



**This is important information on changes in your Central Health Medicare Plan information.**

Changes to your 2023 Annual Notice of Changes, Evidence of Coverage and Summary of Benefits:

Where you can find the change in your 2023 Materials:	Original information:	Corrected information:	What does this mean to you?
<p><b>Annual Notice of Change</b> - Changes to Benefits and Costs for Medical Services - Medicare Part B Prescription Drugs</p>	<p>Not included</p>	<p><b>2022:</b> You pay 20% coinsurance</p> <p><b>2023:</b> You pay up to 20% coinsurance.</p> <p>Certain rebatable drugs may be subject to a lower coinsurance. Part B insulin cost sharing is no more than a \$35 copay for a one-month supply.</p>	<p>You pay up to 20% coinsurance for Medicare Part B Drugs, and no more than a \$35 copay for a one-month supply of Medicare Part B insulin.</p>
<p><b>Evidence of Coverage</b> - Chapter 4, Section 2.1 Your medical benefits and costs as a member of the plan - Medicare Part B Prescription Drugs</p>	<p>You pay 20% coinsurance</p>	<p>You pay up to 20% coinsurance. Certain rebatable drugs may be subject to a lower coinsurance. Part B insulin cost sharing is no more than a \$35 copay for a one-month supply.</p>	<p>You pay up to 20% coinsurance for Medicare Part B Drugs, and no more than a \$35 copay for a one-month supply of Medicare Part B insulin.</p>

<p><b>Summary of Benefits - Medicare</b></p> <p>Part B Drugs</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Chemotherapy drugs</li> <li>• Other Part B drugs</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 20% coinsurance</li> <li>• 20% coinsurance</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Up to 20% coinsurance</li> <li>• Up to 20% coinsurance. Part B insulin cost sharing is no more than a \$35 copay for a one-month supply</li> </ul>	<p>You pay up to 20% coinsurance for Medicare Part B Drugs, and no more than a \$35 copay for a one-month supply of Medicare Part B insulin.</p>
---	--	---	--

You are not required to take any action in response to this document, but we recommend you keep this information for future reference.

If you have any questions, please call 1-866-314-2427, TTY 711. Member Service Representatives are available 8 a.m. – 8 p.m., 7 days a week.

Central Health Medicare Plan is an HMO plan with a Medicare contract. Enrollment in this plan depends on contract renewal.



센트럴 헬스  
프리미어 플랜

# 혜택 요약

센트럴 헬스 프리미어 플랜 I  
센트럴 헬스 프리미어 플랜 II

## California

Alameda  
Contra Costa  
Fresno  
Los Angeles  
Santa Clara  
San Joaquin



# 2023 혜택 요약

센트럴 헬스 프리미어 플랜 I(HMO) H5649-020-001

센트럴 헬스 프리미어 플랜 II(HMO) H5649-021-002

2023년 1월 1일 ~ 2023년 12월 31일.

센트럴 헬스 프리미어 플랜 I은 Medicare와 계약을 맺은 HMO 플랜입니다. 센트럴 헬스 프리미어 플랜의 가입은 계약 갱신에 따라 결정됩니다.

제공되는 혜택 정보는 당사가 보장하는 모든 서비스나 모든 제한 또는 예외 사항을 열거하지는 않습니다. 당사가 보장하는 서비스의 전체 목록을 확인하려면 [www.centralhealthplan.com](http://www.centralhealthplan.com)에서 “보험 적용 확인서”를 참조하십시오.

센트럴 헬스 프리미어 플랜 I(HMO), 센트럴 헬스 프리미어 플랜 II(HMO)에 가입하려면 귀하는 Medicare Part A 가입 유자격자이고, Medicare Part B에 가입되어 있으며, 당사 서비스 지역에 거주하고 있어야 합니다. California 주에서 당사의 서비스 지역에 해당하는 카운티는 다음과 같습니다. Alameda, Contra Costa, Fresno, Los Angeles, San Joaquin 및 Santa Clara.

응급 상황을 제외하고, 귀하가 당사 네트워크에 없는 제공업체를 이용하는 경우 당사는 이러한 서비스에 대한 비용을 지불하지 않습니다.

