



Esta es información importante sobre los cambios en la información del plan Central Health Medicare.

Cambios a su Aviso Anual de Cambios, Evidencia de Cobertura y Resumen de Beneficios de 2023:

Dónde puede encontrar el cambio en sus Materiales 2023:	Información original:	Información corregida:	¿Qué significa esto para usted?
<p>Aviso anual de cambio - cambios en los beneficios y costos de los servicios médicos- medicamentos recetados de la Parte B de Medicare</p>	<p>No incluido</p>	<p>2022: Paga 20% de coseguro</p> <p>2023: Usted paga hasta un 20% de coseguro.</p> <p>Ciertos medicamentos reembolsables pueden estar sujetos a un coseguro más bajo. El costo compartido de la insulina de la Parte B no es más que un copago de \$35 por un suministro de un mes.</p>	<p>Usted paga hasta un 20% de coseguro por los medicamentos de la Parte B de Medicare y no más de \$35 de copago por un suministro de insulina de la Parte B de Medicare por un mes.</p>

Evidencia de Cobertura - Capítulo 4, Sección 2.1 Sus beneficios y costos médicos como miembro del plan - Medicamentos Recetados de la Parte B de Medicare	Usted paga 20% de coseguro	Usted paga hasta un 20% de coseguro. Ciertos medicamentos reembolsables pueden estar sujetos a un coseguro más bajo. El costo compartido de la insulina de la Parte B no es más que un copago de \$35 por un suministro de un mes.	Usted paga hasta un 20% de coseguro por los medicamentos de la Parte B de Medicare y no más de \$35 de copago por un suministro de insulina de la Parte B de Medicare para un mes.
Resumen de beneficios - medicamentos de la Parte B de Medicare • Medicamentos de quimioterapia • Otros medicamentos de la Parte B	<ul style="list-style-type: none"> • 20% de coseguro • 20% de coseguro 	<ul style="list-style-type: none"> • Hasta un 20% de coseguro • Hasta un 20% de coseguro. El costo compartido de la insulina de la Parte B no es más que un copago de \$35 por un suministro de un mes 	Usted paga hasta un 20% de coseguro por los medicamentos de la Parte B de Medicare y no más de \$35 de copago por un suministro de insulina de la Parte B de Medicare por un mes.

No está obligado a realizar ninguna acción en respuesta a este documento, pero le recomendamos que guarde esta información para futuras consultas.

Si tiene alguna pregunta, llame al 1-866-314-2427, TTY 711. Los representantes de Servicios para Miembros están disponibles de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana.

Central Health Medicare plan es un plan HMO con un contrato de Medicare. La inscripción en este plan depende de la renovación del contrato.



Resumen de Beneficios

Central Health Premier Plan I
Central Health Premier Plan II

California

Orange

Riverside

San Bernardino



Resumen de beneficios 2023

Central Health Premier Plan I (HMO) H5649-020-002

Central Health Premier Plan II (HMO) H5649-021-001

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

El Central Health Premier Plan I es un plan HMO que tiene un contrato con Medicare. La inscripción en el Central Health Premier Plan I depende de la renovación del contrato.

La información sobre beneficios proporcionada no enumera todos los servicios que cubrimos ni todas las limitaciones o exclusiones. Para obtener una lista completa de los servicios, consulte la “Evidencia de Cobertura” en es.www.centralhealthplan.com.

Para registrarse en **Central Health Premier Plan I (HMO)** o **Central Health Premier Plan II (HMO)**, debe tener derecho a la Parte A de Medicare, estar inscrito en la Parte B de Medicare y vivir en nuestra área de servicios. Nuestra área de servicios incluye los siguientes condados en California: Orange, Riverside y San Bernardino.

Excepto en situaciones de emergencia, si utiliza proveedores que no están en nuestra red, es posible que no pagemos por estos servicios.

Para conocer la cobertura y los costos de Medicare Original, consulte su manual “**Medicare y Usted**” actual. Consúltelo en línea en Medicare.gov u obtenga una copia llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) disponible las 24 horas, los 7 días de la semana, incluidos algunos feriados federales. Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 1-877-486-2048.

Este documento está disponible en otros formatos, como Braille, letra grande y audio.

¿Tiene alguna pregunta? Llame al Departamento de Servicios para Miembros de Central Health Medicare Plan al 1-866-314-2427, TTY 711 de 8 a.m. a 8 p.m. (hora del Pacífico), los 7 días de la semana o visite nuestro sitio web en es.www.centralhealthplan.com.

