



Humana 파트 D 처방약 보장에 대한 2027년 전환기 처리방침

계약 ID:

H0028, H0292, H0473, H0963, H1019, H1036, H1396, H1468, H1951, H2237, H2463, H2486, H2875, H3533, H3642, H3767, H4141, H4329, H4461, H4623, H4939, H5178, H5216, H5377, H5525, H5619, H5970, H6622, H7284, H7617, H8145, H8908, H9233, R0110, R1532, R4182, R5361, R5826, R7220, S5884

Humana는 귀하와 같은 가입자들이 다가오는 보험연도에 필요한 약을 받을 수 있도록 보장하고자 합니다. 2027년 1월 1일부터 아래와 같은 상황이라면 현재 받고 계신 약을 받지 못할 수도 있습니다.

- 해당 약이 승인 목록에 없을 경우. 또는,
- 우리의 사전 승인이 필요할 경우

귀하의 약이 저희 승인 목록에 없거나 우리의 사전 승인이 필요할 경우라도, 일정 기간 동안은 계속 약을 받으실 수 있습니다. 이를 전환기 공급이라고 합니다.

일부 약은 전환기 공급 대상이 아닙니다. 이러한 약의 예는 다음과 같습니다.

- 해당 약이 파트 A 또는 B인지, 아니면 파트 D로 보장되는지 여부를 판단해야 하는 약.
- 파트 D 보장 대상이 아닐 수 있는 약. 해당 약이 보장되기 전에, 귀하가 그 약을 어떤 용도로 사용하는지 확인이 필요할 수 있습니다.
- 안전하게 사용되고 있는지 확인하기 위해 추가 정보가 필요한 약.

1회성 전환기 공급

2027년 1월 1일부터, 귀하께서 현재 처방받으시는 치료 약물을 받기 어려워질 때:

- Humana는 귀하의 현재 처방 치료 약물을 소매 또는 우편 주문 약국에서 조제받으실 때, 현재 플랜 연도의 가입 자격 유지 첫 90일 동안 또는 보장 적용일로부터 시작되는 가입 첫 90일 동안 처방전이 30일 미만으로 작성된 경우(이 경우에, Humana는 총 30일 분량의 약물이 제공되도록 복수의 조제를 허용합니다)가 *아닌 한*, 파트 D 보장 약물의 1회성 30일 공급분을 보장합니다. Humana는 안전을 위한 수량 제한 또는 승인된 제품 라벨

표시에 따른 의약품 적정 사용 수정 사항을 이유로 작성된 양보다 적은 양으로 조제된 과도기 처방 건에 대해 리필을 제공합니다.

- 귀하는 전환기 약품 공급을 받은 후, 전환기 약품 공급의 임시적 성격에 관해 설명하는 서신을 받게 됩니다. 해당 서신을 받은 후, 처방자와 상담을 통해 대체 약품으로 바꾸어야 할지, 예외나 사전 승인을 요청해야 할지 결정하십시오. 예외 또는 사전 승인이 요청되어 승인될 때까지는, Humana는 임시 공급 약품의 리필 비용을 지급하지 않을 수 있습니다.

장기 요양 시설 거주자를 위한 전환기 공급

Humana는 다른 플랜으로 전환하거나, Medicare 및 전범위 Medicaid 혜택을 모두 받고 있거나, 예외 또는 이의 제기를 하는 장기 요양 시설 거주자를 지원합니다. 장기 요양 시설 입소자의 경우, Humana는 처방전이 31일 미만으로 작성된 경우를 제외하고 파트 D 보장 약물의 31일 공급량을 보장합니다. 처방전이 31일 미만으로 작성된 경우, Humana는 총 31일 분량의 약물이 제공되도록 여러 번 나누어 조제받는 것을 허용합니다. 이러한 보장 서비스는 현재 처방 약을 장기 요양 시설의 약국에서 조제 받는 경우 보장 유효일부터 시작하여 가입 후 처음 90일 동안, 또는 현 플랜 연도에 대한 자격이 발생한 후 첫 90일 동안 언제든지 제공받을 수 있습니다.

