ความช่วยเหลือและบริการสนับสนุนอื่นๆ หากต้องการขอรับบริการฟรีเหล่านี้ โปรดติดต่อเราทางหมายเลข 877-874-3930, TTY 711 เวลา 8 a.m. ถึง 8 p.m. ทุกวัน