

Primas y beneficios	Care N' Care Choice (PPO) H6328-003	
	Dentro de la red	Fuera de la red
Servicios de salud mental ¹ • Consulta de terapia individual/ grupal para pacientes ambulatorios	Usted paga un copago de \$25.	Usted paga un copago de \$60.
Servicios de telemedicina • Servicios de atención primaria • Servicios especializados de salud mental • Alergia e inmunología, cardiología, dermatología, endocrinología, otorrinolaringología, ginecología, obstetricia/ginecología, enfermedades infecciosas, nefrología, neurología, oftalmología	Usted paga un copago de \$0. Usted paga un copago de \$25. Usted paga un copago de \$35.	Sin cobertura
Línea directa de enfermería	Usted paga un copago de \$0.	Usted paga un copago de \$0; debe usar un proveedor preferido para recibir este beneficio.
Servicios de atención médica en el hogar	Usted paga un copago de \$0.	Usted paga un copago de \$30.
Atención médica a domicilio en Texas	Días 1 a 5: copago de \$250 Día 6 en adelante: copago de \$0	Usted paga el 35 % del costo.
	<p>Los servicios hospitalarios a domicilio permiten prestar determinados servicios de atención médica fuera de un entorno hospitalario tradicional y dentro de su hogar. La atención comienza una vez que se realiza una evaluación, se determina su elegibilidad y un médico de atención hospitalaria lo remite. El médico de atención hospitalaria tendrá en cuenta sus criterios de elegibilidad, incluidas sus afecciones médicas y su ubicación geográfica.</p> <p>Si el médico de atención hospitalaria lo aprueba, el empleado de Admisiones realizará una evaluación de seguridad con usted a fin de garantizar que su hogar sea seguro para usted y para los proveedores que presten atención médica allí. Esta evaluación analiza cuestiones de seguridad como la presencia de un cuidador en el hogar, los posibles riesgos de caída, el agua corriente, la cobertura de satisfactoria de telefonía móvil, etc. Si aprueba la evaluación de seguridad, se le admitirá en el programa, con su consentimiento.</p> <p>Un equipo de proveedores le brindará tratamiento y supervisión en su hogar. Las afecciones que se pueden tratar con este beneficio pueden ser las siguientes: asma, bronquitis y otras enfermedades respiratorias; insuficiencia cardíaca y choque cardiovascular; neumonía simple y pleuritis; enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC); celulitis; infecciones renales e infección urinaria (ITU).</p>	
Centro de enfermería especializada ¹	Días 1 a 20: copago de \$0 Días 21 a 50: copago de \$167.50 por día Días 51 a 100: copago de \$0	Usted paga el 35 % del costo.

¹ Es posible que los servicios requieran autorización previa. ² Se requiere autorización previa para el transporte que no es de emergencia.

Primas y beneficios	Care N' Care Choice (PPO) H6328-003	
	Dentro de la red	Fuera de la red
Fisioterapia	Usted paga un copago de \$15.	Usted paga un copago de \$60.
Ambulancia ² • Ambulancia terrestre • Ambulancia aérea	Usted paga un copago de \$275. Usted paga el 20 % del costo.	Usted paga un copago de \$275. Usted paga el 20 % del costo.
Transporte	Sin cobertura	Sin cobertura
Medicamentos de venta libre	Usted paga un copago de \$0. Monto máximo de beneficio de \$60 cada tres meses	Usted paga un copago de \$0; debe usar un proveedor preferido para recibir este beneficio.
Beneficio de comida por enfermedades crónicas ¹	Usted paga un copago de \$0.	Usted paga un copago de \$0.
	Las afecciones crónicas elegibles para servicios de administración de la atención incluyen SIDA, asma, enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), insuficiencia cardíaca congestiva, enfermedad de las arterias coronarias, diabetes, hipertensión y enfermedad renal crónica (ERC); los beneficiarios pueden recibir un máximo de 3 comidas saludables al día durante un máximo de 2 semanas al año por cada afección. Debe usar un proveedor preferido para recibir este beneficio.	
Beneficio de comida luego de recibir el alta ¹	Usted paga un copago de \$0.	Usted paga un copago de \$0.
	Inmediatamente después de una intervención quirúrgica o de una hospitalización; los beneficiarios pueden recibir 3 comidas por día durante un máximo de 2 semanas, hasta 2 altas por año. Debe usar un proveedor preferido para recibir este beneficio.	
Servicios de quiropráctica	Usted paga un copago de \$20.	Usted paga un copago de \$40.
Servicios de acupuntura	Usted paga un copago de \$15.	Usted paga un copago de \$70.
Medicamentos de la Parte B de Medicare ¹	Usted paga el 20 % del costo.	Usted paga el 30 % del costo.

