

Lista de verificación

Antes de tomar una decisión de inscripción, es importante que entienda en su totalidad nuestros beneficios y reglas. Si tiene preguntas, puede llamar y hablar con un representante del servicio al cliente al **503-574-8000** o al **1-800-603-2340 (TTY: 711)**, de 8 a. m. a 8 p. m. (Hora del Pacífico), los siete días de la semana.

Entender los beneficios

- ✓ La Evidencia de cobertura (EOC) ofrece una lista completa de toda la cobertura y los servicios. Es importante revisar la cobertura, los costos y los beneficios del plan antes de inscribirse. Visite [ProvidenceHealthAssurance.com/EOC](https://www.providencehealthassurance.com/EOC) o llame al **503-574-8000** o al **1-800-603-2340 (TTY: 711)** para ver una copia de la EOC.
- ✓ Revise el directorio de proveedores (o pregunte a su médico) para asegurarse de que los médicos que ve ahora se encuentran en la red. Si no están indicados, significa que es probable que deba seleccionar un nuevo médico.
- ✓ Revise el directorio de farmacias para asegurarse de que la farmacia que usa para sus medicamentos recetados se encuentra en la red. Si la farmacia no está indicada, es probable que deba seleccionar una nueva farmacia para sus recetas.
- ✓ Revise el formulario para asegurarse de que sus medicamentos estén cubiertos.

Entender las reglas importantes

- ✓ Además de la prima mensual de su plan (incluidos los planes con primas de \$0), debe seguir pagando su prima de la Parte B de Medicare. Esta prima suele descontarse de su cheque de Seguro Social todos los meses. La prima de la Parte B está cubierta para las personas inscritas con beneficios completos con doble elegibilidad que son elegibles para Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP).
- ✓ Los beneficios, las primas o los copagos/coseguros pueden cambiar todos los años.
- ✓ Cuando seleccione un producto de una Organización de Mantenimiento de Salud (HMO), recuerde que, excepto en situaciones de emergencia o urgencia, no cubrimos servicios de proveedores que estén fuera de la red (médicos que no están indicados en el directorio de proveedores).
- ✓ Nuestros planes HMO-POS le permiten ver proveedores fuera de nuestra red (proveedores no contratados). Sin embargo, si bien pagaremos determinados servicios cubiertos, el proveedor debe aceptar tratarlo. Excepto en una emergencia o situación urgente, los proveedores no contratados pueden negarle la atención. Además, usted pagará un copago mayor por los servicios recibidos por proveedores no contratados.
- ✓ Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP) es un plan de necesidades especiales con doble elegibilidad (D-SNP). Podrá inscribirse si se verifica que tiene derecho a Medicare y a asistencia médica de un plan estatal de Medicare.
- ✓ Efecto sobre la cobertura actual. Si actualmente está inscrito en un plan de Medicare Advantage, su cobertura de atención médica de Medicare Advantage finalizará cuando comience su nueva cobertura de Medicare Advantage. Si tiene Tricare, su cobertura se puede ver afectada cuando comience su nueva cobertura de Medicare Advantage. Comuníquese con Tricare para obtener más información. Si tiene un plan de Medigap, cuando comience su cobertura de Medicare Advantage, le convendría cancelar su póliza de Medigap, porque de lo contrario, estaría pagando una cobertura que no puede usar.

2024

Resumen de

Beneficios

Providence Medicare Cottonwood + Rx (HMO-POS)

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

Este plan está disponible en los condados de Benton, Franklin, Snohomish, Spokane y Walla Walla en Washington.

Cuando se Afilia a Providence

Usted no solo forma parte de una póliza de seguros, sino de una comunidad de atención centrada en su salud y bienestar. Este Resumen de Beneficios se brinda para ayudarlo a tomar las decisiones de atención médica correctas. Es una breve guía sobre lo que cubriríamos y lo que a usted le correspondería pagar si se afilia al plan Providence Medicare Cottonwood + Rx (HMO-POS). Para mayor claridad, este no es un desglose completo de los beneficios, y no se enumeran todos los servicios que cubrimos ni figuran todas las limitaciones o exclusiones. Es posible que los planes ofrezcan beneficios complementarios, además de los beneficios de la Parte C y de la Parte D.

Para obtener una lista completa de los servicios que cubrimos, consulte la Evidencia de Cobertura (Evidence of Coverage, EOC). Puede solicitar una copia impresa en el sitio web

ProvidenceHealthAssurance.com/EOC o llamando a nuestro departamento de Servicio al Cliente a uno de los números incluidos en la sección “Póngase en contacto”, que figura a continuación.