귀하께서 치료 약물을 받기 어려워지셨으나 플랜 가입 후 첫 90일이 지난 경우, Humana는 처방전이 31일 미만으로 작성된 경우를 제외하고 31일 분량의 비상 공급분을 보장합니다. 처방전이 31일 미만으로 작성된 경우, Humana는 총 31일 분량의 약물이 제공되도록 복수의 조제를 허용합니다. 이 경우 Humana는 귀하가 예외 또는 사전 승인 요청을 지속하는 동안 요법을 계속할 수 있도록 최대 총 31일분의 파트 D 보장 의약품 공급을 위한 복수 조제를 허용합니다.

장기 요양 시설에 입원하거나 퇴원하는 경우, 입원 또는 퇴원 시 리필을 이용할 수 있으며, 조기 리필 수정 사항은 적용되지 않습니다.

기존 가입자를 위한 전환기 공급

해당 플랜 연도 전체에 걸쳐 귀하에게 필요한 치료 수준에 따라 치료 환경이 변경될 수 있습니다. 이러한 전환에는 다음이 포함됩니다.

- 병원이나 전문요양시설에서 퇴원하여 가정으로 돌아가는 가입자
- 가정에서 병원이나 전문 요양 시설에 입원한 가입자
- 가입자가 한 전문 요양 시설에서 다른 전문 요양 시설로 이전하고 다른 약국에서

서비스를 받는 경우

- 가입자의 전문 요양 시설의 Medicare 파트 A 체류(지급액에 모든 약국 비용이 포함)가 종료되어 본인의 파트 D 플랜 혜택을 사용해야 하는 경우
- 호스피스 자격을 포기하고 일반 Medicare 파트 A 및 B로 복귀하시는 가입자 보장
- 고도로 개별화된 약물 치료법을 처방받고 만성 정신 질환 병원에서 퇴원하시는 가입자

이러한 치료 조건 변화에 대해 Humana는 최대 31일 분량의 파트 D 보장대상 약품을 보장합니다. 같은 달에 치료 조건이 여러 번 변경되는 경우, 해당 의약품을 계속 보장받으려면 예외 또는 사전 승인을 요청하고 승인을 받아야 할 수 있습니다.

귀하가 변경할 경우 위험이 있는 것으로 알려진 안정화 약물 요법을 이용하는 경우, Humana는 각 사례에 따라 이러한 요법의 지속 요청을 검토할 것입니다.

계약 연도 전체에 걸친 전환

Humana는 기존 가입자에게 신규 가입자에게 요구되는 전환 절차와 같은 전환 절차를 제공합니다. 다가오는 해에 급여 의약품 목록의 불리한 변경으로 인해 약물이 영향을 받게 되는 기존 가입자의 경우, Humana는 새 계약 연도가 시작될 때 전환 절차를 제공하여 실질적인 전환을 진행합니다. Humana는 또한 가입자가 유효 가입 날짜가 11월 1일 또는 12월 1일인 플랜에 가입하고 전환 공급 서비스를 이용해야 하는 경우, 계약 연도 전체에 걸쳐 전환기 방침을 연장합니다.

새로운 처방전 구분

Humana는 새로운 처방과 진행 중인 처방 건을 구별할 수 없는 경우에도, Humana의 처방 의약품집 목록에 없는 약품이나 이용도 관리 요건이 적용되는 약품에 대해서도 모든 전환기 절차가 적용되도록 하고 있습니다. 진행 중인 요법을 구분하려면, 가입자에게는 최소 108일의 보험청구 이력이 있어야 합니다. Humana는, 보험청구 이력이 있을 경우, 가입자 유효일 또는 현재 플랜 연도 시작일로부터 180일 동안 해당 약품에 대한 과거 이용 내역을 소급하여 확인합니다.