Medicamentos con receta para pacientes ambulatorios

Deducible de farmacia	Usted paga \$0.			
Etapa de cobertura inicial				
Durante esta etapa, usted paga una tarifa fija (copago) o un porcentaje del costo total de un medicamento (coseguro) por cada receta que surta y, luego, el plan paga el resto. Una vez que el costo total de su medicamento (monto pagado por el plan y por usted, o por otros en su nombre) alcance los \$4,660 , usted pasa a la etapa del período sin cobertura.				
Farmacia dentro de la red	Minorista Suministro para 30 días	Minorista Suministro para 100 días	Pedido por correo Suministro para 30 días	Pedido por correo Suministro para 100 días
Nivel 1: medicamentos genéricos preferidos	Copago de \$4	Copago de \$8	Copago de \$0	Copago de \$0
Nivel 2: medicamentos genéricos	Copago de \$14	Copago de \$28	Copago de \$14	Copago de \$28
Nivel 3: medicamentos de marca preferidos	Copago de \$47	Copago de \$94	Copago de \$47	Copago de \$94
- Insulinas seleccionadas*	Copago de \$35	Copago de \$70	Copago de \$35	Copago de \$70
Nivel 4: medicamentos no preferidos	Copago de \$100	Copago de \$200	Copago de \$100	Copago de \$200
Nivel 5: medicamentos especializados	33 % del costo	Sin cobertura	33 % del costo	Sin cobertura

Medicamentos con receta para pacientes ambulatorios

* Para averiguar qué medicamentos son insulinas seleccionadas, revise la Lista de medicamentos más reciente que publicamos de forma electrónica en nuestro sitio web en www.cnchealthplan.com. Puede identificar las insulinas seleccionadas por la abreviatura “SSM”, que se encuentra en la columna “Requisitos/Límites” de la Lista de medicamentos.

Nota: Este costo compartido solo se aplica a los beneficiarios que no califican para un programa que ayude a pagar sus medicamentos (“Ayuda Adicional”).

Si reside en un centro de atención médica a largo plazo, paga lo mismo que en una farmacia minorista estándar.

Los costos compartidos pueden cambiar según la farmacia que elija y el momento en el que ingresa en una nueva etapa del beneficio de la Parte D. Para obtener más información sobre el costo compartido adicional específico de una farmacia y las etapas del beneficio, llámenos o consulte nuestra Evidencia de cobertura en línea

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 su Equipo de experiencia al cliente para obtener más información.

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

Medicamentos con receta para pacientes ambulatorios

Período sin cobertura

Durante la etapa del período sin cobertura, los costos que paga de su bolsillo para las insulinas seleccionadas no serán más de \$35 en una farmacia minorista o de pedido por correo para un suministro para 30 días o \$70 en una farmacia minorista o de pedido por correo para un suministro para 100 días. Para averiguar qué medicamentos son insulinas seleccionadas, revise la Lista de medicamentos más reciente que publicamos de forma electrónica en nuestro sitio web en www.cnchealthplan.com. Puede identificar las insulinas seleccionadas por la abreviatura “SSM”, que se encuentra en la columna “Requisitos/Límites” de la Lista de medicamentos.

Para los medicamentos del nivel 1 y los medicamentos genéricos seleccionados de los niveles 2 y 3, usted paga su copago del nivel 1, 2 o 3 o el 25 % del costo, el monto que sea menor. Para todos los demás medicamentos genéricos cubiertos, usted paga el 25 % del costo. Para los medicamentos de marca seleccionados del nivel 3, usted no paga más del monto del copago del nivel 3. Para todos los demás medicamentos de marca, usted paga el 25 % del costo (además de una parte del costo de suministro). Permanece en esta etapa hasta que los “costos que paga de su bolsillo” (sus pagos) del año hasta la fecha alcancen un total de \$7,400. Medicare estableció este monto y las normas para calcular los costos hasta llegar a esta suma.

