

Resumen de beneficios de 2024

PREMERA BLUE CROSS MEDICARE ADVANTAGE (HMO)

PREMERA BLUE CROSS MEDICARE ADVANTAGE CLASSIC (HMO)

PREMERA BLUE CROSS MEDICARE ADVANTAGE TOTAL HEALTH (HMO)

Resumen de beneficios de 2024

PREMERA BLUE CROSS MEDICARE ADVANTAGE (HMO) H7245-001

PREMERA BLUE CROSS MEDICARE ADVANTAGE CLASSIC (HMO) H7245-002

PREMERA BLUE CROSS MEDICARE ADVANTAGE TOTAL HEALTH (HMO) H7245-005

Condados cubiertos:

Medicare Advantage (HMO)	Medicare Advantage Classic (HMO)	Medicare Advantage Total Health (HMO)
Cowlitz	Cowlitz	Spokane
Island	Island	Stevens
King	King	Walla Walla
Kitsap	Kitsap	
Lewis	Lewis	
Pierce	Pierce	
San Juan	San Juan	
Skagit	Skagit	
Snohomish	Snohomish	
Spokane	Thurston	
Thurston	Walla Walla	
Walla Walla	Whatcom	
Whatcom		

Este es un resumen de los servicios médicos y de medicamentos cubiertos por Premera Blue Cross Medicare Advantage (HMO), Premera Blue Cross Medicare Advantage Classic (HMO) y Premera Blue Cross Medicare Advantage Total Health (HMO) desde el 1.º de enero de 2024 hasta el 31 de diciembre de 2024.

Premera Blue Cross Medicare Advantage (HMO), Premera Blue Cross Medicare Advantage Classic (HMO) y Premera Blue Cross Medicare Advantage Total Health (HMO) son planes con un contrato con Medicare. La inscripción en estos planes depende de la renovación del contrato.

La información provista sobre los beneficios no enumera cada servicio que cubrimos ni todas las limitaciones o exclusiones. Para obtener una lista completa de los servicios que cubrimos, solicite la “Evidencia de cobertura” llamando al servicio de atención al cliente o accediendo a ella en nuestro sitio web: premera.com/ma.

Para afiliarse a **Premera Blue Cross Medicare Advantage (HMO), Premera Blue Cross Medicare Advantage Classic (HMO) o Premera Blue Cross Medicare Advantage Total Health (HMO)** debe tener derecho a la Parte A de Medicare, estar inscrito en la Parte B de Medicare y vivir en nuestra área de servicio. Nuestra área de servicio incluye los siguientes condados de Washington: Cowlitz, Island, King, Kitsap, Lewis, Pierce, San Juan, Skagit, Snohomish, Spokane, Stevens, Thurston, Walla Walla y Whatcom.

Si recurre a proveedores fuera de nuestra red, es posible que no paguemos por esos servicios.

Para conocer la cobertura y los costos de Original Medicare, revise su manual actual, **“Medicare y Usted”**. Puede consultarlo en línea en [medicare.gov](https://www.medicare.gov) o solicitar una copia llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227).

Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 1-877-486-2048.

Este documento está disponible en otros formatos, incluidos el braille y el español.

Para obtener información adicional, llámenos al 888-850-8526 (TTY/TDD: 711), o visítenos en premera.com/ma.

Hay representantes disponibles:

Del 1.º de octubre al 31 de marzo, de 8 a.m. a 8 p.m. (hora del Pacífico), los 7 días de la semana.

Del 1.º de abril al 30 de septiembre, de 8 a.m. a 8 p.m. (hora del Pacífico), de lunes a viernes.

