

# 2026

## Resumen de beneficios Gold Kidney of Florida Gold Health (HMO-POS C-SNP)

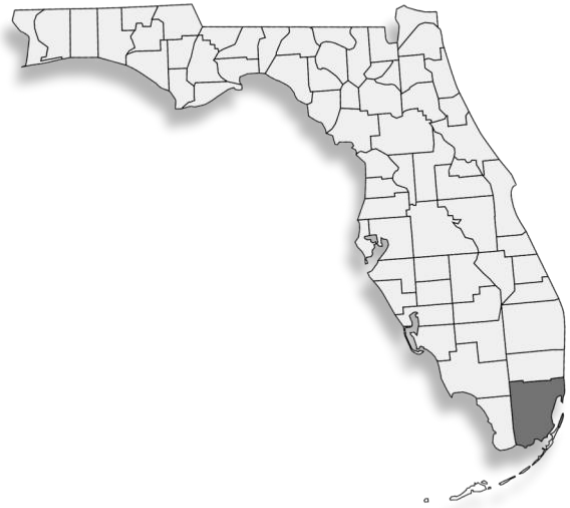
Este es un resumen de la cobertura de atención médica y de medicamentos recetados de Medicare para Gold Kidney of Florida Gold Health (HMO-POS C-SNP).

Del 1 de enero al 31 de diciembre de 2026

**Gold Kidney of Florida Gold Health (HMO-POS C-SNP)** es un plan de necesidades especiales crónicas (Chronic Special Needs Plans, C-SNP) de Medicare Advantage HMO-POS con un contrato con Medicare. La inscripción en el plan depende de la renovación del contrato.

La información de beneficios proporcionada no enumera todos los servicios que cubrimos ni todas las limitaciones o exclusiones. Para obtener una lista completa de los servicios que cubrimos, llame al 1-844-294-6535 (TTY 711) y solicite la “Evidencia de cobertura” o acceda a ella en línea en [www.goldkidney.com](http://www.goldkidney.com).

Para inscribirse en Gold Kidney of Florida Gold Health (HMO-POS C-SNP), debe tener derecho a la Parte A de Medicare, inscribirse en la Parte B de Medicare y vivir en nuestra área de servicio. Nuestra área de servicio incluye los siguientes condados de Florida: Miami-Dade.



Para obtener información sobre la cobertura y los costos de Original Medicare, consulte su manual actual “Medicare & You”. Véalo en línea en [www.medicare.gov](http://www.medicare.gov) u obtenga una copia llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Este documento está disponible en otros formatos, como braille, letra grande o audio.

Para obtener más información:

- **LLÁMENOS AL**  
1 (844) 294-6535 (TTY 711)
- **HORARIO DE ATENCIÓN**  
del 1 de octubre al 31 de marzo  
de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local, los 7 días de la semana (excepto los días festivos)  
del 1 de abril al 30 de septiembre  
de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local, de lunes a viernes (excepto los días festivos)
- **VISÍTENOS EN**  
[www.goldkidney.com](http://www.goldkidney.com)

# Primas y beneficios

Esta es una breve lista de los beneficios y costos compartidos para nuestro plan. Para obtener una lista completa, consulte la *Evidencia de cobertura* en nuestro sitio web en [www.goldkidney.com](http://www.goldkidney.com).