Primas y beneficios	Central Health Premier Plan I HMO (20-2)	Central Health Premier Plan II HMO (21-1)
Prima mensual del plan Usted debe continuar pagando su prima de la Parte B de Medicare.	\$33.10 Su prima puede ser menor si está recibiendo Ayuda adicional.	\$0
Deducible	Sin deducible	Sin deducible
Responsabilidad máxima de su bolsillo (no incluye medicamentos recetados)	No más de \$6,700 una vez al año	No más de \$899 una vez al año
Servicios hospitalarios para pacientes internados*	Deducible de \$1,600 \$0 de copago por día para los días del 1 al 60 \$400 de copago por día para los días del 61 al 90** \$0 de copago por días adicionales ilimitados después de 90 días**	\$0 por estadía \$0 de copago por días adicionales ilimitados después de 90 días
Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios*‡	20% de coseguro**	\$0 de copago
Servicios en centros de cirugía ambulatoria*	20% de coseguro**	\$0 de copago
Consultas médicas <ul style="list-style-type: none"> • Proveedores de atención primaria • Especialistas* 	\$0 de copago \$0 de copago	\$0 de copago \$0 de copago

** Sus costos para Central Health Premier Plan I (HMO) pueden ser menores dependiendo de su estado de Medi-Cal.

* Estos servicios pueden requerir autorización.

‡ Consulte la Evidencia de Cobertura (EOC) para obtener detalles sobre servicios específicos.

Primas y beneficios	Central Health Premier Plan I HMO (20-2)	Central Health Premier Plan II HMO (21-1)
<p>Cuidado preventivo</p> <p>Existen otros servicios preventivos disponibles.</p> <ul style="list-style-type: none"> Servicios como vacuna contra la gripe, pruebas de detección de diabetes, etc.* 	\$0 de copago	\$0 de copago
<p>Atención de emergencia</p> <p>El copago se cancela si el paciente es admitido en el hospital o si es admitido nuevamente en la sala de emergencias en un plazo de 72 horas</p>	20% de coseguro, hasta \$75 como máximo**	\$0 - \$50 de copago
<p>Atención de urgencia</p>	20% de coseguro, hasta \$60 como máximo**	\$0 de copago
<p>Servicios de diagnóstico, pruebas de laboratorio y obtención de imágenes*</p> <ul style="list-style-type: none"> Pruebas y procedimientos de diagnóstico Servicios de laboratorio Exploración por IRM o TAC Radiografías 	<p>\$0 de copago</p> <p>\$0 de copago</p> <p>20% de coseguro**</p> <p>20% de coseguro**</p>	<p>\$0 de copago</p> <p>\$0 de copago</p> <p>\$0 de copago</p> <p>\$0 de copago</p>

* Estos servicios pueden requerir autorización.

** Sus costos para Central Health Premier Plan I (HMO) pueden ser menores dependiendo de su estado de Medi-Cal.

Primas y beneficios	Central Health Premier Plan I HMO (20-2)	Central Health Premier Plan II HMO (21-1)
<p>Servicios de audición*</p> <ul style="list-style-type: none"> Examen de audición de rutina Uno por año Ajustes y evaluaciones de audífonos Uno por año Audífonos 	<p>\$0 de copago</p> <p>\$0 de copago</p> <p>Subsidio para audífonos de hasta \$3,000 por año a través de NationsHearing</p>	<p>\$0 de copago</p> <p>\$0 de copago</p> <p>Subsidio para audífonos de hasta \$2,000 por año a través de NationsHearing</p>
<p>Servicios dentales*†</p> <ul style="list-style-type: none"> Servicios dentales preventivos (por ejemplo, exámenes orales, radiografías, limpiezas) <p>Servicios dentales integrales*</p> <ul style="list-style-type: none"> Servicios de diagnóstico Servicios de restauración Endodoncia Periodoncia Extracciones Prostodoncia, otra cirugía bucal/maxilofacial, otros servicios 	<p>\$0 de copago</p> <p>\$0 de copago</p> <p>\$0 de copago</p> <p>\$0 - \$295 de copago</p> <p>\$0 de copago</p> <p>\$0 de copago</p> <p>\$0 de copago</p> <p>\$0 - \$295 de copago</p>	<p>\$0 de copago</p> <p>\$0 de copago</p> <p>\$0 - \$295 de copago</p> <p>\$0 de copago</p> <p>\$0 de copago</p> <p>\$0 de copago</p> <p>\$0 - \$295 de copago</p>
<p>Servicios para la vista*†</p> <ul style="list-style-type: none"> Examen de la vista de rutina Obtención de imágenes de la retina Asignación de artículos para la vista 	<p>20% de coseguro Un examen por año</p> <p>\$0 de copago Un examen por año</p> <p>Hasta \$300 por año</p>	<p>\$0 de copago Un examen por año</p> <p>\$0 de copago Un examen por año</p> <p>Hasta \$300 por año</p>

* Estos servicios pueden requerir autorización.