Prima y beneficios	Medicare Advantage (HMO)	Medicare Advantage Classic (HMO)	Medicare Advantage Total Health (HMO)
Prima de plan mensual Debe continuar pagando su prima de la Parte B de Medicare	\$0	\$54	\$23
Deducible de la Parte C Este plan no tiene un deducible	\$0	\$0	\$0
Deducible Parte D	\$0 para los niveles 1, 2 y 6 \$160 para los niveles 3, 4 y 5	\$0	\$0
Máxima responsabilidad de bolsillo Incluye los copagos y otros costos de los servicios médicos del año. No incluye medicamentos con receta.	\$6,500	\$5,000	\$5,000
Cobertura de internación hospitalaria* El período de beneficios comienza el día que ingresa al hospital y finaliza cuando usted no ha recibido ningún tipo de atención hospitalaria para pacientes internados por 60 días consecutivos. No paga nada si es readmitido en los 60 días posteriores a haber recibido atención internado.	\$450 de copago por día: los días 1-4 \$0 de copago por día: del día 5 en adelante	\$350 de copago por día: los días 1-4 \$0 de copago por día: del día 5 en adelante	\$350 de copago por día: los días 1-4 \$0 de copago por día: del día 5 en adelante
Cobertura hospitalaria para pacientes ambulatorios*	\$350 de copago	\$300 de copago	\$275 de copago
Cobertura de observación para pacientes ambulatorios*	\$90 de copago	\$90 de copago	\$90 de copago
Centro de cirugía ambulatoria*	\$150 por visita	\$150 por visita	\$150 por visita

^ Podría requerirse derivación del PCP.

* Se requiere autorización previa.

Prima y beneficios	Medicare Advantage (HMO)	Medicare Advantage Classic (HMO)	Medicare Advantage Total Health (HMO)
Visitas médicas			
Proveedores de atención primaria	\$5 de copago \$0 de copago por visita de telesalud	\$0 de copago \$0 de copago por visita de telesalud	\$0 de copago \$0 de copago por visita de telesalud
Especialistas Es posible que se requiera la derivación del PCP para los servicios de especialistas de fuera de la red.	\$40 de copago \$35 de copago por visita de telesalud	\$30 de copago \$25 de copago por visita de telesalud	\$30 de copago \$25 de copago por visita de telesalud
Atención preventiva Como la vacuna contra la gripe y las pruebas de detección de la diabetes. Si desea conocer la lista completa de los servicios preventivos cubiertos, consulte la Evidencia de cobertura de su plan.	\$0 de copago	\$0 de copago	\$0 de copago
Atención de emergencia Incluye cobertura mundial. Si lo internan en el hospital en un plazo de 24 horas, no tendrá que abonar el copago de la atención de emergencia.	\$90 de copago	\$90 de copago	\$90 de copago
Servicios necesarios de forma urgente Si lo internan en el hospital en un plazo de 24 horas, no tendrá que abonar el copago de los servicios necesitados con urgencia.	\$35 de copago \$50 de copago para cobertura mundial	\$35 de copago \$50 de copago para cobertura mundial	\$35 de copago \$50 de copago para cobertura mundial

^ Podría requerirse derivación del PCP.

* Se requiere autorización previa.

Prima y beneficios	Medicare Advantage (HMO)	Medicare Advantage Classic (HMO)	Medicare Advantage Total Health (HMO)
Servicios de diagnóstico/Pruebas de laboratorio/Diagnóstico por imagen			
Pruebas de diagnóstico y procedimientos* (por lugar de servicio, por día)	\$60 de copago	\$30 de copago	\$30 de copago
Servicios de laboratorio*	\$10 de copago	\$0 de copago	\$0 de copago
Radiografías ambulatorias	\$15 de copago	\$10 de copago	\$10 de copago
Servicios de radiología terapéutica (por ejemplo, radioterapia para el cáncer)* Si su médico le proporciona servicios adicionales, puede aplicarse un importe de gastos compartidos aparte.	20% de coseguro	20% de coseguro	20% de coseguro
Servicios de radiología diagnóstica* (como resonancias magnéticas o tomografías computadas)	\$180 de copago	\$160 de copago	\$160 de copago
Servicios auditivos			
Examen de audición cubierto por Medicare	\$35 de copago	\$30 de copago	\$30 de copago
Examen de audición de rutina (1 por año calendario)	\$35 de copago	\$30 de copago	\$30 de copago
Proveedor Hearing Care Solutions; se aplica un copago más alto a los exámenes realizados por todos los demás proveedores.	\$0 de copago	\$0 de copago	\$0 de copago
Audífonos cuando se compran a Hearing Care Solutions	\$0 de copago \$1,000 de subsidio anual por oído	\$0 de copago \$1,000 de subsidio anual por oído	\$0 de copago \$1,000 de subsidio anual por oído

^ Podría requerirse derivación del PCP.