Original Medicare의 보장 범위와 비용에 대한 자세한 내용은 배포 중인 “**Medicare & You**” 핸드북을 참조하십시오. 이 내용은 [Medicare.gov](http://Medicare.gov)에서 온라인으로 확인하시거나 연방 공휴일을 포함하여 연중무휴 24시간 언제든지 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)로 연락하여 사본을 받을 수 있습니다. TTY/TDD 사용자는 1-877-486-2048번으로 전화하십시오.

본 문서는 점자, 대형 활자 및 오디오 등의 기타 형식으로도 제공됩니다.

**궁금하신 사항이 있으십니까?** 센트럴 헬스 메디케어 플랜 가입자 서비스부(1-866-314-2427, TTY: 711, 주 7일 오전 8시~오후 8시(PT))로 전화하거나 당사 웹사이트([www.centralhealthplan.com](http://www.centralhealthplan.com))를 방문하십시오.

보험료 및 혜택	센트럴 헬스 프리미어 플랜 I HMO (20-1)	센트럴 헬스 프리미어 플랜 II HMO (21-2)
<b>월 플랜 보험료</b> 반드시 Medicare Part B 보험료는 계속 납부해야 합니다.	<b>\$0</b>	<b>\$34.50</b> <b>Extra Help</b> 를 받는 경우 보험료가 더 낮아질 수 있습니다.
<b>공제액</b>	공제액 없음	공제액 없음
<b>가입자 부담 최대한도액</b> (처방약 제외)	<b>연간 \$899 이하</b>	<b>연간 \$6,700 이하</b>
<b>입원환자 병원*</b>	<b>입원당 \$0</b> 90일 이후 추가 기간 동안 무제한으로 \$0의 본인 부담금이 제공됩니다.	<b>공제액 \$1,600</b> 1~60일간 1일당 <b>본인 부담금 \$0</b> 61~90일간 1일당 <b>본인 부담금 \$400**</b> 90일 이후 추가 기간 동안 무제한으로 \$0의 본인 부담금이 제공됩니다.**
<b>외래환자 병원‡</b>	<b>본인 부담금 \$0</b>	<b>공동 보험료 20%**</b>
<b>외래 수술 센터*</b>	<b>본인 부담금 \$0</b>	<b>공동 보험료 20%**</b>
<b>의사 방문</b> • 주치의 • 전문의*	<b>본인 부담금 \$0</b> <b>본인 부담금 \$0</b>	<b>본인 부담금 \$0</b> <b>본인 부담금 \$0</b>
<b>예방 진료</b> 기타 예방 서비스를 이용할 수 있습니다. • 독감 백신, 당뇨병 선별검사 등*	<b>본인 부담금 \$0</b>	<b>본인 부담금 \$0</b>

\*\* 귀하의 센트럴 헬스 프리미어 플랜 II(HMO) 요금은 Medi-Cal 상태에 따라 낮아질 수 있습니다.

\* 서비스에 승인이 필요할 수 있습니다.

‡ 특정 서비스에 대한 자세한 내용은 보험 적용 확인서(EOC)를 참조하십시오.

