



Resumen de Beneficios 2024

**Planes Medicare Advantage con cobertura
para medicamentos por receta de la Parte D**

**AvMed Medicare Choice (HMO) del condado de Broward
H1016, plan 021**

Del 1 de enero de 2024 al 31 de diciembre de 2024

1

SECCIÓN I - INTRODUCCIÓN AL RESUMEN DE BENEFICIOS

La información sobre los beneficios que aquí se proporciona es un resumen de lo que cubrimos y lo que tú pagas. No incluye todos los servicios que cubrimos ni todas las limitaciones o exclusiones. Para obtener una lista completa de los servicios cubiertos, llámanos y solicita la “Evidencia de Cobertura”. También puedes consultar la *Evidencia de Cobertura* en nuestro sitio web, <http://www.avmed.org>.

Tienes opciones sobre cómo obtener tus beneficios de Medicare

- Una opción es obtener los beneficios de Medicare a través de Medicare Original (Medicare de tarifa por servicio). El gobierno federal administra directamente Medicare Original.
- Otra opción es obtener los beneficios de Medicare al inscribirse a un plan de salud de Medicare (como el plan **AvMed Medicare Choice (HMO) del condado de Broward**).

Consejos para comparar tus opciones de Medicare

Este folleto del Resumen de Beneficios da un resumen de lo que cubre el plan **AvMed Medicare Choice (HMO) del condado de Broward** y lo que tú pagas.

- Si quieres comparar nuestro plan con otros planes de salud de Medicare, solicita a los otros planes sus folletos de Resumen de Beneficios. O usa el Buscador de Planes de Medicare en <https://www.medicare.gov>.
- Si quieres saber más sobre la cobertura y los costos de Medicare Original, consulta en tu folleto “**Medicare y Tú**” actual. Puedes verlo en línea en <https://www.medicare.gov> o puedes obtener 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.

Secciones en este folleto

- Lo que hay que saber sobre el plan **AvMed Medicare Choice (HMO) del condado de Broward**.
- Prima mensual, deducible y límites a lo que pagas por servicios cubiertos.
- Beneficios médicos y hospitalarios cubiertos.
- Beneficios para medicamentos por receta.

Este documento está disponible en otros formatos como braille y de letras grandes.

Este documento puede estar disponible en un idioma diferente al inglés. Para más información, llámanos al 1-800-782-8633 TTY: 711.

Lo que hay que saber sobre el plan AvMed Medicare Choice (HMO) del condado de Broward

Horario de operación e información de contacto

- Del 1 de octubre al 31 de marzo estamos abiertos de 8 a.m. a 8 p.m. los 7 días de la semana.
- Del 1 de abril al 30 de septiembre, estamos abiertos de 8 a.m. a 8 p.m. de lunes a viernes.
- Si eres miembro de este plan, llámanos al 1-800-782-8633, TTY: 711.
- Si no eres miembro de este plan, llámanos al 1-800-535-9355, TTY: 711.
- Nuestro sitio web: <http://www.avmed.org>.

¿Quién puede inscribirse?

Para inscribirte al plan **AvMed Medicare Choice (HMO) del condado de Broward**, debes 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 el siguiente condado en Florida: Broward.

¿Qué médicos, hospitales y farmacias puedo usar?

El plan **AvMed Medicare Choice (HMO) del condado de Broward** cuenta con una red de médicos, hospitales, farmacias y otros proveedores. Si usas los proveedores que no están en nuestra red, puede ser que el plan no pague estos servicios.

En general, debes acudir a farmacias de la red para obtener tus medicamentos por receta cubiertos por la Parte D.

Puedes ver el directorio de proveedores y farmacias de nuestro plan en nuestro sitio web (<http://www.avmed.org>).

O llámanos y te enviaremos una copia del directorio de proveedores y farmacias.

¿Qué cubrimos?

Al igual que todos los planes de salud de Medicare, cubrimos todo lo que cubre Medicare Original, y *más*. Algunos de los beneficios adicionales se describen en este folleto.

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

- Puedes ver el formulario completo del plan (lista de medicamentos por receta de la Parte D) y cualquier restricción en nuestro sitio web, <http://www.avmed.org>.
- O, llámanos y te enviaremos una copia del formulario.