* Se requiere autorización previa.

Prima y beneficios	Medicare Advantage (HMO)	Medicare Advantage Classic (HMO)	Medicare Advantage Total Health (HMO)
Servicios dentales			
Servicios dentales integrales cubiertos por Medicare	\$45 de copago	\$30 de copago	\$30 de copago
Subsidio anual máximo para servicios dentales preventivos e integrales no cubiertos por Medicare	\$1,000	\$1,500	\$1,500
Deducible dental integral anual (dentro y fuera de la red)	Deducible de \$25. No hay deducible para los servicios dentales preventivos y cubiertos por Medicare.		
Servicios dentales preventivos	Copago de \$0 por exámenes, flúor, limpiezas y radiografías. Consulte su Evidencia de cobertura (EOC) para conocer las limitaciones.		
Servicios dentales integrales	Copago de \$0 por servicios dentales integrales cubiertos, como empastes, extracciones, coronas y prótesis dentales. Consulte su Evidencia de cobertura (EOC) para conocer las limitaciones.		

^ Podría requerirse derivación del PCP.

* Se requiere autorización previa.

Prima y beneficios	Medicare Advantage (HMO)	Medicare Advantage Classic (HMO)	Medicare Advantage Total Health (HMO)
Servicios para la visión			
Examen de la vista cubierto por Medicare, y exámenes de detección de retinopatía diabética y de glaucoma cubiertos por Medicare una vez por año calendario**	\$0 de copago	\$0 de copago	\$0 de copago
Examen para diagnosticar y tratar enfermedades y afecciones oculares cubierto por Medicare	\$20 de copago	\$30 de copago	\$30 de copago
Equipo médico para la vista cubierto por Medicare	\$0 de copago	\$0 de copago	\$0 de copago
Examen de la vista de rutina (1 por año calendario)	\$20 de copago	\$0 de copago	\$0 de copago
Elementos de rutina para la vista para lentes y monturas o lentes de contacto por año calendario	Subsidio de \$150	Subsidio de \$250	Subsidio de \$200

^ Podría requerirse derivación del PCP.

* Se requiere autorización previa.

** Original Medicare no cubre exámenes de la vista de rutina (refracción ocular) para anteojos o lentes de contacto

Prima y beneficios	Medicare Advantage (HMO)	Medicare Advantage Classic (HMO)	Medicare Advantage Total Health (HMO)
Servicios de salud mental			
<p>Atención de salud mental para pacientes internados*</p> <p>El período de beneficios comienza el día que ingresa al hospital y finaliza cuando usted no ha recibido ningún tipo de atención hospitalaria para pacientes internados por 60 días consecutivos.</p> <p>No paga nada si es readmitido en los 60 días posteriores a haber recibido atención para la salud mental internado.</p>	<p>\$390 de copago por día: los días 1-4</p> <p>\$0 de copago por día: los días 5-90</p>	<p>\$390 de copago por día: los días 1-4</p> <p>\$0 de copago por día: los días 5-90</p>	<p>\$390 de copago por día: los días 1-4</p> <p>\$0 de copago por día: los días 5-90</p>
Atención de salud mental para pacientes ambulatorios	<p>\$30 de copago por visita</p> <p>\$20 de copago por visita de telesalud</p>	<p>\$30 de copago por visita</p> <p>\$20 de copago por visita de telesalud</p>	<p>\$30 de copago por visita</p> <p>\$20 de copago por visita de telesalud</p>
Centro de enfermería especializada*	<p>\$0 de copago por día: los días 1-20</p> <p>\$160 de copago por día: los días 21-60</p> <p>\$0 de copago por día: los días 61-100</p>	<p>\$0 de copago por día: los días 1-20</p> <p>\$160 de copago por día: los días 21-60</p> <p>\$0 de copago por día: los días 61-100</p>	<p>\$0 de copago por día: los días 1-20</p> <p>\$160 de copago por día: los días 21-60</p> <p>\$0 de copago por día: los días 61-100</p>
Terapia física	\$20 de copago	\$10 de copago	\$10 de copago
<p>Ambulancia*</p> <p>Sólo se requiere autorización previa cuando no se trata de una emergencia. (por viaje de ida)</p>	<p>\$300 de copago por tierra</p> <p>\$300 de copago por aire</p>	<p>\$275 de copago por tierra</p> <p>\$275 de copago por aire</p>	<p>\$275 de copago por tierra</p> <p>\$275 de copago por aire</p>

^ Podría requerirse derivación del PCP.