Resumen del Plan

Providence Health Assurance es una HMO, HMO-POS y HMO SNP que tiene un contrato con Medicare y Oregon Health Plan. La inscripción en Providence Health Assurance depende de la renovación del contrato.

Los miembros de nuestro plan obtienen todos los beneficios cubiertos por Original Medicare, así como algunos beneficios adicionales detallados en este resumen.

¿Quién Puede Afiliarse?

Para afiliarse a nuestro plan, usted 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 condados de Benton, Franklin, Snohomish, Spokane y Walla Walla en Washington.

Póngase en Contacto

¿Tiene preguntas? Podemos ayudarlo los siete días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (hora del Pacífico).

- + Si es miembro de este plan, llámenos gratis al 1-800-603-2340 (TTY: 711).
- + Si no es miembro de este plan, llámenos gratis al 1-800-457-6064 (TTY: 711).
- + También puede visitarnos por Internet, en **ProvidenceHealthAssurance.com**.

Recursos Útiles

- + Visite **ProvidenceHealthAssurance.com/findaprovider** para ver el Directorio de Proveedores y Farmacias de nuestro plan o para solicitar una copia impresa. También puede llamarnos para que le enviemos una copia impresa por correo.
- + ¿Desea ver el formulario de nuestro plan (lista de medicamentos con receta de la Parte D), incluidas las restricciones? Visite **ProvidenceHealthAssurance.com/Formulary** o llámenos para obtener una copia impresa.
- + Para obtener más información sobre la cobertura y los costos de Original Medicare, consulte el manual “Medicare & You” (Medicare y Usted) vigente; véalo en Internet, en **www.Medicare.gov**, o solicite una copia impresa llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) las 24 horas del día, los siete días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Providence Medicare Cottonwood + Rx (HMO-POS)

Prima Mensual del Plan	\$35 Además, debe continuar pagando su prima de la Parte B de Medicare.	
Deducible Médico Anual	\$0 No hay deducible médico para los servicios dentro o fuera de la red.	
Responsabilidad de la Cantidad Máxima que Paga de su Bolsillo (no incluye medicamentos con receta)	Su(s) límite(s) anual(es) para este plan:	
	Dentro de la red: \$4,800	Fuera de la red: \$10,000 combinados

Beneficios		Dentro de la Red	Fuera de la Red
Cobertura Hospitalaria para Pacientes Internados ¹		Copago de \$325 por día para los días 1-6 y copago de \$0 por día para los días 7 en adelante	30% del costo total por admisión
Cobertura Hospitalaria para Pacientes Externos ¹		Copago de \$290 por cirugía para pacientes externos en un centro hospitalario	30% del costo total
Servicios en un Centro Quirúrgico ambulatorio (Ambulatory Surgical Center, ASC) ¹		Copago de \$250 por cirugía para pacientes externos en un centro quirúrgico ambulatorio	30% del costo total
Consultas al Doctor	Consulta con un Proveedor de Atención Primaria	Copago de \$0	Copago de \$25
	Consulta con un Especialista	Copago de \$35	Copago de \$50
Atención Preventiva (por ejemplo, revisiones anuales, vacunas, vacunas antigripales)		No paga nada	30% del costo total
Atención de Emergencia		Copago de \$70 Si usted es ingresado al hospital dentro de las 24 horas, no se aplicará el copago por la atención de emergencia.	
Servicios de Urgencia		Copago de \$25 Si usted es ingresado al hospital dentro de las 24 horas, no se aplicará el copago por la atención de urgencia.	

Los proveedores fuera de la red/no contratados no tienen obligación alguna de tratar a los miembros del Plan, salvo en situaciones de emergencia. Para obtener más información, incluido el costo compartido que aplica a los servicios fuera de la red, llame a nuestro número de Servicio al Cliente o consulte su Evidencia de Cobertura. A partir de 2024, ya no se exigirán remisiones para las consultas con especialistas dentro de la red ni para los servicios cubiertos por Medicare.

¹ Es posible que los servicios requieran autorización previa. Consulte la Evidencia de Cobertura para obtener más información.