| Primas y beneficios                                                                                   | Gold Kidney of Florida Gold Health<br>(HMO-POS C-SNP)                                                                                                                  |                                                                                                           |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Prima mensual del plan</b><br>(incluye los servicios médicos y los medicamentos)                   | Usted paga \$0 cada mes.<br>Debe continuar pagando su prima de la Parte B de Medicare.                                                                                 |                                                                                                           |
| <b>Deducible</b>                                                                                      | \$0 por los beneficios médicos<br>\$0 por los beneficios de la Parte D                                                                                                 |                                                                                                           |
| <b>Responsabilidad de gastos de bolsillo máximo</b> (no incluye medicamentos recetados de la Parte D) | \$1,900 al año<br>Incluye copagos y otros costos por los servicios médicos dentro de la red para el año.                                                               |                                                                                                           |
| <b>Hospital para pacientes hospitalizados</b>                                                         | Dentro de la red<br>\$50 de copago por día para los días 1 a 7; \$0 de copago por día para los días 8 a 90                                                             | Fuera de la red<br>\$50 de copago por día para los días 1 a 7; \$0 de copago por día para los días 8 a 90 |
| <b>Hospital para pacientes ambulatorios</b>                                                           | Dentro de la red<br>\$50 de copago por visita                                                                                                                          | Fuera de la red<br>\$50 de copago por visita                                                              |
| <b>Centro quirúrgico ambulatorio (Ambulatory Surgical Center, ASC)</b>                                | Dentro de la red<br>\$50 de copago                                                                                                                                     | Fuera de la red<br>\$50 de copago                                                                         |
| <b>Visitas médicas</b><br>Proveedor de atención primaria<br><br>Especialista                          | Dentro de la red<br>\$0 de copago<br><br>\$0 de copago para nefrólogos, cardiólogos y endocrinólogos<br>\$5 de copago para todos los demás especialistas               | Fuera de la red<br>\$0 de copago<br><br>\$5 de copago                                                     |
| <b>Atención preventiva</b><br>(p. ej., vacuna contra la gripe, exámenes de detección de diabetes)     | Dentro de la red<br>\$0 de copago                                                                                                                                      | Fuera de la red<br>\$0 de copago                                                                          |
| <b>Atención de emergencia</b>                                                                         | \$120 de copago por visita<br>No se aplica el costo compartido para la sala de emergencia si se le admite en el hospital dentro de las 24 horas por la misma afección. |                                                                                                           |

| Primas y beneficios                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | Gold Kidney of Florida Gold Health<br>(HMO-POS C-SNP)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                 |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Servicios de urgencia</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | \$0 de copago por visita                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                 |
| <b>Servicios de diagnóstico/<br/>laboratorio/imágenes/<br/>radiología</b><br><br>Exámenes y procedimientos<br>de diagnóstico<br><br>Servicios de laboratorio<br><br>Resonancias magnéticas,<br>tomografías computarizadas<br><br>Radiografías<br><br>Servicios de radiología<br>terapéutica                                                                                                   | Dentro de la red<br><br>\$0 a \$20 de copago<br><br>\$0 a \$20 de copago<br><br>\$0 a \$150 de copago<br><br>\$0 de copago<br><br>20% de coseguro                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | Fuera de la red<br><br>\$20 de copago<br><br>\$20 de copago<br><br>\$150 de copago<br><br>\$20 de copago<br><br>20% de coseguro |
| <b>Audición</b><br><br>Examen de la audición de<br>rutina complementario<br><br>Colocación y evaluación de<br>audífonos recetados<br><br>Audífonos<br><br><br>Gold Kidney tiene un contrato<br>con un proveedor de servicios<br>de audición para proporcionar<br>beneficios de audición con<br>cobertura. Los detalles y<br>límites están disponibles en la<br><i>Evidencia de cobertura.</i> | Dentro de la red<br><br>\$0 de copago<br>Límite de un (1) examen de la<br>audición de rutina por año<br><br>\$0 de copago para visitas<br>ilimitadas cada año<br><br>\$195 de copago para el Nivel 1<br>\$595 de copago para el Nivel 2<br>\$995 de copago para el Nivel 3<br>\$1,395 de copago para el<br>Nivel 4<br><br>El costo compartido real<br>dependerá de los audífonos<br>seleccionados<br><br>Garantía de 3 años, 3 años de<br>visitas de seguimiento al<br>proveedor y 2 años de baterías<br><br>Límite de 1 audífono por oído,<br>por año | Fuera de la red<br><br>Sin cobertura fuera de la red<br><br>Sin cobertura fuera de la red<br><br>Sin cobertura fuera de la red  |