보험료 및 혜택	센트럴 헬스 프리미어 플랜 I HMO (20-1)	센트럴 헬스 프리미어 플랜 II HMO (21-2)
<b>응급 진료</b> 72시간 이내에 병원에 입원하거나 ER에 재입원하면 본인 부담금이 면제됨	본인 부담금 \$0 - \$50	20% 공동 보험료, \$75 최대 **
<b>긴급 치료</b>	본인 부담금 \$0	20% 공동 보험료, \$60 최대 **
<b>진단 서비스/검사실/영상*</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>진단 검사 및 시술</li> <li>검사실 서비스</li> <li>MRI, CAT 스캔</li> <li>엑스레이 촬영</li> </ul>	본인 부담금 \$0 본인 부담금 \$0 본인 부담금 \$0 본인 부담금 \$0	본인 부담금 \$0 본인 부담금 \$0 공동 보험료 20%** 공동 보험료 20%**
<b>청각 진료 서비스*</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>정기 청력 검사 매년 1회</li> <li>보청기 피팅 및 평가 매년 1회</li> <li>보청기</li> </ul>	본인 부담금 \$0 본인 부담금 \$0 NationsHearing을 통한 연간 보청기 보조금 한도: \$2,000	본인 부담금 \$0 본인 부담금 \$0 NationsHearing을 통한 연간 보청기 보조금 한도: \$3,000
<b>치과 서비스*</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>예방 치과 진료(예: 구강 검사, 엑스레이, 스케일링)</li> </ul> <b>종합 치과*</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>진단 서비스</li> <li>수복 서비스</li> <li>근관 치료</li> <li>치주염 치료</li> <li>발치</li> <li>치과 보철의, 기타 구강/악 안면 수술, 기타 서비스</li> </ul>	본인 부담금 \$0 본인 부담금 \$0 본인 부담금 \$0 - \$295 본인 부담금 \$0 본인 부담금 \$0 본인 부담금 \$0 본인 부담금 \$0 - \$295	본인 부담금 \$0 본인 부담금 \$0 본인 부담금 \$0 - \$295 본인 부담금 \$0 본인 부담금 \$0 본인 부담금 \$0 본인 부담금 \$0 - \$295

\*\* Your costs for 센트럴 헬스 프리미어 플랜 II (HMO) may be less depending on your Medi-Cal status.

\*\* 귀하의 센트럴 헬스 프리미어 플랜 II(HMO) 요금은 Medi-Cal 상태에 따라 낮아질 수 있습니다.

\* 서비스에 승인이 필요할 수 있습니다.

† 제한 사항이 적용될 수 있습니다. 자세한 내용은 EOC를 참조하십시오.

보험료 및 혜택	센트럴 헬스 프리미어 플랜 I HMO (20-1)	센트럴 헬스 프리미어 플랜 II HMO (21-2)
<b>안과 서비스*</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>정기 눈 검사</li> <li>망막 영상 촬영</li> <li>안경류 보조금</li> </ul>	<b>본인 부담금 \$0</b> 매년 1회 검사 <b>본인 부담금 \$0</b> 매년 1회 검사 <b>연간 최대 \$300</b>	<b>공동 보험료 20%</b> 매년 1회 검사 <b>본인 부담금 \$0</b> 매년 1회 검사 <b>연간 최대 \$300</b>
<b>정신 건강 서비스*</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>외래환자 개인 치료</li> <li>외래환자 집단(심리)요법</li> </ul>	<b>본인 부담금 \$0</b> <b>본인 부담금 \$0</b>	<b>본인 부담금 \$0</b> <b>본인 부담금 \$0</b>
<b>전문 간호 시설(SNF)*</b>	1~20일간 1일당 <b>본인 부담금 \$0</b> 21~100일간 1일당 <b>본인 부담금 최대 \$200</b>	1~20일간 1일당 <b>본인 부담금 \$0</b> 21~100일간 1일당 <b>본인 부담금 최대 \$200**</b>
<b>물리치료*</b>	<b>본인 부담금 \$0</b>	<b>본인 부담금 \$0</b>
<b>구급차(지상)*</b>	<b>탑승당 본인 부담금 \$0 - \$40</b>	<b>탑승당 공동 보험료 20%**</b>
<b>차량 서비스*</b>	<b>플랜에서 승인된 위치의 편도 이동(최대 50마일 한도) 48회에 \$0</b>	<b>플랜에서 승인된 위치의 편도 이동(최대 50마일 한도) 48회에 \$0</b>
<b>Medicare Part B 의약품*</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>화학요법 의약품</li> <li>기타 Part B 의약품</li> </ul>	<b>공동 보험료 20%</b> <b>공동 보험료 20%</b>	<b>공동 보험료 20%**</b> <b>공동 보험료 20%**</b>

\* 서비스에 승인이 필요할 수 있습니다.

† 제한 사항이 적용될 수 있습니다. 자세한 내용은 EOC를 참조하십시오.