† Pueden aplicarse limitaciones. Consulte su EOC para obtener más detalles.

Primas y beneficios	Central Health Premier Plan I HMO (20-2)	Central Health Premier Plan II HMO (21-1)
Servicios de salud mental* <ul style="list-style-type: none"> • Terapia individual para pacientes ambulatorios • Terapia grupal para pacientes ambulatorios 	\$0 de copago \$0 de copago	\$0 de copago \$0 de copago
Servicios en centros de enfermería especializada (SNF)*	\$0 de copago por día para los días del 1 al 20 Hasta \$200 de copago por día para los días del 21 a 100**	\$0 de copago por día para los días del 1 al 20 Hasta \$200 de copago por día para los días del 21 a 100
Fisioterapia*	\$0 de copago	\$0 de copago
Ambulancia (terrestre)*	20% de coseguro por viaje**	\$0 - \$40 de copago por viaje
Transporte*	\$0 por 48 viajes de ida a lugares aprobados por el plan (con un límite de hasta 50 millas)	\$0 por 48 viajes de ida a lugares aprobados por el plan (con un límite de hasta 50 millas)
Medicamentos de la Parte B de Medicare* <ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos para quimioterapia • Otros medicamentos de la Parte B 	20% de coseguro** 20% de coseguro**	20% de coseguro 20% de coseguro

* Estos servicios pueden requerir autorización.

** Sus costos para Central Health Premier Plan I (HMO) pueden ser menores dependiendo de su estado de Medi-Cal.

Medicamentos recetados para pacientes ambulatorios

	Central Health Premier Plan I HMO (20-2)		Central Health Premier Plan II HMO (21-1)	
Deducible de la Parte D (Niveles 2 a 5)	\$0 o \$104 ¹ ¹ Según el nivel de Ayuda adicional que reciba		Sin deducible	
	Suministro de 30 días para medicamentos recetados en venta minorista	Suministro de 90 días para pedidos por correo	Suministro de 30 días para medicamentos recetados en venta minorista	Suministro de 90 días para pedidos por correo
Cobertura inicial Usted está en la etapa de Cobertura inicial hasta que alcance \$4,660 en costos de medicamentos (hasta la fecha) Nivel 1: Genéricos preferidos Nivel 2: Genéricos Nivel 3: Medicamentos de marca preferidos Nivel 4: Medicamentos de marca no preferidos Nivel 5: Nivel de medicamentos especializados Nivel 6: Atención selecta	\$0 de copago \$0 de copago \$0, \$1.45, \$4.15 o un 15% para medicamentos genéricos ¹ \$0, \$4.30, \$10.35 o un 15% para medicamentos de marca ¹ \$0 de copago ¹ Según el nivel de Ayuda adicional que reciba	\$0 de copago \$0 de copago \$0, \$1.45, \$4.15 o un 15% para medicamentos genéricos ¹ \$0, \$4.30, \$10.35 o un 15% para medicamentos de marca ¹ \$0 de copago ¹ Según el nivel de Ayuda adicional que reciba	\$0 de copago \$0 de copago \$35 de copago \$75 de copago 33% del costo \$0 de copago	\$0 de copago \$0 de copago \$70 de copago \$150 de copago No disponible \$0 de copago

Medicamentos recetados para pacientes ambulatorios

	Central Health Premier Plan I HMO (20-2)		Central Health Premier Plan II HMO (21-1)	
Brecha de cobertura Usted permanece en esta etapa hasta que los “gastos de bolsillo” (sus pagos) del año hasta la fecha alcancen un total de \$7,400				
Nivel 1: Genéricos preferidos	\$0 de copago	\$0 de copago	\$0 de copago	\$0 de copago
Nivel 2: Genéricos	\$0 de copago	\$0 de copago	\$0 de copago	\$0 de copago
Nivel 3: Medicamentos de marca preferidos	25% del costo	25% del costo	\$35 de copago	\$70 de copago
Nivel 4: Medicamentos no preferidos	25% del costo	25% del costo	\$75 de copago	\$150 de copago
Nivel 5: Especializados	25% del costo	No disponible	33% del costo	No disponible
Nivel 6: Atención selecta	\$0 de copago	\$0 de copago	\$0 de copago	\$0 de copago