Si reside en un centro de atención médica a largo plazo, paga lo mismo que en una farmacia minorista estándar.

Nota: Este costo compartido solo se aplica a los beneficiarios que no califican para un programa que ayude a pagar sus medicamentos (“Ayuda Adicional”).

Cobertura en situaciones catastróficas

Durante esta etapa, el plan pagará la mayoría de los costos de sus medicamentos durante el resto del año calendario (hasta el 31 de diciembre de 2023). Su parte del costo para un medicamento cubierto será la cantidad que sea mayor entre un coseguro y un copago (el coseguro del 5 % del costo del medicamento, o \$4.15 para un medicamento genérico o un medicamento que se trata como genérico, y \$10.35 para todos los demás medicamentos).

Care N' Care Choice Plus (PPO) H6328-002

Primas y beneficios	Care N' Care Choice Plus (PPO) H6328-002	
	Dentro de la red	Fuera de la red
Prima mensual del plan	Usted paga \$53. Debe continuar pagando su prima de la Parte B de Medicare.	
Deducible	Sin deducible	
Monto máximo que paga de su bolsillo	Usted no paga más de \$3,800 por año por los servicios dentro de la red, a menos que se excluyan específicamente.	Usted no paga más de \$8,950 por año por los servicios combinados dentro y fuera de la red, a menos que se excluyan específicamente.

Primas y beneficios	Care N' Care Choice Plus (PPO) H6328-002	
	Dentro de la red	Fuera de la red
Servicios hospitalarios para pacientes internados ¹	Días 1 a 5: \$250 por día Días 6 en adelante: \$0 por día	Usted paga el 30 % del costo.
Cirugía para pacientes ambulatorios ¹ • Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios • Centro quirúrgico ambulatorio	Usted paga un copago de \$275. Usted paga un copago de \$150.	Usted paga un copago de \$350. Usted paga un copago de \$275.
Visitas al médico • Atención primaria • Especialista	Usted paga un copago de \$0. Usted paga un copago de \$25.	Usted paga un copago de \$20. Usted paga un copago de \$50.
Atención preventiva (p. ej., vacuna contra la gripe, pruebas de detección de la diabetes) Servicios preventivos sin costo cubiertos por Medicare Vacuna contra la COVID-19	Usted paga un copago de \$0. Usted paga un copago de \$0. Usted paga un copago de \$0.	Usted paga un copago de \$30. Usted paga un copago de \$30. Usted paga un copago de \$0.
Atención de emergencia	Usted paga \$100 por visita. El copago de emergencia se exige si lo internan en el hospital dentro de los 3 días por la misma afección.	Usted paga \$100 por visita. El copago de emergencia se exige si lo internan en el hospital dentro de los 3 días por la misma afección.
Servicios de urgencia	Usted paga un copago de \$25 por visita.	Usted paga un copago de \$25 por visita.
Servicios de diagnóstico/laboratorio/diagnóstico por imágenes ¹ • Pruebas y procedimientos de diagnóstico básicos Estudio del sueño • Servicios de laboratorio • MRI • CAT • Radiografías	Usted paga un copago de \$5 en el consultorio del médico. Usted paga un copago de \$25 en un centro para pacientes ambulatorios. Usted paga un copago de \$0 por servicios en el hogar y un copago de \$25 por servicios en otro lugar. Usted paga un copago de \$0 en el consultorio del médico o en un centro de laboratorio independiente. Usted paga un copago de \$10 en un centro para pacientes ambulatorios. Usted paga un copago de \$175. Usted paga un copago de \$150. Usted paga un copago de \$5.	Usted paga un copago de \$10 en el consultorio del médico. Usted paga un copago de \$30 en un centro para pacientes ambulatorios. Usted paga un copago de \$175 por servicios en el hogar y por otros centros. Usted paga un copago de \$15 en el consultorio del médico o en un centro de laboratorio independiente. Usted paga un copago de \$25 en un centro para pacientes ambulatorios. Usted paga un copago de \$200. Usted paga un copago de \$200. Usted paga un copago de \$30.
Servicios auditivos • Examen auditivo de rutina • Audífonos	Usted paga un copago de \$45.* Usted paga un copago de \$699 por cada audífono para audífonos avanzados.* Usted paga un copago de \$999 por cada audífono para audífonos premium.* * No se tiene en cuenta para el monto máximo que paga de su bolsillo.	Usted paga un copago de \$45.* Usted paga un copago de \$699 por cada audífono para audífonos avanzados.* Usted paga un copago de \$999 por cada audífono para audífonos premium.* * No se tiene en cuenta para el monto máximo que paga de su bolsillo.