| Primas y beneficios                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | Gold Kidney of Florida Gold Health<br>(HMO-POS C-SNP)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                  |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p><b>Servicios dentales</b></p> <p>Servicios dentales preventivos</p> <p>Servicios dentales integrales</p> <p>Gold Kidney tiene un contrato con un proveedor de servicios dentales para proporcionar beneficios dentales con cobertura. Los detalles y límites están disponibles en la <i>Evidencia de cobertura</i>.</p>                      | <p>Dentro de la red</p> <p>\$0 de copago para exámenes dentales preventivos</p> <p>\$0 de copago para limpiezas</p> <p>\$0 de copago para tratamientos con flúor</p> <p>\$0 de copago para radiografías</p> <p>\$0 de copago para otros servicios dentales preventivos recibidos</p> <p>20% de coseguro para servicios de restauración</p> <p>20% de coseguro para servicios de endodoncia</p> <p>20% de coseguro para servicios de periodoncia</p> <p>\$0 de copago para servicios de cirugía bucal y maxilofacial</p> <p>\$0 de copago para servicios generales complementarios</p> <p>Asignación de \$4,000 por año para servicios dentales preventivos e integrales combinados</p> | <p>Fuera de la red</p> <p>Sin cobertura fuera de la red</p> <p>Sin cobertura fuera de la red</p> |
| <p><b>Servicios de la visión</b></p> <p>Exámenes de la vista de rutina complementarios</p> <p>Anteojos de rutina</p> <p>Gold Kidney tiene un contrato con un proveedor de servicios oftalmológicos para proporcionar beneficios oftalmológicos con cobertura. Los detalles y límites están disponibles en la <i>Evidencia de cobertura</i>.</p> | <p>Dentro de la red</p> <p>\$0 de copago</p> <p>Monto máximo de cobertura de \$200 cada año para anteojos de rutina, incluidos lentes, marcos o lentes y marcos combinados</p> <p>O \$115 por año para lentes de contacto (en lugar de anteojos). La asignación para lentes de contacto se aplica a la colocación/evaluación de lentes y lentes de contacto.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | <p>Fuera de la red</p> <p>Sin cobertura fuera de la red</p> <p>Sin cobertura fuera de la red</p> |

| Primas y beneficios                                                              | Gold Kidney of Florida Gold Health<br>(HMO-POS C-SNP)                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                             |
|----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Salud mental</b><br>Consulta de terapia grupal/terapia individual ambulatoria | Dentro de la red<br>\$25 de copago por sesiones individuales<br>\$10 de copago por sesiones grupales                                                                                                                                                                    | Fuera de la red<br>\$25 de copago por sesiones individuales<br>\$10 de copago por sesiones grupales                                                                                                                                                         |
| <b>Centro de enfermería especializada (Skilled Nursing Facility, SNF)</b>        | Dentro de la red<br>\$0 de copago por día para los días 1 a 20; \$214 de copago por día para los días 21 a 100                                                                                                                                                          | Fuera de la red<br>\$0 de copago por día para los días 1 a 20; \$214 de copago por día para los días 21 a 100                                                                                                                                               |
| <b>Quiropráctico</b>                                                             | Dentro de la red<br>\$20 de copago para visitas cubiertas por Medicare<br>\$20 de copago para visitas de rutina. Límite de 12 visitas por año                                                                                                                           | Fuera de la red<br>\$20 de copago<br><br>Sin cobertura fuera de la red                                                                                                                                                                                      |
| <b>Ambulancia</b>                                                                | Dentro de la red<br>\$200 de copago para servicios de ambulancia terrestre<br>20% de coseguro para servicios de ambulancia aérea                                                                                                                                        | Fuera de la red<br>\$200 de copago para servicios de ambulancia terrestre<br>20% de coseguro para servicios de ambulancia aérea                                                                                                                             |
| <b>Medicamentos de la Parte B de Medicare</b>                                    | Dentro de la red<br>\$35 de copago para medicamentos insulínicos de la Parte B de Medicare<br>0% al 20% de coseguro para medicamentos de radiación y quimioterapia de la Parte B de Medicare<br>0% al 20% de coseguro para otros medicamentos de la Parte B de Medicare | Fuera de la red<br>20% de coseguro para medicamentos insulínicos de la Parte B de Medicare<br>20% de coseguro para medicamentos de radiación y quimioterapia de la Parte B de Medicare<br>20% de coseguro para otros medicamentos de la Parte B de Medicare |