전환 가입자 통지

Humana 방침에 따르면, 전환기 청구와 관련하여 해당 가입자에게 전환 발생 건에 대해 통지를 해야 합니다. 여러 번에 나누어 전환 공급분을 받는 가입자에게는 첫 번째 전환 조제에 대해서만 안내문이 발송됩니다. 모든 전환기 방침 통지서는 판매 시점 판정 시스템을 통해 전환 조제 건에 관해 확인받은 후, 영업일 기준 사흘(3일) 이내에 미국 일급 우편을 통해 가입자에게 발송됩니다. 본 서신에는 다음과 같은 내용이 포함되어 있습니다.

- 제공된 전환 공급품은 일시적인 것으로, 처방 의약품 목록 예외 적용 또는 기타 승인이 없는 한 전환 기간 이후에는 리필을 받을 수 없습니다.
- 가입자는 Humana 및 담당 처방자와 협력하여 이용도 관리 요건을 충족하거나 Humana의 처방 의약품 목록에 있고 비용을 절감할 수 있는 적절한 치료 대안을 알아봐야 합니다.
- 가입자는 처방 의약품 목록 예외 적용과 예외 적용 요청을 처리할 시간을 요구할 권리가 있으며, 후원자가 불리한 결정을 내릴 경우 이의제기를 요청할 권리가 있습니다. 뿐만 아니라,
- Humana의 예외적용 요청 절차를 요구할 권리가 있습니다.

장기 요양(long-term care, LTC) 거주자가 14일(또는 그 이하) 단위로 파트 D 의약품을 여러 번 조제 받은 경우, 첫 번째 임시 조제 건이 처리된 후 영업일 기준 사흘(3일) 이내에 전환 정책 통지서가 우편으로 발송됩니다.

전환 처방자 통지

Humana의 정책에 따르면, 전환 청구 기록에 있는 처방자에게 전환 발생건에 대해 반드시 통지해야 합니다. 가입자께서 여러 번에 나누어 전환 공급량을 모두 제공받으시는 경우, 의료 제공자에게는 첫 번째 전환 조제에 대해서만 안내문이 발송됩니다. 해당 처방자 서신에는 다음 정보가 포함되어야 합니다.

- 가입자 성명:
- 가입자 생년월일
- 의약품 이름
- 조제 날짜
- 이용도 관리 수정 사항
- Humana의 제공자 의약품 목록 검색(Provider Drug List Search) 도구 사용 방법에 대한 지침
- Humana의 보장 결정 절차(Coverage Determination Process)에 대한 정보

전환 정책을 통해 제공되는 의약품에 대한 비용 부담

- 귀하께서 2027년에 저소득층 보조금(LIS) 지원 대상에 해당하시는 경우, 전환 기간 동안 제공되는 임시 약물 공급량에 대한 귀하의 본인 부담금 또는 공동 보험비용은 LIS 한도액을 초과하지 않습니다.
- 비 LIS 가입자의 경우, 본인 부담금 또는 공동 보험비용은 귀하의 플랜에 대해 승인된 약물 비용 부담 단계에 따라 산정되며, 이는 보장 예외에 따라 승인된 비급여 의약품에 대해 Humana가 부과하는 비용 부담 단계 및 이용도 관리 기준이 충족된 후 적용될 전환 기간 동안 제공되는 이용도 관리 수정 대상 급여 의약품에 대한 동일한 비용 부담과

일치합니다.

전환기간 연장

Humana는 각 사례에 따라 귀하의 예외 적용 요청 또는 이의제기 요청이 최소 전환 기간이 끝날 때까지 처리되지 않으면 (적절한 처방 의약품으로 전환하거나 예외 요청에 관한 결정을 통해) 전환이 이루어질 때까지 전환 기간을 연장해 필요한 약품을 계속 제공할 수 있도록 조치합니다.

약사 위원회(Pharmacy and Therapeutics Committee)

Humana의 파트 D 처방 의약품 목록 및 관련 방침은 약사 (P&T) 위원회에서 감독합니다. 특정 파트 D 의약품과 관련한 본 방침은 P&T 위원회에서 설계했습니다. 이 방침은 해당 의약품이 적응증에 대해 안전하고 효과적인 것으로 입증되고 제조업체의 권장 사항에 따라 처방되는 의학적으로 허용되는 임상 지침을 기반으로 사용될 수 있도록 마련되었습니다.