Providence Medicare Cottonwood + Rx (HMO-POS)

Beneficios		Dentro de la Red	Fuera de la Red
Servicios de Diagnóstico/ Laboratorio/Imágenes	Servicios Radiológicos de Diagnóstico (como resonancias magnéticas, ecografías y tomografías computarizadas) ¹	20% del costo total hasta \$250 por día	30% del costo total
	Servicios Radiológicos Terapéuticos ¹	20% del costo total	30% del costo total
	Radiografías para Pacientes Externos	Copago de \$0	30% del costo total
	Pruebas y Procedimientos de Diagnóstico ¹	20% del costo total	30% del costo total
	Servicios de Laboratorio ¹	Copago de \$0	30% del costo total
Servicios Auditivos	Cubiertos por Medicare	Copago de \$35	30% del costo total
	Examen de Rutina	Copago de \$0	No está cubierto
	Audífonos	Copago de \$699 por audífonos Advanced o copago de \$999 por audífonos Premium	No está cubierto
Servicios Odontológicos	Cubiertos por Medicare	Copago de \$35	30% del costo total
	Preventivos Incluidos	Copago de \$0 Incluye exámenes, tratamientos con flúor, limpiezas, radiografías; se aplican límites	20% del costo total Incluye exámenes, tratamientos con flúor, limpiezas, radiografías; se aplican límites
	Opcionales	Cubiertos por una prima adicional; consulte la última página de este resumen	
	Otros/No Cubiertos por Medicare	Asignación de \$1,000 por año calendario para cualquier servicio odontológico de su elección	

¹ Es posible que los servicios requieran autorización previa. Consulte la Evidencia de Cobertura para obtener más información.

Providence Medicare Cottonwood + Rx (HMO-POS)

Beneficios		Dentro de la Red	Fuera de la Red
Servicios de la Vista	Exámenes/Pruebas de Detección Cubiertos por Medicare	Copago de \$35 por examen Copago de \$0 por una prueba de detección de glaucoma	30% del costo total por examen 30% del costo total por una prueba de detección de glaucoma
	Examen de Rutina	No se requiere coseguro ni copago para un examen de la vista de rutina (incluida una refracción) por año calendario.	
	Lentes y Accesorios Cubiertos por Medicare	Copago de \$0 por un par de anteojos o lentes de contacto cubiertos por Medicare después de cada cirugía de cataratas	30% del costo total por un par de anteojos o lentes de contacto cubiertos por Medicare después de cada cirugía de cataratas
	Anteojos o Lentes de Contacto de Rutina	Asignación de hasta \$250 por año calendario para cualquier combinación de lentes y accesorios con receta de rutina	
Servicios de Salud Mental	Consulta para Pacientes Internados ¹	Copago de \$325 por día para los días 1-5 y copago de \$0 por día para los días 6-90	30% del costo total por admisión
	Consulta de Terapia Grupal o Individual ¹ para Pacientes Externos ¹	Copago de \$35	30% del costo total
Centro de Atención de Enfermería Especializada, (Skilled Nursing Facility, SNF) ¹		Copago de \$0 por día para los días 1-20 y copago de \$160 por día para los días 21-100	30% del costo total por cada período de beneficios (días 1-100)
Fisioterapia ¹		Copago de \$35	30% del costo total
Ambulancia ¹		Copago de \$250	
Transporte		No está cubierto	
Medicamentos de la Parte B de Medicare ¹		0% - 20% del costo total (costo compartido de insulina hasta \$35 por mes)	30% del costo total (costo compartido de insulina hasta \$35 por mes)
Atención Alternativa (límite de consultas)		Quiropráctica: copago de \$20, 18 consultas por año calendario Acupuntura: copago de \$20, 18 consultas por año calendario Naturópata: copago de \$20, 6 consultas por año calendario	No está cubierto
Programa de Entrega de Comidas (solo después del alta)		Copago de \$0 para 2 comidas al día durante 14 días, después de una hospitalización calificada	No está cubierto

¹ Es posible que los servicios requieran autorización previa. Consulte la Evidencia de Cobertura para obtener más información.

Providence Medicare Cottonwood + Rx (HMO-POS)

Beneficios	Dentro de la Red	Fuera de la Red
Artículos de Venta Libre	Asignación de \$70 cada tres meses (tarjeta de venta minorista, pedidos por catálogo, en línea, por correo y por teléfono)	
Sistema de Respuesta de Emergencia Personal (Personal Emergency Response System, PERS)	Copago de \$0	No está cubierto
Programa de Bienestar	Copago de \$0 para una membresía mensual en gimnasios participantes	
Peluca	No se requiere coseguro ni copago para una peluca sintética debido a la pérdida de cabello por quimioterapia.	

¹ Es posible que los servicios requieran autorización previa. Consulte la Evidencia de Cobertura para obtener más información.

Beneficios de Medicamentos con Receta

Providence Medicare Cottonwood + Rx (HMO-POS)

Deducible para Medicamentos con Receta	
Deducible Anual (se aplica a todos los niveles)	No hay deducible para medicamentos con receta en este plan.