* Se requiere autorización previa.

Prima y beneficios	Medicare Advantage (HMO)	Medicare Advantage Classic (HMO)	Medicare Advantage Total Health (HMO)
Transporte	No está cubierto	No está cubierto	No está cubierto
Medicamentos de la Parte B de Medicare*	0%-20% de coseguro	0%-20% de coseguro	0%-20% de coseguro
Medicamentos de insulina de la Parte B de Medicare*	\$35 de copago	\$35 de copago	\$35 de copago
Crédito para venta libre por trimestre. Adquiera productos, incluidas las pruebas de COVID-19 de uso doméstico disponibles a través de OTC Health Solutions.	\$50	\$65	\$65
Servicios de quiropraxia (cubiertos por Medicare)	\$15 de copago	\$20 de copago	\$20 de copago
Servicios de quiropraxia de rutina	\$20 de copago, 6 visitas por año	\$20 de copago, 10 visitas por año	\$20 de copago, 10 visitas por año
Acupuntura* (cubierta por Medicare)	\$40 de copago	\$30 de copago	\$30 de copago
Acupuntura de rutina	\$20 de copago, 6 visitas por año	\$20 de copago, 10 visitas por año	\$20 de copago, 10 visitas por año
Servicios de naturopatía de rutina	No está cubierto	\$30 de copago, 6 visitas por año	\$30 de copago, 6 visitas por año
Programa de ejercicio Créditos mensuales disponibles para usar en cuotas de gimnasios, clases en centros de fitness, accesorios y máquinas de fitness para el hogar y acceso ilimitado a contenidos digitales premium de bienestar.	\$0 de copago	\$0 de copago	\$0 de copago

^ Podría requerirse derivación del PCP.

* Se requiere autorización previa.

Mensaje importante sobre lo que paga por las vacunas:

Algunas vacunas se consideran beneficios médicos. Otras vacunas se consideran medicamentos de la Parte D. Puede encontrar estas vacunas en la Lista de medicamentos del plan. Nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos sin costo alguno para usted, incluso si no ha pagado su deducible. Consulte la Lista de medicamentos de su plan o póngase en contacto con Servicios para miembros, para obtener información sobre la cobertura y los costos compartidos en relación con vacunas específicas.

Mensaje importante sobre lo que paga por la insulina:

No pagará más de \$35 por el suministro de un mes (hasta 30 días) de cada producto de insulina cubierto independientemente del nivel de costo compartido, incluso aunque no haya pagado su deducible.

Si califica para “Ayuda adicional”, podría beneficiarse de una reducción del costo compartido de las insulinas cubiertas por la Parte D. Consulte la lista de medicamentos de su plan para encontrar una lista completa de las insulinas de la Parte D cubiertas por su plan.

Beneficios para medicamentos con receta (Parte D):

Etapa de deducible

Medicare Advantage (HMO)

Sin deducible para los niveles 1, 2 y 6. Este plan tiene un deducible de **\$160** para los medicamentos de los niveles 3, 4 y 5. Usted paga el costo total de estos medicamentos, excepto las insulinas cubiertas por la Parte D como se ha indicado anteriormente, hasta alcanzar los **\$160**. Luego usted solo paga su costo compartido.

Medicare Advantage Classic (HMO) y Medicare Advantage Total Health (HMO)

Sin deducible.

Etapa de cobertura inicial (después de pagar su deducible, si corresponde)

Comienza en esta etapa cuando le surten su primera receta médica del año. Usted permanecerá en la Etapa de cobertura inicial hasta que los costos totales de medicamentos del año alcancen los **\$5,030**. Los costos anuales totales de medicamentos son los costos totales de medicamentos pagados tanto por usted como por su plan. Una vez alcanzado este importe, entrará en la Interrupción en la cobertura.