Primas y beneficios	Care N' Care Choice Plus (PPO) H6328-002	
	Dentro de la red	Fuera de la red
Servicios dentales • Examen bucal y limpieza • Radiografías • Tratamientos con flúor • Servicios integrales	Usted paga un copago de \$0. Usted paga un copago de \$0. Usted paga un copago de \$0. Si tiene cobertura con una prima adicional, consulte los beneficios complementarios opcionales.	Usted paga un copago de \$0. Usted paga un copago de \$0. Usted paga un copago de \$0. Si tiene cobertura con una prima adicional, consulte los beneficios complementarios opcionales.
Servicios oftalmológicos • Examen de la vista de rutina • Anteojos, lentes y marcos	Usted paga un copago de \$0. Usted paga un copago de \$0 con un monto máximo de beneficio de \$100.	Usted paga un copago de \$40. Usted paga un copago de \$30 con un monto máximo de beneficio de \$100.
Servicios de salud mental ¹ • Consulta de terapia individual/grupal para pacientes ambulatorios	Usted paga un copago de \$25.	Usted paga un copago de \$55.
Servicios de telemedicina • Servicios de atención primaria • Servicios especializados de salud mental • Alergia e inmunología, cardiología, dermatología, endocrinología, otorrinolaringología, ginecología, obstetricia/ginecología, enfermedades infecciosas, nefrología, neurología, oftalmología	Usted paga un copago de \$0. Usted paga un copago de \$25. Usted paga un copago de \$25.	Sin cobertura
Línea directa de enfermería	Usted paga un copago de \$0.	Copago de \$0; debe usar un proveedor preferido para recibir este beneficio.
Servicios de atención médica en el hogar	Usted paga un copago de \$0.	Usted paga un copago de \$40.
Atención médica a domicilio en Texas	Días 1 a 5: copago de \$250 Día 6 en adelante: copago de \$0	Usted paga el 30 % del costo.
	<p>Los servicios hospitalarios a domicilio permiten prestar determinados servicios de atención médica fuera de un entorno hospitalario tradicional y dentro de su hogar. La atención comienza una vez que se realiza una evaluación, se determina su elegibilidad y un médico de atención hospitalaria lo remite. El médico de atención hospitalaria tendrá en cuenta sus criterios de elegibilidad, incluidas sus afecciones médicas y su ubicación geográfica.</p> <p>Si el médico de atención hospitalaria lo aprueba, el empleado de Admisiones realizará una evaluación de seguridad con usted a fin de garantizar que su hogar sea seguro para usted y para los proveedores que presten atención médica allí. Esta evaluación analiza cuestiones de seguridad como la presencia de un cuidador en el hogar, los posibles riesgos de caída, el agua corriente, la cobertura de satisfactoria de telefonía móvil, etc. Si aprueba la evaluación de seguridad, se le admitirá en el programa, con su consentimiento.</p> <p>Un equipo de proveedores le brindará tratamiento y supervisión en su hogar. Las afecciones que se pueden tratar con este beneficio pueden ser las siguientes: asma, bronquitis y otras enfermedades respiratorias; insuficiencia cardíaca y choque cardiovascular; neumonía simple y pleuritis; enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC); celulitis; infecciones renales e infección urinaria (ITU).</p>	