Medicamentos recetados para pacientes ambulatorios

	Central Health Premier Plan I HMO (20-2)	Central Health Premier Plan II HMO (21-1)
Cobertura para catástrofes Usted permanece en esta etapa hasta que los “gastos de bolsillo” (sus pagos) del año hasta la fecha alcancen un total de \$7,400	Durante esta etapa, el plan pagará la mayor parte de los costos de sus medicamentos por el resto del año natural (hasta el 31 de diciembre de 2023). \$4.15 o 5% de copago (lo que sea más costoso) para medicamentos genéricos o un medicamento preferido de múltiples fuentes y \$10.35 o 5% de copago (lo que sea más costoso) para todos los demás medicamentos.	Durante esta etapa, el plan pagará la mayor parte de los costos de sus medicamentos por el resto del año natural (hasta el 31 de diciembre de 2023). \$4.15 o 5% de copago (lo que sea más costoso) para medicamentos genéricos o un medicamento preferido de múltiples fuentes y \$10.35 o 5% de copago (lo que sea más costoso) para todos los demás medicamentos.

Mensaje importante sobre lo que usted paga por las vacunas

Nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas de la Parte D sin costo alguno para usted, incluso si no ha pagado el deducible (si tiene un deducible). Llame al Departamento de Servicios para Miembros para obtener más información.

Mensaje importante sobre lo que usted paga por la insulina

Usted no pagará más de \$35 (o menos, según su nivel de Ayuda Adicional o si su copago del Nivel 3 es inferior a \$35) por un suministro de un mes de cada producto de insulina cubierto por nuestro plan, sin importar en qué nivel de distribución de costos se encuentre, incluso si no ha pagado su deducible (si tiene un deducible).

Los costos compartidos podrían cambiar dependiendo de la farmacia que use y cuando entre a una nueva fase del beneficio de la Parte D.

Beneficios adicionales *	Central Health Premier Plan I HMO (20-2)	Central Health Premier Plan II HMO (21-1)
Tarjeta Flex Card	\$425 cada tres meses Los fondos de la Flex Card se pueden utilizar para pagar por artículos de venta libre (OTC), pagos de servicios de acondicionamiento físico y artículos de salud y bienestar de nuestro Catálogo de Hierbas	\$325 cada tres meses Los fondos de la Flex Card se pueden utilizar para pagar por artículos de venta libre (OTC), pagos de servicios de acondicionamiento físico y artículos de salud y bienestar de nuestro Catálogo de Hierbas
Asignación para alimentos saludables‡ Estos son Beneficios suplementarios especiales para personas con enfermedades crónicas. Los miembros deben cumplir con ciertas condiciones de calificación para poder acceder a estos beneficios.	Hasta \$25 todos los meses destinado a obtener alimentos saludables para aquellos miembros con una afección crónica que califique	Hasta \$25 todos los meses destinado a obtener alimentos saludables para aquellos miembros con una afección crónica que califique
Comidas y asesoramiento nutricional (Programa Made Easy Meals)‡	Reciba 2 comidas al día, durante 14 días inmediatamente después de una cirugía u hospitalización, o por una afección médica o posible afección médica que requiera que permanezca en su hogar durante un período. Se puede utilizar hasta 4 veces al año.	Reciba 2 comidas al día, durante 14 días inmediatamente después de una cirugía u hospitalización, o por una afección médica o posible afección médica que requiera que permanezca en su hogar durante un período. Se puede utilizar hasta 4 veces al año.

‡ Consulte la Evidencia de Cobertura (EOC) para obtener detalles sobre servicios específicos.