¿Cómo determinaré los costos de mis medicamentos?

Nuestro plan agrupa a cada medicamento en uno de cinco “niveles”. Tendrás que usar el formulario para localizar en qué nivel se encuentra el medicamento para determinar cuánto te costará. La cantidad que pagarás dependerá del nivel del medicamento y de la etapa del beneficio que hayas alcanzado. Más adelante en este documento hablaremos sobre las etapas de beneficios que ocurren: Cobertura Inicial, Brecha de la Cobertura y Cobertura Catastrófica.

Si tienes alguna pregunta sobre los beneficios o costos de este plan, ponte en contacto con AvMed Medicare

2

SECCIÓN II - RESUMEN DE BENEFICIOS

AvMed Medicare Choice (HMO) del condado de Broward

PRIMA MENSUAL, DEDUCIBLE Y LÍMITES A LO QUE PAGAS POR SERVICIOS CUBIERTOS

Prima mensual del plan	No pagas una prima mensual por separado para el plan AvMed Medicare Choice (HMO) del condado de Broward. Debes seguir pagando la prima de la Parte B de Medicare.
Deducible	Deducible médico: \$0 de copago. Deducible para medicamentos por receta: \$0 de copago.
Responsabilidad máxima que saldrá de tu bolsillo	Tus límites anuales en este plan: <ul style="list-style-type: none">• \$3,400 para servicios que recibes de proveedores de la red. Si alcanzas el límite que debe salir de tu bolsillo, sigues recibiendo servicios médicos y hospitalarios cubiertos y pagaremos el costo total por el resto del año. Por favor, ten en cuenta que aún tendrás que pagar tus primas mensuales y compartir los costos para tus medicamentos por receta de la Parte D.

BENEFICIOS MÉDICOS Y HOSPITALARIOS CUBIERTOS

Paciente hospitalizado	\$0 de copago por estancia. Tienes cobertura por un número ilimitado de días de hospitalización médicamente necesarios. Puede requerir autorización previa.
Paciente ambulatorio	<u>Dentro de la red:</u> Paciente ambulatorio: copago de \$200. Cirugía ambulatoria: copago de \$200. Puede requerir autorización previa.
Centro de cirugía ambulatoria	<u>Dentro de la red:</u> Centro de cirugía ambulatoria: copago de \$75. Puede requerir autorización previa.

BENEFICIOS MÉDICOS Y HOSPITALARIOS CUBIERTOS (continuación)

Consultas médicas	<p><u>Dentro de la red:</u></p> <p>Consulta con el médico de cabecera: \$0 de copago.</p> <p>Consulta con el especialista: \$10 de copago.</p> <p>Puede requerir referido del médico para ver a un especialista.</p> <p>Puede requerir autorización previa.</p>
Cuidados preventivos (p. ej., vacuna contra la influenza, exámenes de detección de diabetes)	<p><u>Dentro de la red:</u></p> <p>\$0 de copago para todos los servicios preventivos cubiertos por Medicare Original con cero costos compartidos.</p> <p>Cualquier servicio preventivo adicional aprobado por Medicare durante el año del contrato estará cubierto.</p>
Servicios de emergencia	<p><u>Dentro de la red:</u></p> <p>\$100 de copago por visita.</p> <p>Si eres admitido en el hospital en un plazo de 24 horas, no tendrás que pagar tu parte del costo por los servicios de emergencia.</p> <p>Cobertura mundial para atención de emergencia: \$100 de copago.</p>
Servicios de urgencia	<p><u>Dentro de la red:</u></p> <p>\$10 de copago por visita.</p> <p>Cobertura mundial para atención de urgencia: \$10 de copago.</p>
Servicios de diagnóstico / laboratorio / imágenes	<p><u>Dentro de la red:</u></p> <p>Pruebas y procedimientos de diagnóstico: copago de \$5 a \$25.</p> <p>Servicios de laboratorio: \$0 de copago.</p> <p>Servicios de radiología diagnóstica (como resonancias magnéticas, tomografías computarizadas): copago de \$75 a \$100.</p> <p>Radiografías: copago de \$5 a \$25.</p> <p>Servicios de radiología terapéutica (como tratamiento de radiación para cáncer): copago de \$35 a \$60.</p> <p>Puede requerir autorización previa.</p>