파트 D 의약품의 임시 공급분을 받은 후, 다음과 같은 경우 해당 의약품 대한 의학적 검토가 필요할 수 있습니다:

- 처방집 의약품 목록에 *없거나*
- 사전 승인, 수량 제한 또는 단계적 치료 요건과 같은 이용 관리 요구사항이 있는 경우

귀하가 처방집 의약품 목록에 없는 약품 또는 사전 승인, 수량 제한이 필요한 의약품에 대해 안정화되었거나 다른 대체 약물을 시도한 경우, 담당 처방자는 사전 승인 또는 예외 적용 요청 절차에 도움이 되도록 Humana에 귀하의 임상 이력에 대한 설명을 제공할 수 있습니다.

예외 적용 요청 또는 처방 변경 절차 예외를 요청하려면 어떻게 해야

하나요?

예외 적용 요청 첫 단계는 귀하 또는 담당 처방자가 Humana로 연락하는 것입니다. 담당 처방자가 귀하의 요청을 뒷받침하는 진술서를 제출해야 합니다. 당사가 보장하는 약품 중 그 어떤 약품도 요청 약품만큼 효과적이지 않거나 부작용을 가져올 수 있기 때문에 담당 처방자의 진술서는 요청 대상 의약품이 귀하의 상태를 치료하는 데 의학적으로 필요하다는 점을 명시해야 합니다. 이러한 예외 적용이 Humana에서 해당 의약품에 적용하는 사전 승인, 수량 제한 또는 기타 제한 조치에 관련된 경우, 담당 처방자의 진술에는 사전 승인 또는 제한이 귀하의 상태에 적합하지 않거나 귀하에게 부정적인 영향을 미칠 수 있음을 명시해야 합니다.

처방자의 진술서가 제출되면, Humana는 긴급 요청 건일 경우 늦어도 24시간 이내에, 일반 요청 건일 경우 늦어도 72시간 이내에 결정을 귀하에게 통지해야 합니다. 일반 요청 건으로 결과를 기다리는 동안 귀하의 생명, 건강 또는 최대 기능 회복 능력이 심각하게 위태로워질 수 있다고 당사가 판단하거나 귀하의 처방자가 당사에 고지하는 경우 귀하의 요청은 긴급으로 처리됩니다.

요청이 거부되면 어떻게 되나요?

귀하의 약물이 저희 급여 의약품 목록에 포함되어 있지 않거나, 목록에 포함되어 있으나 사전 승인, 단계별 치료 또는 수량 제한과 같은 이용도 관리 요건이 설정되어 있는 경우, 저희가 귀하의 질환 치료에 사용되는 다른 약물을 보장하는지 문의하실 수 있습니다. 귀하의 상태에 대해 다른 의약품을 보장하는 경우, Humana가 보장하는 해당 의약품이 귀하에게 적합한지 담당 처방자에게 문의하실 것을 권장합니다.

귀하의 요청이 거부된 경우, 귀하는 거부 결정에 대한 재검토를 요청하여 이의를 제기할 권리가 있습니다. 귀하는 거부 결정이 내려진 날로부터 역일 기준 65일 이내에 이의 제기를 요청해야 합니다.

예외나 이의제기 요청에 도움이 필요하거나 대체 약물로 전환하는 데 도움이 필요하거나 전환기 방침에 대한 자세한 내용을 알아보려면 ID 카드 뒷면에 있는 고객 서비스 번호로 전화해 주십시오. 사전 승인 및 예외 요청 양식은 Humana

웹사이트(<https://www.humana.com/pharmacy/prescription-coverages/prior-authorization-medication-approvals>)에서 귀하 및 처방의가 이용하실 수 있으며, 고객 서비스 센터로 전화하시어 우편, 팩스 또는 이메일로 받으실 수도 있습니다.