Beneficios adicionales *	Central Health Premier Plan I HMO (20-2)	Central Health Premier Plan II HMO (21-1)
Acupuntura* <ul style="list-style-type: none"> • Acupuntura cubierta por Medicare • Acupuntura de rutina: visitas ilimitadas todos los años. 	<p>\$0 de copago</p> <p>\$0 de copago</p>	<p>\$0 de copago</p> <p>\$0 de copago</p>
Servicios quiroprácticos* <ul style="list-style-type: none"> • Cuidado quiropráctico cubierto por Medicare 	<p>\$0 de copago</p>	<p>\$0 de copago</p>
Balanzas Estos son Beneficios suplementarios especiales para personas con enfermedades crónicas. Los miembros deben cumplir con ciertas condiciones de calificación para poder acceder a estos beneficios.	<p>\$0 de copago</p>	<p>\$0 de copago</p>
Catálogo de hierbas	Los productos en el catálogo están cubiertos a través de la Flex Card del programa CHP y los miembros pueden hacer su pedido en línea. Para obtener más información, llame al Departamento de Servicios para Miembros.	Los productos en el catálogo están cubiertos a través de la Flex Card del programa CHP y los miembros pueden hacer su pedido en línea. Para obtener más información, llame al Departamento de Servicios para Miembros.
Membresía para el gimnasio	<p>\$0 de copago</p>	<p>\$0 de copago</p>
Telesalud 24/7	<p>\$0 de copago</p>	<p>\$0 de copago</p>

Beneficios adicionales *	Central Health Premier Plan I HMO (20-2)	Central Health Premier Plan II HMO (21-1)
Sistema personal de respuesta ante emergencias (PERS)	\$0 de copago	\$0 de copago
Servicios de equipo médico duradero (DME)*	20% de coseguro**	\$0 - 20% de coseguro
Atención de emergencia a nivel mundial <ul style="list-style-type: none"> • Atención de urgencia • Sala de emergencias • Transporte de emergencia 	\$0 de copago Cobertura de hasta \$100,000	\$25 de copago Cobertura de hasta \$100,000

** Sus costos para Central Health Premier Plan I (HMO) pueden ser menores dependiendo de su estado de Medi-Cal.

AVISO DE NO DISCRIMINACIÓN

Central Health Medicare Plan cumple con las leyes federales de derechos civiles correspondientes y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. Central Health Medicare Plan no excluye a las personas ni las trata de forma diferente por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo.

Central Health Medicare Plan

- Da asistencia y servicios gratis a las personas con discapacidades para que se comuniquen de manera efectiva con nosotros, como:
 - Intérpretes de lenguaje de señas calificados
 - Información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos de acceso electrónico, otros formatos)
- Da servicios gratis de idiomas para personas cuyo idioma principal no es el inglés, como:
 - Intérpretes cualificados
 - Información por escrito en otros idiomas

Si necesita solicitar estos servicios, comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros al 1-866-314-2427 (TTY 711). Los horarios son de 8 a.m. a 8 p.m. (hora del Pacífico), los 7 días de la semana.

Si considera que Central Health Medicare Plan no ha logrado brindar estos servicios o ha discriminado de cualquier otro modo por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, puede llamar al Departamento de Servicio al Cliente para presentar una queja o enviar un carta a:

Central Health Medicare Plan
ATTN: Member Services
PO Box 14244
Orange, CA 92863
Teléfono: 1-866-314-2427, TTY: 711
Fax: 1-626-388-2361
Correo electrónico: memberservices@centralhealthplan.com

Si necesita ayuda para presentar una queja, el Departamento de Servicios para Miembros de Central Health Medicare Plan está disponible para ayudarlo.

También puede presentar un reclamo de derechos civiles ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU., Oficina de Derechos Civiles, electrónicamente a través del Portal de Reclamos de la Oficina de Derechos Civiles, disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o por correo o teléfono a:

U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue, SW
Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201
Teléfono: 1-800-368-1019, TDD: 1-800-537-7697
Los formularios de reclamo están disponibles en <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>

Inserción en Varios Idiomas Servicios de Intérprete en Varios Idiomas

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 1-866-314-2427. 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 1-866-314-2427. Alguien que hable español le podrá ayudar. Este es un servicio gratuito.

Chino Mandarín: 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。

Chino Cantonés: 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。

Tagalo: 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.

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 1-866-314-2427. 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 1-866-314-2427 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 1-866-314-2427. 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 1-866-314-2427 번으로 문의해 주십시오. 한국어 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 1-866-314-2427. Вам окажет помощь сотрудник, который говорит по-русски. Данная услуга бесплатная.

Árabe:

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 يتحدث 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।

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 1-866-314-2427. 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.

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 1-866-314-2427. 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 1-866-314-2427. Ta usługa jest bezpłatna.

Japonés: 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。