BENEFICIOS MÉDICOS Y HOSPITALARIOS CUBIERTOS (continuación)

Servicios auditivos	<p><u>Dentro de la red:</u></p> <p>Examen auditivo de diagnóstico y tratamiento: copago de \$5.</p> <p>Audífonos (hasta 2 audífonos cada dos años): copago de \$0.</p> <p>Subsidio para comprar audífonos: \$1,200 cada dos años.</p> <p>Puede requerir referido del médico.</p>
Servicios dentales	<p><u>Dentro de la red:</u></p> <p>Servicios dentales preventivos:</p> <ul style="list-style-type: none">• Examen oral: copago de \$0.• Limpieza (hasta 2 visitas al año): copago de \$0.• Radiografías dentales (hasta 1 visita cada dos años): copago de \$0. <p>Servicios dentales integrales:</p> <ul style="list-style-type: none">• Servicios de diagnóstico: copago de \$0.• Servicios de restauración: copago de \$0 a \$140.• Servicios no rutinarios: copago de \$0 a \$165.• Endodoncia: copago de \$22 a \$535.• Prostodoncia, otras cirugías orales/maxilofaciales, otros servicios: copago de \$0 a \$550.• Periodoncia (hasta 4 visitas al año): copago de \$0 a \$435.• Extracciones (hasta 3 visitas al año): copago de \$70 a \$175. <p>Otros servicios integrales cubiertos por Medicare: copago de \$10 a \$200</p> <p>Por favor, consulta la información de Delta Dental en la <i>Evidencia de Cobertura</i> para más detalles. Debes utilizar la red de proveedores de Delta Dental para que se cubran los servicios.</p> <p>Puede requerir autorización previa.</p>

BENEFICIOS MÉDICOS Y HOSPITALARIOS CUBIERTOS (continuación)

Servicios de la vista	<p><u>Dentro de la red:</u></p> <p>Examen para diagnosticar y tratar enfermedades y condiciones del ojo (incluida la evaluación anual para detectar glaucoma): copago de \$0.</p> <p>Examen rutinario de la vista (hasta 1 visita al año): copago de \$0.</p> <p>Anteojos o lentes de contacto después de una cirugía de cataratas: copago de \$0.</p> <p>Lentes de contacto: copago de \$0.</p> <p>Anteojos (marcos y lentes): copago de \$0.</p> <p>Nuestro plan paga hasta \$350 al año para anteojos.</p> <p>Puede requerir referido del médico.</p>
Servicios de salud mental	<p><u>Dentro de la red:</u></p> <p>Sesión de terapia de grupo como paciente externo: copago de \$15.</p> <p>Sesión de terapia individual: copago de \$15.</p> <p>Servicios de salud mental para pacientes ingresados: copago de \$150.</p> <p>Días del 1 al 9: copago de \$150 por día por cada admisión.</p> <p>Días del 10 al 90: copago de \$0 por día.</p> <p>Puede requerir referido del médico.</p>
Centro de enfermería especializada	<p><u>Dentro de la red:</u></p> <p>Días del 1 al 20: copago de \$0 por día.</p> <p>Días del 21 al 100: copago de \$135 por día.</p> <p>Puede requerir autorización previa.</p>
Rehabilitación para pacientes externos	<p><u>Dentro de la red:</u></p> <p>Sesión de terapia ocupacional: copago de \$15.</p> <p>Sesión de fisioterapia y terapia del habla y lenguaje: copago de \$20.</p> <p>Puede requerir referido del médico.</p>
Ambulancia	<p><u>Dentro de la red:</u></p> <p>Ambulancia por tierra: copago de \$180.</p> <p>Ambulancia aérea: coaseguro del 20%.</p>

BENEFICIOS MÉDICOS Y HOSPITALARIOS CUBIERTOS (continuación)