Cobertura Inicial	Usted paga lo siguiente hasta que los costos totales anuales de sus medicamentos alcancen los \$5,030. Los costos totales anuales de los medicamentos son el total de los costos de los medicamentos pagados tanto por usted como por nuestro plan de la Parte D. Puede obtener sus medicamentos en farmacias minoristas de la red y en farmacias de pedido por correo.
-------------------	---

Costo Compartido Minorista Preferido y de Pedido por Correo			
	Hasta 30 días	Hasta 60 días	Hasta 100 días
Nivel 1 (Genérico Preferido)	Copago de \$0	Copago de \$0	Copago de \$0
Nivel 2 (Genérico)	Copago de \$10	Copago de \$10	Copago de \$10
Nivel 3 (Marca Preferida)	Copago de \$37 (Copago de \$35 por insulina)	Copago de \$74 (Copago de \$35 por insulina)	Minorista preferido: copago de \$111 Pedidos por correo: copago de \$74 (Copago de \$35 por insulina)
Nivel 4 (Medicamento no Preferido)	Copago de \$100	Copago de \$200	Copago de \$300
Nivel 5 (De Especialidad)	33% del costo total	No está cubierto	No está cubierto

Costo Compartido Minorista Estándar			
	Hasta 30 días	Hasta 60 días	Hasta 100 días
Nivel 1 (Genérico preferido)	Copago de \$16	Copago de \$32	Copago de \$48
Nivel 2 (Genérico)	Copago de \$20	Copago de \$40	Copago de \$60
Nivel 3 (Marca preferida)	Copago de \$37 (Copago de \$35 por insulina)	Copago de \$74 (Copago de \$70 por insulina)	Copago de \$111 (Copago de \$105 por insulina)
Nivel 4 (Medicamento no preferido)	Copago de \$100	Copago de \$200	Copago de \$300
Nivel 5 (De especialidad)	33% del costo total	No está cubierto	No está cubierto

Beneficios de Medicamentos con Receta

Providence Medicare Cottonwood + Rx (HMO-POS)

Si reside en un centro de cuidado a largo plazo, pagará lo mismo que en una farmacia minorista estándar. Puede obtener medicamentos de una farmacia fuera de la red, pero puede que pague más que en una farmacia dentro de la red. Puede obtener medicamentos de una farmacia estándar dentro de la red, pero puede que pague más que en una farmacia preferida dentro de la red.

<p>Período sin Cobertura (Se aplica a todos los niveles)</p>	<p>La mayoría de los planes de medicamentos de Medicare tienen un período de falta de cobertura (también llamado “período sin cobertura”). Esto significa que hay un cambio temporal en lo que usted pagará por sus medicamentos. El período sin cobertura comienza después de que el costo anual de sus medicamentos (incluyendo lo que nuestro plan pagó y lo que usted pagó) alcance los \$5,030.</p> <p>Después de entrar en el período sin cobertura, usted paga su costo compartido del Nivel 1 por los medicamentos del Nivel 1 (Genérico preferido), su costo compartido del Nivel 2 por los medicamentos del Nivel 2 (Genérico), no más de \$35 cada mes por la insulina, el 25% del costo del plan por los medicamentos de marca cubiertos, y el 25% del costo del plan por otros medicamentos genéricos cubiertos hasta que sus costos sumen \$8,000, que indica el final del período sin cobertura. No todas las personas entrarán en el período sin cobertura.</p>
--	---

Costo Compartido Minorista Preferido y de Pedido por Correo

	Hasta 30 días	Hasta 60 días	Hasta 100 días
Nivel 1 (Genérico Preferido)	Copago de \$0	Copago de \$0	Copago de \$0
Nivel 2 (Genérico)	Copago de \$10	Copago de \$10	Copago de \$10
Nivel 3 (Marca Preferida)	25% del costo total (Copago de \$35 por insulina)	25% del costo total (Copago de \$35 por insulina)	25% del costo total (Copago de \$35 por insulina)
Nivel 4 (Medicamento no Preferido)	25% del costo total	25% del costo total	25% del costo total
Nivel 5 (De Especialidad)	25% del costo total	No está cubierto	No está cubierto