Interrupción en la cobertura

Después de ingresar en la interrupción en la cobertura, usted paga un coseguro del **25%** del costo del plan por los medicamentos de marca cubiertos y el **25%** del costo del plan por los medicamentos genéricos cubiertos hasta que el costo total de bolsillo sea de **\$8,000**, el cual es el final de la interrupción en la cobertura. No todos ingresarán en la interrupción en la cobertura.

Si desea más información sobre los costos compartidos en la interrupción en la cobertura, llámenos o acceda a su Evidencia de cobertura en línea.

Cobertura catastrófica

Una vez que sus costos de bolsillo anuales de medicamentos (incluidos los que compra tanto en cualquier farmacia minorista como los que encarga por correo) alcancen los **\$8,000**, el costo para usted de los medicamentos cubiertos será de \$0.

	Medicare Advantage (HMO)		Medicare Advantage Classic (HMO)		Medicare Advantage Total Health (HMO)	
	Costo compartido en farmacia minorista (suministro de hasta 30 días)	Costo compartido de encargo por correo (suministro de 90 días)	Costo compartido en farmacia minorista (suministro de hasta 30 días)	Costo compartido de encargo por correo (suministro de 90 días)	Costo compartido en farmacia minorista (suministro de hasta 30 días)	Costo compartido de encargo por correo (suministro de 90 días)
Nivel 1: Medicamentos genéricos preferidos	Copago de \$4 (suministro de 30 días)	Copago de \$0 (suministro de 90 días)	Copago de \$2 (suministro de 30 días)	Copago de \$0 (suministro de 90 días)	Copago de \$2 (suministro de 30 días)	Copago de \$0 (suministro de 90 días)
Nivel 2: Medicamento genérico	Copago de \$12 (suministro de 30 días)	Copago de \$36 (suministro de 90 días)	Copago de \$10 (suministro de 30 días)	Copago de \$30 (suministro de 90 días)	Copago de \$10 (suministro de 30 días)	Copago de \$30 (suministro de 90 días)
Nivel 3: Medicamentos de marca preferida	Copago de \$42 (suministro de 30 días)	Copago de \$126 (suministro de 90 días)	Copago de \$40 (suministro de 30 días)	Copago de \$120 (suministro de 90 días)	Copago de \$40 (suministro de 30 días)	Copago de \$120 (suministro de 90 días)
Nivel 4: Medicamentos no preferidos	Copago de \$100 (suministro de 30 días)	\$300 de copago	Copago de \$100 (suministro de 30 días)	Copago de \$300 (suministro de 90 días)	Copago de \$100 (suministro de 30 días)	Copago de \$300 (suministro de 90 días)
Nivel 5: Especialidad	Coseguro del 30%	No se ofrece	Coseguro del 33%	No se ofrece	Coseguro del 33%	No se ofrece
Nivel 6: Medicamentos para Select Care	Copago de \$0 (suministro de 100 días)	Copago de \$0 (suministro de 100 días)	Copago de \$0 (suministro de 100 días)	Copago de \$0 (suministro de 100 días)	Copago de \$0 (suministro de 100 días)	Copago de \$0 (suministro de 100 días)
	El costo compartido puede cambiar cuando usted ingresa en otra de las cuatro etapas del beneficio de la Parte D.		El costo compartido puede cambiar cuando usted ingresa en otra de las cuatro etapas del beneficio de la Parte D.		El costo compartido puede cambiar cuando usted ingresa en otra de las cuatro etapas del beneficio de la Parte D.	

Usted paga los copagos y el coseguro de la tabla anterior hasta que el total de sus costos anuales en medicamentos alcance los **\$5,030**.

Cuando reciba un suministro de 31 a 90 días de medicamentos de los niveles 1 a 4, los copagos indicados anteriormente en la tabla se multiplicarán de la siguiente manera:

- Si adquiere un suministro de 31 a 60 días en una de nuestras farmacias minoristas, (venta minorista o encargo por correo), pagará el doble de copago.
- Si adquiere un suministro de 61 a 90 días en una de nuestras farmacias minoristas, pagará el triple de copago.