\*\* 귀하의 센트럴 헬스 프리미어 플랜 II(HMO) 요금은 Medi-Cal 상태에 따라 낮아질 수 있습니다.

외래환자 처방약

센트럴 헬스 프리미어 플랜 I  
HMO (20-1)

센트럴 헬스 프리미어 플랜 II  
HMO (21-2)

Part D 공제액  
(2~5단계)

공제액 없음

\$0 또는 \$104<sup>1</sup>

<sup>1</sup>제공되는 Extra Help 수준에 따라 다름

소매 Rx 30일  
분

우편 주문 90  
일분

소매 Rx 30일  
분

우편 주문 90  
일분

초기 보장 범위

약물 비용이 \$4,660에 도달할 때까지 초기 보장 단계에 있음(연초부터 현재까지)

1단계 - 선호 제네릭

본인 부담금  
\$0

본인 부담금  
\$0

본인 부담금  
\$0

본인 부담금  
\$0

2단계 - 제네릭

본인 부담금  
\$0

본인 부담금  
\$0

본인 부담금  
\$0

본인 부담금  
\$0

3단계 - 선호 브랜드 약

본인 부담금  
\$35

본인 부담금  
\$70

복제약<sup>1</sup>의 경우 \$0, \$1.45,  
\$4.15 또는 15%

4단계 - 비선호 브랜드 약

본인 부담금  
\$75

본인 부담금  
\$150

브랜드 약<sup>1</sup>의 경우 \$0, \$4.30,  
\$10.35 또는 15%

5단계 - 특수 단계 의약품

비용의 33%

해당되지 않음

6단계 - 선별 진료 의약품

본인 부담금  
\$0

본인 부담금  
\$0

본인 부담금  
\$0

본인 부담금  
\$0

보장 차이

가입자는 연초부터 오늘까지의 “본인 부담 비용”(가입자 지불 금액)이 총 \$7,400에 도달할 때까지 이 단계에 해당됩니다.

1단계 - 선호 제네릭

본인 부담금  
\$0

본인 부담금  
\$0

본인 부담금  
\$0

본인 부담금  
\$0

2단계 - 제네릭

본인 부담금  
\$0

본인 부담금  
\$0

본인 부담금  
\$0

본인 부담금  
\$0

3단계 - 선호 브랜드 약

비용의 25%

비용의 25%

복제약<sup>1</sup>의 경우 \$0, \$1.45,

4단계 - 비선호 약

비용의 25%

비용의 25%

\$4.15 또는 15%

5단계 - 특수 의약품

비용의 25%

해당되지 않음

브랜드 약<sup>1</sup>의 경우 \$0, \$4.30,  
\$10.35 또는 15%



## 외래환자 처방약

6단계 - 선별 진료 의약품	센트럴 헬스 프리미어 플랜 I HMO (20-1)		센트럴 헬스 프리미어 플랜 II HMO (21-2)	
	본인 부담금 \$0	본인 부담금 \$0	본인 부담금 \$0 <sup>1</sup> 제공되는 Extra Help 수준에 따라 다름	본인 부담금 \$0
<p><b>비상 보장</b></p> <p>귀하는 연초부터 오늘까지의 “본인 부담 비용”(가입자 지불 금액)이 총 \$7,400에 도달할 때까지 이 단계에 해당됩니다.</p>	<p>이 단계에서 플랜은 역년 중 남은 기간(2023년 12월 31일까지)에 대한 약 비용의 대부분을 지불할 것입니다.</p> <p>제네릭 또는 다품목 성분 우선 의약품의 경우 본인 부담금 \$4.15 또는 5%(둘 중 더 높은 비용), 기타 모든 의약품의 경우 본인 부담금 \$10.35 또는 5%(둘 중 더 높은 비용).</p>		<p>이 단계에서 플랜은 역년 중 남은 기간(2023년 12월 31일까지)에 대한 약 비용의 대부분을 지불할 것입니다.</p> <p>제네릭 또는 다품목 성분 우선 의약품의 경우 본인 부담금 \$4.15 또는 5%(둘 중 더 높은 비용), 기타 모든 의약품의 경우 본인 부담금 \$10.35 또는 5%(둘 중 더 높은 비용).</p>	

### 백신 비용에 대한 중요한 메시지

당사의 플랜은 귀하가 공제액(공제 가능한 경우)을 지불하지 않았더라도 대부분의 Part D 백신을 무료로 제공합니다. 자세한 정보는 가입자 서비스에 문의하십시오.