Transportación	<u>Dentro de la red:</u> Copago de \$0. 8 viajes de ida al año a lugares aprobados por el plan
Medicamentos de la Parte B de Medicare	<u>Dentro de la red:</u> Para medicamentos de la Parte B como los de quimioterapia: coaseguro del 10% al 20%. Otros medicamentos de la Parte B: coaseguro del 10% al 20%. Puede requerir autorización previa.
Cuidado de los pies (servicios de podología), incluye exámenes de los pies y tratamiento Cuidados de rutina de los pies	<u>Dentro de la red:</u> Pagas un copago de \$5 por visita. Pagas un copago de \$5 para cuidados de rutina de los pies, una visita cada 60 días.
Equipo médico/suministros <ul style="list-style-type: none">• Equipo médico duradero (p. ej., sillas de ruedas, oxígeno)• Prótesis (p. ej., aparatos ortopédicos y extremidades artificiales)• Suministros para diabetes	<u>Dentro de la red:</u> Pagas el 20% de coaseguro. Pagas un copago de \$0 por prótesis. Pagas el 0% de coaseguro para suministros para diabetes; 20% de coaseguro para zapatos/plantillas para diabéticos. Puede requerir autorización previa.
Telemedicina/visitas virtuales	<u>Dentro de la red:</u> Pagas un copago de \$0 por cada visita virtual. Por favor, consulta la <i>Evidencia de Cobertura</i> para más detalles.

BENEFICIOS MÉDICOS Y HOSPITALARIOS CUBIERTOS (continuación)

Artículos sin receta	<p><u>Dentro de la red:</u></p> <p>Subsidio mensual de \$25 para comprar artículos selectos sin receta.</p> <p>Visita el sitio web de nuestro plan para ver la lista de artículos sin receta que están cubiertos.</p>
Programas de bienestar <ul style="list-style-type: none">• Programas para estar en buena forma• Educación en temas de salud• Línea directa a servicios de enfermería• SilverSneakers®	<p><u>Dentro de la red:</u></p> <p>Pagas un copago de \$0.</p> <p>Para obtener más información de los programas de bienestar, por favor llámanos o consulta nuestra <i>Evidencia de Cobertura</i> en línea.</p> <p>Puede requerir autorización previa.</p>
Beneficio de comidas	<p><u>Dentro de la red:</u></p> <p>Pagas un copago de \$0.</p> <p>El beneficio provee 10 comidas por 5 días después de salir del hospital, una vez por año.</p>
Cuidados quiroprácticos Manipulación manual de la columna vertebral para corregir la subluxación	<p><u>Dentro de la red:</u></p> <p>Pagas un copago de \$5.</p>
Beneficios de la tarjeta Flex - de la vista, dentales, auditivos, sin receta	<p>Recibes \$175 cada tres meses. El dinero que no se use se pasa al siguiente trimestre y deberá usarse a más tardar el 31 de diciembre de 2024.</p>

BENEFICIOS PARA MEDICAMENTOS POR RECETA

Deducible	Deducible para medicamentos por receta: copago de \$0.		
Cobertura inicial	Pagas lo siguiente hasta que el total de costos anuales de los medicamentos llegue a \$5,030. El costo total anual de medicamentos es el costo total que pagamos ambos, tanto tú como nuestro plan de la Parte D.		
Costos compartidos estándar para minoristas			
Nivel	Suministro de 30 días	Suministro de 100 días	
Nivel 1 (genéricos preferidos)	Copago de \$0	Copago de \$0	
Nivel 2 (genéricos)	Copago de \$10	Copago de \$25	
Nivel 3 (marcas preferidas)	Copago de \$40	Copago de \$100	
Nivel 4 (marcas no preferidas)	Copago de \$100	Copago de \$250	
Nivel 5 (nivel de especialidades)	Coaseguro del 33%	No se ofrece	
Costos compartidos preferidos para minoristas			
Nivel	Suministro de 30 días	Suministro de 100 días	
Nivel 1 (genéricos preferidos)	Copago de \$0	Copago de \$0	
Nivel 2 (genéricos)	Copago de \$0	Copago de \$0	
Nivel 3 (marcas preferidas)	Copago de \$30	Copago de \$75	
Nivel 4 (marcas no preferidas)	Copago de \$65	Copago de \$162.50	
Nivel 5 (nivel de especialidades)	Coaseguro del 33%	No se ofrece	