Aviso de no discriminación

Premera Blue Cross Medicare Advantage (Premera) cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables, y no discrimina según la raza, el color, la nacionalidad, la edad, la discapacidad, el sexo, la identidad de género o la orientación sexual. Premera no excluye a las personas ni las trata de manera diferente debido a su raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad, sexo, identidad de género u orientación sexual.

Premera:

- Proporciona ayuda y servicios gratuitos a personas con discapacidades para comunicarse con nosotros de manera eficiente, por ejemplo:
 - Intérpretes de lenguaje de señas calificados.
 - Información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos).
- Proporciona servicios lingüísticos gratuitos para las personas cuyo idioma principal no sea el inglés, tales como:
 - Intérpretes calificados.
 - Información escrita en otros idiomas.

Si necesita estos servicios, comuníquese con el coordinador de derechos civiles.

Si considera que Premera no le ha proporcionado estos servicios o se sintió discriminado de algún modo por su raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad, sexo, identidad de género u orientación sexual, puede presentar una queja formal a la siguiente dirección:

Civil Rights Coordinator – Complaints and Appeals
Premera Blue Cross Medicare Advantage Plans
PO Box 21481, Eagan, MN 55121
Teléfono: 888-850-8526, Fax: 800-889-1076, TTY: 711
Correo electrónico: AppealsDepartmentInquiries@Premera.com

Puede presentar una queja formal en persona o por correo postal, fax o correo electrónico. Si necesita ayuda para presentar una queja formal, el coordinador de derechos civiles está disponible para ayudarle.

También puede presentar un reclamo de derechos civiles ante La Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU., de manera electrónica a través del portal de reclamos de la Oficina de Derechos Civiles disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o bien, por correo postal o teléfono a la dirección y al número de teléfono indicados a continuación:

U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Ave SW, Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201
1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD)

Los formularios de reclamos están disponibles en <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

Premera Blue Cross es un plan HMO que tiene un contrato con Medicare.
La inscripción Premera Blue Cross depende de la renovación del contrato.

Multi-Language Insert

Multi-language Interpreter Services

English: We have free interpreter services to answer any questions you may have about our health or drug plan. To get an interpreter, just call us at 1-888-850-8526 (TTY/TDD: 711). Someone who speaks English/Language can help you. This is a free service.

Spanish: Tenemos servicios de intérprete sin costo alguno para responder cualquier pregunta que pueda tener sobre nuestro plan de salud o medicamentos. Para hablar con un intérprete, por favor llame al 1-888-850-8526 (TTY/TDD: 711). Alguien que hable español le podrá ayudar. Este es un servicio gratuito.

Chinese Mandarin: 我们提供免费的翻译服务，帮助您解答关于健康或药物保险的任何疑问。如果您需要此翻译服务，请致电 1-888-850-8526 (TTY/TDD: 711)。我们的中文工作人员很乐意帮助您。这是一项免费服务。

Chinese Cantonese: 您對我們的健康或藥物保險可能存有疑問，為此我們提供免費的翻譯服務。如需翻譯服務，請致電 1-888-850-8526 (TTY/TDD: 711)。我們講中文的人員將樂意為您提供幫助。這是一項免費服務。

Tagalog: Mayroon kaming libreng serbisyo sa pagsasaling-wika upang masagot ang anumang mga katanungan ninyo hinggil sa aming planong pangkalusugan o panggamot. Upang makakuha ng tagasaling-wika, tawagan lamang kami sa 1-888-850-8526 (TTY/TDD: 711). Maaari kayong tulungan ng isang nakakapagsalita ng Tagalog. Ito ay libreng serbisyo.

French: Nous proposons des services gratuits d'interprétation pour répondre à toutes vos questions relatives à notre régime de santé ou d'assurance-médicaments. Pour accéder au service d'interprétation, il vous suffit de nous appeler au 1-888-850-8526 (TTY/TDD: 711). Un interlocuteur parlant Français pourra vous aider. Ce service est gratuit.