### 인슐린 비용에 대한 중요한 메시지

비용 분담 단계에 상관없이, 귀하가 공제액(공제 가능한 경우)을 지불하지 않았더라도 당사의 플랜이 보장되는 각 인슐린 제품 1개월 공급분에 대해 \$35(또는 Extra Help 수준에 따라 \$35 미만, 또는 3단계 본인 부담금이 \$35 미만인 경우)를 초과하여 지불하지 않습니다.

선택한 약국에 따라, 그리고 Part D 혜택의 새로운 단계로 진입했을 때 비용 분담금이 변경될 수 있습니다.

추가 혜택	센트럴 헬스 프리미어 플랜 I HMO (20-1)	센트럴 헬스 프리미어 플랜 II HMO (21-2)
<b>Flex 카드</b>	<b>3개월마다 \$325</b> Flex 카드 기금은 일반의약품 (OTC) 품목, 피트니스 수수료 및 당사의 허브 카탈로그의 건강 및 웰니스 상품에 사용할 수 있습니다	<b>3개월마다 \$440</b> Flex 카드 기금은 일반의약품 (OTC) 품목, 피트니스 수수료 및 당사의 허브 카탈로그의 건강 및 웰니스 상품에 사용할 수 있습니다
<b>건강 식품 보조금‡</b> 다음은 만성 질환에 대한 특별 추가 혜택입니다. 회원이 이러한 혜택을 이용하려면 특정 자격 조건이 필요합니다.	대상이 되는 만성 질환을 앓고 있는 가입자를 위한 건강 식품에 대해 매월 최대 \$25	대상이 되는 만성 질환을 앓고 있는 가입자를 위한 건강 식품에 대해 매월 최대 \$25
<b>식사 및 영양 상담 (간편한 식사)‡</b>	수술 또는 입원 직후 14일간, 또는 일정 기간 동안 집에 머물러야 하는 건강 상태나 잠재적 건강 상태에 대해 하루 두 끼의 식사를 받습니다. 1년에 최대 4회 사용 가능합니다.	수술 또는 입원 직후 14일간, 또는 일정 기간 동안 집에 머물러야 하는 건강 상태나 잠재적 건강 상태에 대해 하루 두 끼의 식사를 받습니다. 1년에 최대 4회 사용 가능합니다.
<b>침술*</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Medicare 보장 침술</li> <li>• 일상적인 침술 - 매년 무제한 방문.</li> </ul>	본인 부담금 \$0 본인 부담금 \$0	본인 부담금 \$0 본인 부담금 \$0
<b>척추 교정*</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Medicare 보장 척추 교정</li> </ul>	본인 부담금 \$0	본인 부담금 \$0
<b>체중계</b> 다음은 만성 질환에 대한 특별 추가 혜택입니다. 회원이 이러한 혜택을 이용하려면 특정 자격 조건이 필요합니다.	본인 부담금 \$0	본인 부담금 \$0

‡ 특정 서비스에 대한 자세한 내용은 보험 적용 확인서(EOC)를 참조하십시오.

\* 서비스에 승인이 필요할 수 있습니다.

추가 혜택	센트럴 헬스 프리미어 플랜 I HMO (20-1)	센트럴 헬스 프리미어 플랜 II HMO (21-2)
허브 카탈로그	카탈로그의 제품은 CHP Flex 카드를 통해 보장되며, 회원은 온라인으로 주문할 수 있습니다. 자세한 정보는 회원 서비스에 문의해 주십시오.	카탈로그의 제품은 CHP Flex 카드를 통해 보장되며, 회원은 온라인으로 주문할 수 있습니다. 자세한 정보는 회원 서비스에 문의해 주십시오.
헬스장 멤버십	본인 부담금 \$0	본인 부담금 \$0
연중무휴 24시간 원격 의료	본인 부담금 \$0	본인 부담금 \$0
개인 응급 대응 시스템(PERS)	본인 부담금 \$0	본인 부담금 \$0
내구성 의료 장비(DME)*	공동 보험료 \$0 - 20%	공동 보험료 20%**
<b>전 세계 응급 진료</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 긴급 치료</li> <li>• 응급실</li> <li>• 응급 이송</li> </ul>	<b>본인 부담금 \$25</b> <b>최대 보장 \$100,000</b>	<b>본인 부담금 \$0</b> <b>최대 보장 \$100,000</b>