# Medicamentos recetados

Este es un resumen de la cobertura de medicamentos recetados y los costos compartidos para nuestro plan. Para obtener más información, consulte la *Evidencia de cobertura* en nuestro sitio web en [www.goldkidney.com](http://www.goldkidney.com).

| Etapa del deducible                                                                                                                                                                                                                                                |                                                     |               |                                                    |                                        |                                           |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|---------------|----------------------------------------------------|----------------------------------------|-------------------------------------------|
| Usted no paga un deducible.                                                                                                                                                                                                                                        |                                                     |               |                                                    |                                        |                                           |
| Etapa de cobertura inicial                                                                                                                                                                                                                                         |                                                     |               |                                                    |                                        |                                           |
| Permanece en la etapa de cobertura inicial hasta que haya pagado \$2,100 de su bolsillo por los medicamentos de la Parte D, pasará a la siguiente etapa (etapa de cobertura catastrófica).                                                                         |                                                     |               |                                                    |                                        |                                           |
|                                                                                                                                                                                                                                                                    | Medicamentos recetados por venta minorista estándar |               | Medicamentos recetados para atención a largo plazo | Medicamentos recetados fuera de la red | Medicamentos recetados pedidos por correo |
| Suministro para días                                                                                                                                                                                                                                               | 30 días                                             | 100 días      | 31 días                                            | 30 días                                | 100 días                                  |
| Medicamentos genéricos preferidos de Nivel 1:                                                                                                                                                                                                                      | \$0                                                 | \$0           | \$0                                                | \$0                                    | \$0                                       |
| Medicamentos genéricos de Nivel 2:                                                                                                                                                                                                                                 | \$0                                                 | \$0           | \$0                                                | \$0                                    | \$0                                       |
| Medicamentos de marca preferidos de Nivel 3:                                                                                                                                                                                                                       | \$40                                                | \$100         | \$40                                               | \$40                                   | \$40                                      |
| Medicamentos de marca no preferidos de Nivel 4:                                                                                                                                                                                                                    | \$100                                               | \$250         | \$100                                              | \$100                                  | \$250                                     |
| Nivel de especialidad de Nivel 5:                                                                                                                                                                                                                                  | 33%                                                 | No disponible | 33%                                                | 33%                                    | No disponible                             |
| Medicamentos para la diabetes seleccionados de Nivel 6:                                                                                                                                                                                                            | \$0                                                 | \$0           | \$0                                                | \$0                                    | \$0                                       |
| <i>Medicamentos insulínicos</i>                                                                                                                                                                                                                                    | \$0                                                 | \$0           | \$0                                                | \$0                                    | \$0                                       |
| Etapa de cobertura catastrófica                                                                                                                                                                                                                                    |                                                     |               |                                                    |                                        |                                           |
| Ingresa en la etapa de cobertura catastrófica cuando sus gastos de bolsillo alcanzan el límite de \$2,100 por año calendario. Una vez que se encuentre en la etapa de cobertura catastrófica, permanecerá en esta etapa de pago hasta el final del año calendario. |                                                     |               |                                                    |                                        |                                           |
| Durante esta etapa, no paga nada por los medicamentos de la Parte D.                                                                                                                                                                                               |                                                     |               |                                                    |                                        |                                           |

## Beneficios adicionales

Para obtener más información sobre los límites y los detalles de los beneficios, consulte la *Evidencia de cobertura* en nuestro sitio web en [www.goldkidney.com](http://www.goldkidney.com).

