

Resumen de Beneficios 2023

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

**AvMed Medicare Access (HMO-POS) del condado de Miami-Dade
H1016, Plan 025**

Del 1 de enero de 2023 al 31 de diciembre de 2023

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 Access (HMO-POS) del condado de Miami-Dade**).

Consejos para comparar tus opciones de Medicare

Este folleto del Resumen de Beneficios da un resumen de lo que cubre el plan **AvMed Medicare Access (HMO-POS) del condado de Miami-Dade** 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 Access (HMO-POS) del condado de Miami-Dade**.
- 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 Access (HMO-POS) del condado de Miami-Dade

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 Access (HMO-POS) del condado de Miami-Dade**, deberás 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: Miami-Dade.

¿Qué médicos, hospitales y farmacias puedo usar?

El plan **AvMed Medicare Access (HMO-POS) del condado de Miami-Dade** 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 Access (HMO-POS) del condado de Miami-Dade

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 Access (HMO-POS) del condado de Miami-Dade. 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: • \$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	<u>Dentro de la red:</u> Días del 1 al 5: copago de \$0 por día por cada admisión. Días del 6 al 20: copago de \$40 por día. Días del 21 al 90: copago de \$0 por día. Nuestro plan cubre un número ilimitado de días para la estancia hospitalaria de un paciente hospitalizado. <u>Fuera de la red:</u> No están cubiertos.
-------------------------------	--

Paciente ambulatorio	<u>Dentro de la red:</u> Paciente ambulatorio: \$175 de copago. Cirugía ambulatoria: \$175 de copago. <u>Fuera de la red:</u> No están cubiertos.
Centro de cirugía ambulatoria	<u>Dentro de la red:</u> Centro de cirugía ambulatoria: copago de \$75. <u>Fuera de la red:</u> Centro de cirugía ambulatoria: no está cubierto.
Consultas médicas	<u>Dentro de la red:</u> Consulta con el médico de cabecera: \$0 de copago. Consulta con el especialista: copago de \$10. <u>Fuera de la red:</u> Consulta con el médico de cabecera: \$0 de copago. Consulta con el especialista: copago de \$10.
Cuidados preventivos (p. ej., vacuna contra la influenza, exámenes de detección de diabetes)	<u>Dentro de la red:</u> \$0 de copago para todos los servicios preventivos cubiertos por Medicare Original con cero costos compartidos. Cualquier servicio preventivo adicional aprobado por Medicare durante el año del contrato estará cubierto. <u>Fuera de la red:</u> Copago de \$0.
Servicios de emergencia	<u>Dentro de la red y fuera de la red:</u> Copago de \$120 por visita. 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. Cobertura mundial para atención de emergencia: copago de \$120.
Servicios de urgencia	<u>Dentro de la red y fuera de la red:</u> Copago de \$0 a \$25 por visita. Cobertura mundial para atención de urgencia: \$25 de copago.

Servicios de diagnóstico / laboratorio / imágenes	<u>Dentro de la red:</u> Pruebas y procedimientos de diagnóstico: copago de \$5 a \$25. Servicios de laboratorio: \$0 de copago. Servicios de radiología diagnóstica (como resonancias magnéticas, tomografías computarizadas): copago de \$50 a \$100. Radiografías: copago de \$5 a \$25. Servicios de radiología terapéutica (como tratamiento de radiación para cáncer): copago de \$35 a \$60. <u>Fuera de la red:</u> No están cubiertos.
Servicios auditivos	<u>Dentro de la red:</u> Examen auditivo de diagnóstico y tratamiento: copago de \$5. Audífonos (hasta 2 audífonos cada dos años): copago de \$0. Subsidio para comprar audífonos: \$1,000 cada dos años. <u>Fuera de la red:</u> No están cubiertos.
Servicios dentales	<u>Dentro de la red:</u> Servicios dentales preventivos: • Examen oral: copago de \$0 a \$25. • Limpieza (hasta 2 visitas al año): copago de \$0. • Radiografías dentales (hasta 1 visita cada dos años): copago de \$0 a \$35. Servicios dentales integrales:

	• Servicios de diagnóstico: copago de \$0 a \$35. • Servicios de restauración: copago de \$22 a \$530. • 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. Otros servicios integrales cubiertos por Medicare: copago de \$10 a \$175 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. <u>Fuera de la red:</u> No están cubiertos.
Servicios de la vista	<u>Dentro de la red:</u> Examen para diagnosticar y tratar enfermedades y condiciones del ojo (incluida la evaluación anual para detectar glaucoma): copago de \$0. Examen rutinario de la vista (hasta 1 visita al año): copago de \$0. Anteojos o lentes de contacto después de una cirugía de cataratas: copago de \$0. Lentes de contacto: copago de \$0. Anteojos (marcos y lentes): copago de \$0. Nuestro plan paga hasta \$350 al año para anteojos. <u>Fuera de la red:</u> No están cubiertos.