\*\* 센트럴 헬스 프리미어 플랜 II(HMO)에 대한 비용은 Medi-Cal 상태에 따라 달라질 수 있습니다.  
\* 서비스에 승인이 필요할 수 있습니다.

## 차별 금지 통지

센트럴 헬스 메디케어 플랜은(는) 관련 연방 공민권 법을 준수하며 인종, 피부색, 출신 국가, 연령, 장애 또는 성별에 따라 차별하지 않습니다. 센트럴 헬스 메디케어 플랜은(는) 인종, 피부색, 출신 국가, 연령, 장애 또는 성에 따라 회원님을 배제하거나 차별하지 않습니다.

### 센트럴 헬스 메디케어 플랜

- 장애가 있는 회원님께 다음과 같이 효율적으로 의사소통할 수 있는 무료 지원 및 서비스를 제공합니다.
  - 자격 있는 수화 통역사
  - 다른 형식의 서면 정보(큰 활자, 오디오, 사용 가능한 온라인 자료, 기타 형식)
- 영어가 모국어가 아닌 경우, 다음과 같은 무료 언어 서비스를 제공합니다.
  - 자격 있는 통역사
  - 다른 언어로 작성된 정보

이러한 서비스가 필요한 경우 1-866-314-2427로 회원 서비스부(TTY 711)에 문의하십시오. 연락 가능 시간은 주 7일 오전 8시~오후 8시(PT)입니다.

센트럴 헬스 메디케어 플랜에서 이러한 서비스를 제공하지 못하거나 다른 방식으로 인종, 피부색, 출신 국가, 연령, 장애 또는 성별을 기준으로 차별한 경우 고객 서비스부에 전화하거나 다음 주소로 편지를 보내 고충을 접수하실 수 있습니다.

Central Health Medicare Plan  
ATTN: Member Services  
1540 Bridgegate Drive  
Diamond Bar, CA 91765  
전화: 1-866-314-2427, TTY: 711  
팩스: 1-626-388-2361  
이메일: memberservices@centralhealthplan.com

고충 접수 시 도움이 필요한 경우 센트럴 헬스 메디케어(CHM) 플랜 회원 서비스부에서 도움을 드립니다.

또한 <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>에서 민권사무국 민원 포털 사이트(Office for Civil Rights Complaint Portal)를 통해 전자적으로, 또는 아래 주소로 우편 또는 전화를 통해 미국

보건복지부(Department of Health and Human Services) 민권사무국에 민원을 제기하실 수 있습니다.

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

민원 양식은 <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>에서 확인할 수 있습니다.

## 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 1-866-314-2427. 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 1-866-314-2427. 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 1-866-314-2427。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 1-866-314-2427。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 1-866-314-2427. 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 1-866-314-2427. 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 1-866-314-2427 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 1-866-314-2427. Man wird Ihnen dort auf Deutsch weiterhelfen. Dieser Service ist kostenlos.

**한국어:** 당사는 의료 보험 또는 약품 보험에 관한 질문에 대해 드리고자 무료 통역 서비스를 제공하고 있습니다. 통역 서비스를 이용하려면 전화 1-866-314-2427 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 1-866-314-2427. 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 1-866-314-2427. سيقوم شخص ما بتدث العربية مساعدتك. 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 1-866-314-2427 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 1-866-314-2427. Un nostro incaricato che parla Italianovi 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 1-866-314-2427. 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 1-866-314-2427. 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 1-866-314-2427. 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、1-866-314-2427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。