| Beneficios adicionales                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Equipo médico duradero (Durable Medical Equipment, DME)</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | 20% de coseguro para DME cubierto por Medicare                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <b>Transporte</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | \$0 de copago para 24 viajes de ida por año                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| <b>Beneficios complementarios para personas con enfermedades crónicas (Special Supplemental Benefits for the Chronically Ill, SSBCI)</b><br>Estos beneficios están disponibles solo para miembros elegibles con enfermedades crónicas cuando se determina que el beneficio específico cumple con las expectativas razonables de mejorar la salud o la función general del miembro. Los miembros deben padecer una enfermedad crónica y participar en los programas de administración de casos del plan para recibir estos beneficios. | <b>Asignación para alimentos y productos saludables mensuales*</b><br>Asignación mensual de \$150 que se utilizará para la compra de alimentos/productos saludables o comidas preparadas de comerciantes participantes del plan. La asignación no utilizada no se transfiere al mes siguiente.<br><b>Teléfono inteligente y plan de datos*</b><br>\$0 de copago por teléfono inteligente y paquete ilimitado de llamadas, mensajes de texto y datos para miembros elegibles que acepten participar en los servicios de administración de la atención que proporciona el plan de salud y sus socios. Los primeros 10 GB de datos móviles a alta velocidad; la velocidad se reduce a 128 kbps después de los 10 GB.<br><b>Asignación trimestral para artículos de venta libre y servicios públicos*</b><br>Asignación trimestral de \$100 que se utilizará para la compra de artículos de venta libre (over-the-counter, OTC) o para pagar los servicios públicos. La asignación no utilizada no se transfiere al siguiente trimestre. Se requiere información de la cuenta de servicios públicos. |

Gold Kidney Health Plan, Inc.® es un plan HMO-POS C-SNP con un contrato con Medicare. La inscripción en Gold Kidney Health Plan depende de la renovación del contrato.

Gold Kidney Health Plan cumple con las leyes correspondientes de derechos civiles federales y no discrimina por motivos de raza, color de piel, origen nacional, edad o sexo (incluidos el embarazo, la orientación sexual y la identidad de género).

\*Los Beneficios complementarios especiales para personas con enfermedades crónicas (Special Supplemental Benefits for the Chronically Ill, SSBCI) están disponibles para los miembros elegibles con afecciones crónicas que califican, como diabetes, insuficiencia cardíaca crónica, trastornos cardiovasculares y enfermedad renal crónica (etapa 3b o superior), y se ofrecen según los criterios de elegibilidad del Gold Kidney Health Plan. Los beneficios SSBCI no están garantizados y pueden cambiar cada año. Para obtener detalles completos, incluidos los requisitos de elegibilidad y los servicios disponibles, comuníquese con Gold Kidney Health Plan o revise la Evidencia de cobertura de su plan.

# Notice of Availability

**English:** ATTENTION: If you speak English, free language assistance services are available to you. Appropriate auxiliary aids and services to provide information in accessible formats are also available free of charge. Call 1-844-294-6535 (TTY: 711) or speak to your provider.

**Spanish:** ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. También están disponibles de forma gratuita ayuda y servicios auxiliares apropiados para proporcionar información en formatos accesibles. Llame al 1-844-294-6535 (TTY: 711) o hable con su proveedor.

**Navajo:** SHOOH: Diné bee yáníłt'i'gogo, saad bee aná'awo' bee áka'anída'awo'ít'áá jiik'eh ná hóló. Bee ahił hane'go bee nida'anishí t'áá ákodaat'éhígíí dóó bee áka'anída'wo'í áko bee baa hane'í bee hadadilyaa bich'í' ahoot'i'ígíí éí t'áá jiik'eh hóló. Kohjì 1-844-294-6535 (TTY: 711) hodíilnih doodago nika'análwo'í bich'í' hanidziih.

**Haitian:** ATANSYON: Si w pale Kreyòl Ayisyen, gen sèvis èd aladispozisyon w gratis pou lang ou pale a. Èd ak sèvis siplemantè apwopriye pou bay enfòmasyon nan fòm aksesib yo disponib gratis tou. Rele nan 1-844-294-6535 (TTY: 711) oswa pale avèk founisè w la.

**French:** ATTENTION: Si vous parlez Français, des services d'assistance linguistique gratuits sont à votre disposition. Des aides et services auxiliaires appropriés pour fournir des informations dans des formats accessibles sont également disponibles gratuitement. Appelez le 1-844-294-6535 (TTY : 711) ou parlez à votre fournisseur.