전환기 방침의 공지

본 전환기 방침은 Medicare 방침 및 양식이 같이 게시되어 있는 Humana

웹사이트(www.humana.com/pharmacy/prescription-coverages/medicare-claim-forms)에서 확인할 수 있습니다.

차별 금지 고지문

Humana 및 그 자회사는 관련 연방 민권법을 준수하며 인종, 피부색, 종교, 성별, 성 정체성, 성별, 성 지향성, 나이, 장애, 출신국, 군복무 여부, 재향군인 신분, 유전 정보, 혈통, 민족성, 결혼 여부, 언어, 건강 상태 또는 의료 서비스 필요성 등을 이유로 사람을 차별하거나 배척하지 않습니다. Humana, Inc.:

- 저희와 효과적으로 의사소통하도록 장애인들에게 합리적인 편의와 적절한 무료 보조 지원 및 서비스를 제공합니다.
 - 자격을 갖춘 수화 통역사
 - 다른 형식으로 마련된 서면 정보(큰 글씨, 오디오, 접근이 용이한 전자 형식, 기타 형식)
- 주요 사용 언어가 영어가 아닌 분들에게 언어 서비스를 무료로 제공하며 다음이 포함될 수 있습니다.
 - 자격을 갖춘 통역사
 - 다른 언어로 작성된 정보

합리적인 편의 제공, 적절한 보조 지원 또는 언어 지원 서비스가 필요한 경우 **877-320-1235(TTY: 711)**로 전화하십시오. 이용 시간: 오전 8시 - 오후 8시 (동부 시간) Humana Inc가 이러한 서비스를 제공하지 않았거나, 인종, 피부색, 종교, 젠더, 젠더 정체성, 성, 성적 지향, 나이, 장애, 출신국, 군인, 재향군인, 유전 정보, 조상, 종족, 혼인 상태, 언어, 건강 상태, 또는 의료 서비스 필요성 등을 이유로 차별한 경우, Humana Inc의 Discrimination Grievances에 직접, 우편, 또는 이메일로 고충을 제기할 수 있습니다. 주소와 연락처와 이메일은 다음과 같습니다. P.O. Box 14618, Lexington, KY 40512-4618 **877-320-1235 (TTY: 711), or accessibility@humana.com**. 고충을 제기하는 데 도움이 필요한 경우 Humana Inc.의 차별 금지 코디네이터가 도움을 드릴 수 있습니다.

또한, 미국보건복지부, 민권 담당국 민원 포털 <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>를 통해 전자 방법으로 진정을 제기하거나, 아래의 주소나 전화로 연락하실 수 있습니다.

- U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue, S.W., Room 509F, HHH Building Washington, D.C. 20201. **800-368-1019, 800-537-7697 (TDD)**.

California 가입자:

귀하도 보건부, 민권사무소에 민원을 제기할 수 있습니다. 전화번호는 **916-440-7370 (TTY: 711)**이며 이메일 주소는 **Civilrights@dhcs.ca.gov**이고, 주소는 다음과 같습니다. Deputy Director, Office of Civil Rights, Department of Health Care Services, P.O. Box 997413, MS 0009, Sacramento, CA 95899-7413. 진정서는 이곳에 있습니다. **http://www.dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx**.

이 공지는 **www.humana.com/legal/non-discrimination-disclosure**에서 확인할 수 있습니다.

Notice of Availability - Auxiliary Aids and Services Notice

English: Free language, auxiliary aid, and alternate format services are available. Call **877-320-1235 (TTY: 711)**.

አማርኛ [Amharic]: ነፃ ቋንቋ፣ አጋዥ ማዳመጫ፣ እና አማራጭ ቅርፅ ቃላት ያላቸው አገልግሎቶችም ይገኛሉ። በ **877-320-1235 (TTY: 711)** ላይ ይደውሉ።

العربية [Arabic]: تتوفر خدمات اللغة والمساعدة الإضافية والتنسيق البديل مجاناً. اتصل على الرقم **877-320-1235 (الهاتف النصي: 711)**.