Costo Compartido Minorista Estándar

Nivel 1 (Genérico Preferido)	Copago de \$16	Copago de \$32	Copago de \$48
Nivel 2 (Genérico)	Copago de \$20	Copago de \$40	Copago de \$60
Nivel 3 (Marca Preferida)	25% del costo total (Copago de \$35 por insulina)	25% del costo total (Copago de \$70 por insulina)	25% del costo total (Copago de \$105 por insulina)
Nivel 4 (Medicamento no Preferido)	25% del costo total	25% del costo total	25% del costo total
Nivel 5 (De Especialidad)	25% del costo total	No está cubierto	No está cubierto

Beneficios de Medicamentos con Receta

Providence Medicare Cottonwood + Rx (HMO-POS)

Cobertura en Situaciones
Catastróficas
(se aplica a todos los niveles)

Luego de que los costos anuales de los medicamentos que paga de su bolsillo (incluidos los medicamentos comprados mediante su farmacia minorista y mediante pedido por correo) alcancen los \$8,000, el plan paga la totalidad del costo de sus medicamentos cubiertos de la Parte D. No paga nada.

El formulario o la red de farmacias pueden cambiar en cualquier momento. Usted recibirá un aviso cuando sea necesario.

Mensaje importante sobre lo que paga por las vacunas: nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas de la Parte D sin costo alguno para usted. Llame a Servicio al cliente para obtener más información.

Mensaje importante sobre lo que paga por la insulina: no pagará más de \$35 por un suministro de un mes de cada producto de insulina cubierto por nuestro plan, independientemente del nivel de costos compartidos en el que se encuentre.

Odontología complementaria opcional

Providence Medicare Cottonwood + Rx (HMO-POS)

Tenga en Cuenta lo Siguiente:

Beneficios Opcionales: Debe pagar una prima adicional cada mes por estos beneficios.

Costo Compartido: Si bien puede consultar con cualquier odontólogo, nuestros proveedores de la red han convenido aceptar una tarifa acordada por los servicios prestados. Esto significa que el costo compartido será menor si consulta con un proveedor de la red.

Opción 1: Providence WA Dental Basic		
Los beneficios incluyen: Odontología Preventiva (consulte la página 4) e Integral		
Prima Mensual	\$33.00 adicionales por mes. Tiene que seguir pagando su prima mensual del plan y de la Parte B de Medicare.	
Beneficios	Dentro de la Red	Fuera de la Red
Deducible	\$50	\$150
Máximo Anual de Beneficios	\$1,000 cada año calendario	
Atención Preventiva y de Diagnóstico*	Usted paga el 0%	Usted paga el 20%
Atención Básica*	Usted paga el 30% por empastes Usted paga el 50% por el resto de los servicios	Usted paga el 60%
Atención de Restauración Compleja* (por ejemplo, coronas y puentes)	Usted paga el 50%	Usted paga el 60%

Odontología complementaria opcional

Providence Medicare Cottonwood + Rx (HMO-POS)

Opción 2: Providence WA Dental Enhanced

Los beneficios incluyen: Odontología preventiva (consulte la página 4) e integral

Prima mensual	\$45.00 adicionales por mes. Tiene que seguir pagando su prima mensual del plan y de la Parte B de Medicare.	
Beneficios	Dentro de la Red	Fuera de la Red
Deducible	\$50	\$150
Máximo Anual de Beneficios	\$1,500 cada año calendario	
Atención Preventiva y de Diagnóstico*	Usted paga el 0%	Usted paga el 20%
Atención Básica*	Usted paga el 30% por empastes Usted paga el 50% por el resto de los servicios	Usted paga el 60%
Atención de Restauración Compleja* (por ejemplo, coronas y puentes)	Usted paga el 50%	Usted paga el 60%

* Se aplican limitaciones y exclusiones. Consulte la Evidencia de Cobertura para obtener una lista completa de los servicios odontológicos cubiertos. Los miembros deben consultar con un proveedor contratado por Medicare. Los odontólogos fuera de la red pueden cobrar una cantidad más alta que la permitida por Providence Medicare Advantage Plans.

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 1-800-603-2340 (TTY: 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 1-800-603-2340 (TTY: 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 1-800-603-2340 (TTY: 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 1-800-603-2340 (TTY: 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 1-800-603-2340 (TTY: 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 1-800-603-2340 (TTY: 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 1-800-603-2340 (TTY: 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 1-800-603-2340 (TTY: 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 1-800-603-2340 (TTY: 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 1-800-603-2340 (TTY: 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 1-800-603-2340 (TTY: 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 1-800-603-2340 (TTY: 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 1-800-603-2340 (TTY: 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 1-800-603-2340 (TTY: 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 1-800-603-2340 (TTY: 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 1-800-603-2340 (TTY: 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、1-800-603-2340 (TTY: 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。