**Portuguese:** ATENÇÃO: Se você fala português, serviços gratuitos de assistência linguística estão disponíveis para você. Auxílios e serviços auxiliares apropriados para fornecer informações em formatos acessíveis também estão disponíveis gratuitamente. Ligue para 1-844-294-6535 (TTY: 711) ou fale com seu provedor.

**Simplified Chinese:** 注意：如果您说中文，我们将免费为您提供语言协助服务。我们还免费提供适当的辅助工具和服务，以无障碍格式提供信息。致电 1-844-294-6535（文本电话：711）或咨询您的服务提供商。

**Tagalog:** PAALALA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, magagamit mo ang mga libreng serbisyong tulong sa wika. Magagamit din nang libre ang mga naaangkop na auxiliary na tulong at serbisyo upang magbigay ng impormasyon sa mga naa-access na format. Tumawag sa 1-844-294-6535 (TTY: 711) o makipag-usap sa iyong provider.

**Vietnamese:** LƯU Ý: Nếu bạn nói tiếng Việt, chúng tôi cung cấp miễn phí các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ. Các hỗ trợ dịch vụ phù hợp để cung cấp thông tin theo các định dạng dễ tiếp cận cũng được cung cấp miễn phí. Vui lòng gọi theo số 1-844-294-6535 (Người khuyết tật: 711) hoặc trao đổi với người cung cấp dịch vụ của bạn.



**Arabic:** تنبيه: إذا كنت تتحدث اللغة العربية، فستتوفر لك خدمات المساعدة اللغوية المجانية. كما تتوفر وسائل مساعدة وخدمات مناسبة لتوفير المعلومات بتنسيقات يمكن الوصول إليها مجانًا. اتصل على الرقم 1-844-294-6535 (711) أو تحدث إلى مقدم الخدمة.

**German:** ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlose Sprachassistentendienste zur Verfügung. Entsprechende Hilfsmittel und Dienste zur Bereitstellung von Informationen in barrierefreien Formaten stehen ebenfalls kostenlos zur Verfügung. Rufen Sie 1-844-294-6535 (TTY: 711) an oder sprechen Sie mit Ihrem Provider.

**Hindi:** ध्यान दें: यदि आप हिंदी बोलते हैं, तो आपके लिए निःशुल्क भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध होती हैं। सुलभ प्रारूपों में जानकारी प्रदान करने के लिए उपयुक्त सहायक साधन और सेवाएँ भी निःशुल्क उपलब्ध हैं। 1-844-294-6535 (TTY: 711) पर कॉल करें या अपने प्रदाता से बात करें।

**Russian:** ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русский, вам доступны бесплатные услуги языковой поддержки. Соответствующие вспомогательные средства и услуги по предоставлению информации в доступных форматах также предоставляются бесплатно. Позвоните по телефону 1-844-294-6535 (TTY: 711) или обратитесь к своему поставщику услуг.

**Italian:** ATTENZIONE: se parli Italiano, sono disponibili servizi di assistenza linguistica gratuiti. Sono inoltre disponibili gratuitamente ausili e servizi ausiliari adeguati per fornire informazioni in formati accessibili. Chiama l'1-844-294-6535 (tty: 711) o parla con il tuo fornitore.

**Gujarati:** ધ્યાન આપો: જો તમે ગુજરાતી બોલતા હો તો મફત ભાષાકીય સહાયતા સેવાઓ તમારા માટે ઉપલબ્ધ છે. યોગ્ય ઓફિસિલરી સહાય અને એક્સેસિબલ ફોર્મેટમાં માહિતી પૂરી પાડવા માટેની સેવાઓ પણ વિના મૂલ્યે ઉપલબ્ધ છે. 1-844-295-6535 (TTY: 711) પર કોલ કરો અથવા તમારા પ્રદાતા સાથે વાત કરો.

**Korean:** 주의: 한국어를 사용하시는 경우 무료 언어 지원 서비스를 이용하실 수 있습니다. 이용 가능한 형식으로 정보를 제공하는 적절한 보조 기구 및 서비스도 무료로 제공됩니다. 1-844-294-6535(TTY: 711)번으로 전화하거나 서비스 제공업체에 문의하십시오.