Servicios de salud mental	<u>Dentro de la red:</u> Sesión de terapia de grupo como paciente externo: copago de \$15. Sesión de terapia individual: copago de \$15. Servicios de salud mental para pacientes ingresados: Días del 1 al 9: copago de \$150 por día por cada admisión. Días del 10 al 90: copago de \$0 por día. <u>Fuera de la red:</u> No están cubiertos.
Centro de enfermería especializada	<u>Dentro de la red:</u> Días del 1 al 20: copago de \$0 por día. Días del 21 al 100: copago de \$135 por día. <u>Fuera de la red:</u> No están cubiertos.
Rehabilitación para pacientes externos	<u>Dentro de la red:</u> Sesión de terapia ocupacional: copago de \$15. Sesión de fisioterapia y terapia del habla y lenguaje: copago de \$20. <u>Fuera de la red:</u> No están cubiertos.
Ambulancia	<u>Dentro de la red:</u> Ambulancia por tierra: copago de \$165. Ambulancia aérea: coaseguro del 20%.
Transportación	<u>Dentro de la red:</u> Copago de \$0. 8 viajes de ida al año a lugares aprobados por el plan <u>Fuera de la red:</u> No están cubiertos.

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%. <u>Fuera de la red:</u> No están cubiertos.
Cuidado de los pies (servicios de podología), incluyendo 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. <u>Fuera de la red:</u> No están cubiertos.
Equipo médico/suministros • 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. <u>Fuera de la red:</u> No están cubiertos.
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. <u>Fuera de la red:</u> No están cubiertos.

Artículos sin receta	<u>Dentro de la red:</u> Subsidio trimestral de \$25 para comprar artículos selectos sin receta. Visita el sitio web de nuestro plan para ver la lista de artículos sin receta que están cubiertos.
Programas de bienestar • Programas para estar en buena forma • Educación en temas de salud • Línea directa a servicios de enfermería • SilverSneakers®	<u>Dentro de la red:</u> Pagas un copago de \$0. Para obtener más información de los programas de bienestar, por favor llámanos o consulta nuestra <i>Evidencia de Cobertura</i> en línea. <u>Fuera de la red:</u> No están cubiertos.
Cuidados quiroprácticos Manipulación manual de la columna vertebral para corregir la subluxación	<u>Dentro de la red:</u> Pagas un copago de \$5. <u>Fuera de la red:</u> No están cubiertos.
Beneficios de la tarjeta Flex - de la vista, dentales, auditivos, sin receta	Recibes un subsidio mensual de \$30. El dinero que no se use se pasa al siguiente mes y deberá usarse a más tardar el 31 de diciembre de 2023.
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 \$4,660. 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 \$75	Copago de \$187.50
	Nivel 5 (nivel de especialidades)	Coaseguro del 33%	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 \$10	Copago de \$30
	Nivel 3 (marcas preferidas)	Copago de \$40	Copago de \$120
	Nivel 4 (marcas no preferidas)	Copago de \$100	Copago de \$300
	Nivel 5 (nivel de especialidades)	No se ofrece	No se ofrece
	Pedidos por correo preferido		
	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 \$75	Copago de \$187.50
	Nivel 5 (nivel de especialidades)	No se ofrece	No se ofrece
	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.		

	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.								
Brecha de la cobertura	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 \$4,660. 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 \$7,400, que es el final de la fase de brecha de la cobertura. Nuestro plan cubre los genéricos preferidos de Nivel 1 y los genéricos de Nivel 2 en la fase de brecha de la cobertura. <table><tr><th colspan="2">Costos compartidos estándar para minoristas</th></tr><tr><th>Nivel</th><th>Suministro de 30 días</th></tr><tr><td>Nivel 1 (genéricos preferidos)</td><td>Copago de \$0</td></tr><tr><td>Nivel 2 (genéricos)</td><td>Copago de \$10</td></tr></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								
Monto catastrófico	Después de que los costos anuales que deben salir de tu bolsillo alcancen \$7,400, pagas el mayor de: • Copago de \$4.15 para genéricos (incluidos medicamentos de marca tratados como genéricos) y un copago de \$10.35 para todos los demás medicamentos, o • 5% del costo.								

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 Access del condado de Miami-Dade es un plan HMOPOS con un contrato de Medicare. La inscripción al plan **AvMed Medicare Access del condado de Miami-Dade** 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 1-800-882-8633 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 1-800-882-8633. 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 بمساعدتك. هذه خدمة مجانية. سيقوم شخص ما يتحدث العربية 1-800-882-8633 بنا على

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.

Português: 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。