	<table border="1" data-bbox="472 142 1513 793"> <thead> <tr> <th colspan="3" data-bbox="472 142 1513 222">Pedidos por correo estándar</th> </tr> <tr> <th data-bbox="472 222 712 275">Nivel</th> <th data-bbox="712 222 1105 275">Suministro de 30 días</th> <th data-bbox="1105 222 1513 275">Suministro de 100 días</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="472 275 712 415">Nivel 1 (genéricos preferidos)</td> <td data-bbox="712 275 1105 415">Copago de \$0</td> <td data-bbox="1105 275 1513 415">Copago de \$0</td> </tr> <tr> <td data-bbox="472 415 712 510">Nivel 2 (genéricos)</td> <td data-bbox="712 415 1105 510">Copago de \$0</td> <td data-bbox="1105 415 1513 510">Copago de \$0</td> </tr> <tr> <td data-bbox="472 510 712 604">Nivel 3 (marcas preferidas)</td> <td data-bbox="712 510 1105 604">Copago de \$30</td> <td data-bbox="1105 510 1513 604">Copago de \$75</td> </tr> <tr> <td data-bbox="472 604 712 699">Nivel 4 (marcas no preferidas)</td> <td data-bbox="712 604 1105 699">Copago de \$65</td> <td data-bbox="1105 604 1513 699">Copago de \$162.50</td> </tr> <tr> <td data-bbox="472 699 712 793">Nivel 5 (nivel de especialidades)</td> <td data-bbox="712 699 1105 793">No se ofrece</td> <td data-bbox="1105 699 1513 793">No se ofrece</td> </tr> </tbody> </table> <p data-bbox="472 814 1513 930">Los costos compartidos pueden cambiar dependiendo de si usas una farmacia de cuidados de largo plazo, o una farmacia fuera de la red, o si compras un suministro a largo plazo (hasta 100 días) de un medicamento.</p> <p data-bbox="472 951 1513 1066">Por favor, llámanos o consulta la “Evidencia de Cobertura” del plan en nuestro sitio web (http://www.avmed.org) para obtener información completa sobre los costos de medicamentos cubiertos.</p>	Pedidos por correo estándar			Nivel	Suministro de 30 días	Suministro de 100 días	Nivel 1 (genéricos preferidos)	Copago de \$0	Copago de \$0	Nivel 2 (genéricos)	Copago de \$0	Copago de \$0	Nivel 3 (marcas preferidas)	Copago de \$30	Copago de \$75	Nivel 4 (marcas no preferidas)	Copago de \$65	Copago de \$162.50	Nivel 5 (nivel de especialidades)	No se ofrece	No se ofrece
Pedidos por correo estándar																						
Nivel	Suministro de 30 días	Suministro de 100 días																				
Nivel 1 (genéricos preferidos)	Copago de \$0	Copago de \$0																				
Nivel 2 (genéricos)	Copago de \$0	Copago de \$0																				
Nivel 3 (marcas preferidas)	Copago de \$30	Copago de \$75																				
Nivel 4 (marcas no preferidas)	Copago de \$65	Copago de \$162.50																				
Nivel 5 (nivel de especialidades)	No se ofrece	No se ofrece																				
<p data-bbox="154 1108 321 1182">Brecha de la cobertura</p>	<p data-bbox="472 1108 1513 1224">La fase de brecha de la cobertura comienza después de que el total de los costos por medicamentos (tanto lo que haya pagado nuestro plan como lo que hayas pagado tú) alcance \$5,030.</p> <p data-bbox="472 1255 1513 1423">Después de entrar en la fase de brecha de la cobertura, pagas el 25% del costo del plan para medicamentos de marca cubiertos y el 25% del costo del plan para medicamentos genéricos cubiertos hasta que los costos sumen \$8,000, que es el final de la fase de brecha de la cobertura.</p> <p data-bbox="472 1455 1513 1528">Nuestro plan cubre los genéricos preferidos de Nivel 1 y los genéricos de Nivel 2 en la fase de brecha de la cobertura.</p> <table border="1" data-bbox="472 1539 1513 1812"> <thead> <tr> <th colspan="2" data-bbox="472 1539 1513 1619">Costos compartidos estándar para minoristas</th> </tr> <tr> <th data-bbox="472 1619 889 1686">Nivel</th> <th data-bbox="889 1619 1513 1686">Suministro de 30 días</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="472 1686 889 1749">Nivel 1 (genéricos preferidos)</td> <td data-bbox="889 1686 1513 1749">Copago de \$0</td> </tr> <tr> <td data-bbox="472 1749 889 1812">Nivel 2 (genéricos)</td> <td data-bbox="889 1749 1513 1812">Copago de \$10</td> </tr> </tbody> </table>	Costos compartidos estándar para minoristas		Nivel	Suministro de 30 días	Nivel 1 (genéricos preferidos)	Copago de \$0	Nivel 2 (genéricos)	Copago de \$10													
Costos compartidos estándar para minoristas																						
Nivel	Suministro de 30 días																					
Nivel 1 (genéricos preferidos)	Copago de \$0																					
Nivel 2 (genéricos)	Copago de \$10																					
<p data-bbox="154 1848 410 1879">Monto catastrófico</p>	<p data-bbox="472 1848 1513 1921">Después de que los costos anuales que deben salir de tu bolsillo alcancen \$8,000, no pagas nada por los medicamentos de la Parte D.</p>																					