Հայերեն [Armenian]: Հասանելի են անվճար լեզվական, աջակցման և այլընտրանքային ձևաչափի ծառայություններ: Զանգահարե՛ք **877-320-1235 (TTY՝ 711)** հեռախոսահամարով:

Bàsàá [Bassa]: Wuḍu-xwíniín-mú-zà-zà kùà, hwòdǒ-fónó-nyò,, kè nyo-bǒ-po-kà bě bé wa nyuesé wídí pèè-pèédò kò. Ðá **877-320-1235 (TTY: 711)**.

বাংলা [Bengali]: বিনামূল্যে ভাষা, আনুষঙ্গিক সহায়তা, এবং বিকল্প বিন্যাসে পরিষেবা উপলব্ধ।
ফোন করুন **877-320-1235 (TTY: 711)** নম্বরে।

简体中文 [Simplified Chinese]: 我们可提供免费的语言、辅助设备以及其他格式版本服务。
请致电 **877-320-1235**（听障专线：**711**）。

繁體中文 [Traditional Chinese]: 我們可提供免費的語言、輔助設備以及其他格式版本服務。
請致電 **877-320-1235**（聽障專線：**711**）。

Kreyòl Ayisyen [Haitian Creole]: Gen sèvis lengwistik gratis, èd oksilyè, ak lòt fòm sèvis ki disponib. Rele **877-320-1235 (TTY: 711)**.

Hrvatski [Croatian]: Dostupne su besplatne jezične usluge, usluge dodatne pomoći i alternativnog formata. Nazovite **877-320-1235 (TTY: 711)**.

فارسی [Farsi]: خدمات زبان رایگان، کمک های اضافی و فرمت های جایگزین در دسترس است. با **877-320-1235 (TTY: 711)** تماس بگیرید.

Français [French]: Des services gratuits d'assistance linguistique, d'aide auxiliaire et de format alternatif sont disponibles. Appelez le **877-320-1235 (ATS : 711)**.

Deutsch [German]: Es stehen kostenlose unterstützende Hilfs- und Sprachdienste sowie alternative Dokumentformate zur Verfügung. Telefon: **877-320-1235 (TTY: 711)**.

Ελληνικά [Greek]: Διατίθενται δωρεάν γλωσσικές υπηρεσίες, βοηθήματα και υπηρεσίες σε εναλλακτικές προσβάσιμες μορφές. Καλέστε στο **877-320-1235 (TTY: 711)**.

ગુજરાતી [Gujarati]: મફત ભાષા, સહાયક સહાય અને વૈકલ્પિક ફોર્મેટ સેવાઓ ઉપલબ્ધ છે. **877-320-1235 (TTY: 711)** પર કૉલ કરો.

עברית [Hebrew]: שירותים אלה זמינים בחינם: שירותי תרגום, אביזרי עזר וטקסטים בפורמטים חלופיים.
נא התקשר למספר **877-320-1235 (TTY: 711)**

हिंदी [Hindi]: निःशुल्क भाषा, सहायक मदद और वैकल्पिक प्रारूप सेवाएं उपलब्ध हैं। **877-320-1235 (TTY:711)** पर कॉल करें।

Hmoob [Hmong]: Muaj kev pab txhais lus, pab kom hnov suab, thiab lwm tus qauv pab cuam.
Hu **877-320-1235 (TTY: 711)**.

Bekee [Igbo]: Asụsụ n'efu, enyemaka nkwarụ, na ọrụ usoro ndị ọzọ dị. Kpọọ **877-320-1235 (TTY: 711)**.

GHHNOA2026HUM_0526

Italiano [Italian]: Sono disponibili servizi gratuiti di supporto linguistico, assistenza ausiliaria e formati alternativi. Chiamare il numero **877-320-1235 (TTY: 711)**.