Vietnamese: Chúng tôi có dịch vụ thông dịch miễn phí để trả lời các câu hỏi về chương sức khỏe và chương trình thuốc men. Nếu quý vị cần thông dịch viên xin gọi 1-888-850-8526 (TTY/TDD: 711) sẽ có nhân viên nói tiếng Việt giúp đỡ quý vị. Đây là dịch vụ miễn phí.

German: Unser kostenloser Dolmetscherservice beantwortet Ihren Fragen zu unserem Gesundheits- und Arzneimittelplan. Unsere Dolmetscher erreichen Sie unter 1-888-850-8526 (TTY/TDD: 711). Man wird Ihnen dort auf Deutsch weiterhelfen. Dieser Service ist kostenlos.

Korean: 당사는 의료 보험 또는 약품 보험에 관한 질문에 대해 드리고자 무료 통역 서비스를 제공하고 있습니다. 통역 서비스를 이용하려면 전화 1-888-850-8526 (TTY/TDD: 711) 번으로 문의해 주십시오. 한국어를 하는 담당자가 도와 드릴 것입니다. 이 서비스는 무료로 운영됩니다.

Russian: Если у вас возникнут вопросы относительно страхового или медикаментного плана, вы можете воспользоваться нашими бесплатными услугами переводчиков. Чтобы воспользоваться услугами переводчика, позвоните нам по телефону 1-888-850-8526 (TTY/TDD: 711). Вам окажет помощь сотрудник, который говорит по-русски. Данная услуга бесплатная.

Arabic: إننا نقدم خدمات المترجم الفوري المجانية للإجابة عن أي أسئلة تتعلق بالصحة أو جدول الأدوية لدينا. للحصول على مترجم فوري، ليس عليك سوى الاتصال بنا على 1-888-850-8526 (TTY/TDD: 711). سيقوم شخص ما يتحدث العربية بمساعدتك. هذه خدمة مجانية.

Hindi: हमारे स्वास्थ्य या दवा की योजना के बारे में आपके किसी भी प्रश्न के जवाब देने के लिए हमारे पास मुफ्त दुभाषिया सेवाएँ उपलब्ध हैं. एक दुभाषिया प्राप्त करने के लिए, बस हमें 1-888-850-8526 (TTY/TDD: 711) पर फोन करें. कोई व्यक्ति जो हिन्दी बोलता है आपकी मदद कर सकता है. यह एक मुफ्त सेवा है.

Italian: È disponibile un servizio di interpretariato gratuito per rispondere a eventuali domande sul nostro piano sanitario e farmaceutico. Per un interprete, contattare il numero 1-888-850-8526 (TTY/TDD: 711). Un nostro incaricato che parla Italianovi fornirà l'assistenza necessaria. È un servizio gratuito.

Portuguese: Dispomos de serviços de interpretação gratuitos para responder a qualquer questão que tenha acerca do nosso plano de saúde ou de medicação. Para obter um intérprete, contacte-nos através do número 1-888-850-8526 (TTY/TDD: 711). Irá encontrar alguém que fale o idioma Português para o ajudar. Este serviço é gratuito.

French Creole: Nou genyen sèvis entèprèt gratis pou reponn tout kesyon ou ta genyen konsènan plan medikal oswa dwòg nou an. Pou jwenn yon entèprèt, jis rele nou nan 1-888-850-8526 (TTY/TDD: 711). Yon moun ki pale Kreyòl kapab ede w. Sa a se yon sèvis ki gratis.

Polish: Umożliwiamy bezpłatne skorzystanie z usług tłumacza ustnego, który pomoże w uzyskaniu odpowiedzi na temat planu zdrowotnego lub dawkowania leków. Aby skorzystać z pomocy tłumacza znającego język polski, należy zadzwonić pod numer 1-888-850-8526 (TTY/TDD: 711). Ta usługa jest bezpłatna.

Japanese: 当社の健康 健康保険と薬品 処方薬プランに関するご質問にお答えするために、無料の通訳サービスがあります。通訳をご用命になるには、1-888-850-8526 (TTY/TDD: 711) にお電話ください。日本語を話す人 者が支援いたします。これは無料のサービスです。