DESCARGO DE RESPONSABILIDAD

Este documento está disponible en otros formatos alternos.

ATENCIÓN: Si hablas español, hay servicios gratuitos de asistencia en idiomas disponibles para ti. Llama al 1-800-782-8633 TTY: 711.

ATENCIÓN: Si hablas español, hay servicios gratuitos de traducción, disponibles para ti. Llama al 1-800-535-9355 TTY: 711.

AvMed Medicare Choice del condado de Broward es un plan HMO con un contrato de Medicare. La inscripción al plan **AvMed Medicare Choice del condado de Broward** depende de la renovación del contrato.

Esta información no es una descripción completa de los beneficios. Comunícate con el plan para más información. Pueden aplicar limitaciones, copagos y restricciones. Los beneficios, las primas y/o los copagos/coaseguros pueden cambiar el 1 de enero de cada año.

Debes seguir pagando la prima de la Parte B de Medicare.

El formulario, la red de farmacias y/o la red de proveedores pueden cambiar en cualquier momento. Se te notificará cuando sea necesario.

Excepto en situaciones de emergencia, los proveedores fuera de la red/no contratados no están obligados a tratar a los miembros de AvMed Medicare. Para una decisión sobre si cubriremos un servicio fuera de la red, te recomendamos que tú o tu proveedor nos soliciten una determinación de la organización antes de recibir el servicio. Por favor, llama a nuestro número de Servicios para Miembros o consulta tu “*Evidencia de Cobertura*” para más información, incluidos los costos compartidos que se aplican a los servicios fuera de la red.

Los costos compartidos pueden cambiar dependiendo de la farmacia que elijas. Las cantidades mostradas reflejan el beneficio hasta el límite de cobertura inicial. Para obtener más información de los costos adicionales compartidos relacionados con farmacias específicas (incluyendo atención a largo plazo e infusión en el hogar) y las fases del beneficio de la Parte D, por favor llámanos o consulta nuestra *Evidencia de Cobertura* en línea en <http://www.avmed.org>.

Aviso importante: si eres un beneficiario con doble elegibilidad suscrito en ambos Medicare y Medicaid o eres un Beneficiario Calificado de Medicare, puede que no tengas que pagar los costos que se muestran en este folleto, y los costos de tus medicamentos por receta también pueden reducirse. Siempre presenta tu tarjeta de identificación de Medicaid además de tu tarjeta de identificación de AvMed para hacerle saber a tu proveedor que es posible que tengas cobertura adicional.

La cobertura de salud es ofrecida por AvMed, Inc.

GRACIAS

Ponte en contacto con nosotros

Información de contacto: 1-800-782-8633, TTY: 711

Nombre de la organización: AvMed, Inc.

Sitio web de la organización: www.avmed.org

Inserto en varios idiomas

Servicios de Interpretación en Varios Idiomas

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 1-800-882-8633. 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 1-800-882-8633. 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 1-800-882-8633。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 1-800-882-8633。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 1-800-882-8633. 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 1-800-882-8633. 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 1-800-882-8633 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 1-800-882-8633. 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 1-800-882-8633번으로 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 1-800-882-8633. 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 1-800-882-8633. 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 1-800-882-8633 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 1-800-882-8633. 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 1-800-882-8633. 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 1-800-882-8633. 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 1-800-882-8633. 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、1-800-882-8633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。