日本語 [Japanese]: 言語支援サービス、補助支援サービス、代替形式サービスを無料でご利用いただけます。 **877-320-1235 (TTY: 711)** までお電話ください。

ភាសាខ្មែរ [Khmer]: សេវាកម្មផ្នែកភាសា ជំនួយ និង សេវាកម្មជាន់មុខផ្សេងៗសម្រាប់អ្នកប្រើប្រាស់។ ទូរសព្ទទៅលេខ **877-320-1235 (TTY: 711)** ។

한국어 [Korean]: 무료 언어, 보조 지원 및 대체 형식 서비스를 이용하실 수 있습니다. **877-320-1235 (TTY: 711)** 번으로 문의하십시오.

ພາສາລາວ [Lao]: ມີບໍລິການພາສາ, ອຸປະກອນຊ່ວຍເຫຼືອ ແລະ ຮູບແບບທາງເລືອກອື່ນໆສ່ວຍຄ່າໃຫ້. ໂທ **877-320-1235 (TTY: 711)**.

Diné [Navajo]: Saad bee áná'álwo', bee haz'áanii, dóo naaltsoos t'áa ajilii'ígíí bee ak'e'elyaaígíí t'áa jiik'eh hóló. **877-320-1235 (TTY: 711)** bich'í' hodílnih.

नेपाली [Nepali]: निःशुल्क भाषा सेवा, सहायक सामग्री र वैकल्पिक ढाँचाका सेवाहरू उपलब्ध छन् । **877-320-1235 (TTY: 711)** मा कल गर्नुहोस् ।

Polski [Polish]: Dostępne są bezpłatne usługi językowe, pomocnicze i alternatywne formaty. Zadzwoń pod numer **877-320-1235 (TTY: 711)**.

Português [Brazilian Portuguese]: Estão disponíveis serviços gratuitos de ajuda linguística auxiliar e outros formatos alternativos. Ligue **877-320-1235 (TTY: 711)**.

ਪੰਜਾਬੀ [Punjabi]: ਮੁਫਤ ਭਾਸ਼ਾ, ਸਹਾਇਕ ਸਮਾਗਰੀ, ਅਤੇ ਵਿਕਲਪਿਕ ਢਾਂਚਾਕਾ ਸੇਵਾਵਾਂ ਉਪਲਬਧ ਹਨ। **877-320-1235 (TTY: 711)** 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ।

Русский [Russian]: Предоставляются бесплатные услуги языковой поддержки, вспомогательные средства и материалы в альтернативных форматах. Звоните по номеру **877-320-1235 (TTY: 711)**.

Español [Spanish]: Los servicios gratuitos de asistencia lingüística, ayuda auxiliar y servicios en otro formato están disponibles. Llame al **877-320-1235 (TTY: 711)**.

Tagalog [Tagalog]: Magagamit ang mga libreng serbisyong pangwika, serbisyo o device na pantulong, at kapalit na format. Tumawag sa **877-320-1235 (TTY: 711)**.

தமிழ் [Tamil]: மொழி,, உதவிப் பொருட்கள் மற்றும் மாற்று வடிவமைப்புச் சேவைகள் இலவசமாகக் கிடைக்கின்றன. **877-320-1235 (TTY: 711)** எண்ணை அழைக்கவும்.

తెలుగు [Telugu]: ఉచిత భాష, సహాయక మద్దతు, మరియు ప్రత్యామ్నాయ ఫార్మాట్ సేవలు అందుబాటులో గలవు. **877-320-1235 (TTY: 711)** కి కాల్ చేయండి.

اردو [Urdu]: مفت زبان، معاون امداد، اور متبادل فارمیٹ کی خدمات دستیاب ہیں۔ **877-320-1235 (TTY: 711)** کال

Tiếng Việt [Vietnamese]: Có sẵn miễn phí các dịch vụ ngôn ngữ, hỗ trợ phụ trợ và định dạng thay thế. Hãy gọi **877-320-1235 (TTY: 711)**.

Òyìnbó [Yoruba]: Àwọn isẹ̀ àtilẹ́hìn ìrànlọ́wọ́ èdè, àti ọ̀nà kíkà mírán wà lárọ̀wọ́tó lọ́fẹ́ẹ́. Pe **877-320-1235 (TTY: 711)**.