Beneficio de comida por enfermedades crónicas ¹	Usted paga un copago de \$0.	Usted paga un copago de \$0.
	Las afecciones crónicas elegibles para servicios de administración de la atención incluyen SIDA, asma, enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), insuficiencia cardíaca congestiva, enfermedad de las arterias coronarias, diabetes, hipertensión y enfermedad renal crónica (ERC); los beneficiarios pueden recibir un máximo de 3 comidas saludables al día durante un máximo de 2 semanas al año por cada afección. Debe usar un proveedor preferido para recibir este beneficio.	
Beneficio de comida luego de recibir el alta ¹	Usted paga un copago de \$0.	Usted paga un copago de \$0.
	Inmediatamente después de una intervención quirúrgica o de una hospitalización; los beneficiarios pueden recibir 3 comidas por día durante un máximo de 2 semanas, hasta 2 altas por año. Debe usar un proveedor preferido para recibir este beneficio.	
Servicios de quiropráctica	Usted paga un copago de \$20.	Usted paga un copago de \$40.
Servicios de acupuntura	Usted paga un copago de \$15.	Usted paga un copago de \$40.
Medicamentos de la Parte B de Medicare ¹	Usted paga el 20 % del costo.	Usted paga el 30 % del costo.

Cláusula adicional dental complementaria

Los miembros que elijan añadir la cláusula adicional dental complementaria a su plan recibirán servicios dentales integrales por una prima mensual adicional de \$25. La cláusula adicional ofrece cobertura para los servicios dentales generalmente utilizados sin la necesidad de obtener una remisión o una autorización previa. La cláusula adicional dental complementaria HMO solo tiene cobertura dentro de la red.

Los beneficios adicionales incluyen lo siguiente*:

- Empastes
- Extracciones
- Tratamientos de conducto
- Dentaduras postizas (completas y parciales) y ajustes de dentaduras postizas
- Coronas
- Cirugía bucal
- Implantes

* Consulte la Evidencia de cobertura para ver todos los detalles de los beneficios. Los códigos dentales detallados también se pueden encontrar en el sitio web de Care N' Care, en cnhealthplan.com/our-plans-2023/our-benefits-2023/.

La discriminación es ilegal

Care N' Care (HMO/PPO) cumple las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. Care N' Care no excluye a ninguna persona ni brinda un trato diferente por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo.

Care N' Care:

- **Proporciona servicios y asistencia gratuitos a las personas con discapacidades para que se comuniquen efectivamente con nosotros, como los siguientes:**
 - Intérpretes de lenguaje de señas calificados
 - Información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, etc.)
- **Proporciona servicios lingüísticos gratuitos a las personas que tienen un idioma nativo diferente del inglés, como los siguientes:**
 - Intérpretes calificados
 - Información escrita en otros idiomas

Si necesita estos servicios, llame a Care N' Care al 1-877-665-2622 (TTY: 711), desde el 1.º de octubre hasta el 31 de marzo, los siete días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m., hora estándar central, o desde el 1.º de abril hasta el 30 de septiembre, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m., hora estándar central.

Si considera que Care N' Care no le ha proporcionado estos servicios o lo ha discriminado de otra forma por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, puede presentar un reclamo a Care N' Care, Attn: Appeals and Grievances, 1603 Lyndon B. Johnson Freeway, Suite 300, Farmers Branch, TX 75234, 1-877-665-2622 (TTY 711), o por fax al 817-810-5214. Puede presentar un reclamo en persona o por correo postal, fax o correo electrónico. Si necesita ayuda para presentar un reclamo, el Departamento de Apelaciones y Reclamos está disponible para ayudarle.

También puede presentar una queja de derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos, de forma electrónica, a través del Portal de quejas de la Oficina de Derechos Civiles, disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o por correo postal o teléfono: U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue SW., Room 509F, HHH Building, Washington, DC 20201, 1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD). Los formularios de quejas están disponibles en <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

Inglés: 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 1-877-374-7993 (TTY: 711). Someone who speaks English/Language can help you. This is a free service.

Español: 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 1-877-374-7993 (TTY: 711). Alguien que hable español le podrá ayudar. Este es un servicio gratuito.

Chino mandarín: 我提供免費的翻譯服務，幫助解答關於健康或藥物保險的任何疑問。如果您需要此翻譯服務，請致電 1-877-374-7993 (TTY: 711)。我們的中文工作人員很樂意提供幫助。這是一項免費服務。

Chino cantonés: 對我們的健康或藥物保險可能存有疑問，此我們提供免費的翻譯服務。如需翻譯服務，請致電 1-877-374-7993 (TTY: 711)。我們講中文的人員將樂意提供幫助。這是一項免費服務。

Tagalo: Mayroon kaming libreng serbisyo sa pagsasalang-wika upang masagot ang anumang mga katanungan ninyo hinggil sa aming planong pangkalusugan o panggamot. Upang makakuha ng tagasalang-wika, tawagan lamang kami sa 1-877-374-7993 (TTY: 711). Maaari kayong tulungan ng isang nakakapagsalita ng Tagalog. Ito ay libreng serbisyo.

Francés: 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 1-877-374-7993 (TTY : 711). Un interlocuteur parlant Français pourra vous aider. Ce service est gratuit.

Vietnamita: 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 1-877-374-7993 (TTY: 711) sẽ có nhân viên nói tiếng Việt giúp đỡ quý vị. Đây là dịch vụ miễn phí.

Alemán: Unser kostenloser Dolmetscherservice beantwortet Ihren Fragen zu unserem Gesundheits- und Arzneimittelplan. Unsere Dolmetscher erreichen Sie unter 1-877-374-7993 (TTY: 711). Man wird Ihnen dort auf Deutsch weiterhelfen. Dieser Service ist kostenlos.

Coreano: 당사는 의료 보험 또는 약품 보험에 관한 질문에 대해 드리고자 무료 통역 서비스를 제공하고 있습니다. 통역 서비스를 이용하려면 전화 1-877-374-7993 (TTY: 711) 번으로 문의해 주십시오. 한국어를 하는 담당자가 도와 드릴 것입니다. 이 서비스는 무료로 운영됩니다.

Ruso: 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 1-877-374-7993 (TTY: 711). Вам окажет помощь сотрудник, который говорит по-русски. Данная услуга бесплатная.

Árabe: اني ددلي وودأل لودج وأ ءحص لابل قل عتت ءلئسأ يأ نع ءباج لال ءي ن اجم ال يروف ال م جرت م ل امدخ مدقن انن! 1-877-374-7993 (TTY: 711) [xxxx-xxx-xxx-1] ءل ع انب لاصتال اوس كئل ع سئل، يروف م جرت م ءل ع لوصح لل ءة. ن اجم ءم ءخ هءه. كئ ءع اس م ب ءة ب ر ع ل ا ء ء ح ت ي ا م ص خ ش موق ي س.

Hindi: हमारे सुवास्थ्य या दवा की योजना के बारे में आपके किसी भी पूरश्न के जवाब देने के लिए हमारे पास मुफ्त दुभाषया सेवाएँ उपलब्ध हैं. एक दुभाषया प्राप्त करने के लिए, बस हमें 1-877-374-7993 (TTY: 711) पर फोन करें. कोई व्यक्ति जो हिन्दी बोलता है आपकी मदद कर सकता है. यह एक मुफ्त सेवा है.

Italiano: È disponibile un servizio di interpretariato gratuito per rispondere a eventuali domande sul nostro piano sanitario e farmaceutico. Per un interprete, contattare il numero 1-877-374-7993 (TTY: 711). Un nostro incaricato che parla Italiani fornirà l'assistenza necessaria. È un servizio gratuito.

Portugués: 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 1-877-374-7993 (TTY: 711). Irá encontrar alguém que fale o idioma Português para o ajudar. Este serviço é gratuito.

Criollo francés: 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 1-877-374-7993 (TTY : 711). Yon moun ki pale Kreyòl kapab ede w. Sa a se yon sèvis ki gratis.

Polaco: 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 1-877-374-7993 (TTY: 711). Ta usługa jest bezpłatna.

Japonés: 社の健康 健康保と 品 方プランに するご質問にお答えするために、無料の通サービスがあります。通をご用命になるには、1-877-374-7993 (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。