

This is important information on changes in your Brand New Day 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?
Annual Notice of Change – Changes to Benefits and Costs for Medical Services – Medicare Part B Prescription Drugs	Not included	2022: You pay 20% coinsurance 2023: 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.	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.
Evidence of Coverage – Chapter 4, Section 2.1 Your medical benefits and costs as a member of the plan – Medicare Part B Prescription Drugs	You pay 20% coinsurance	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.	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.

Summary of Benefits – Medicare Part B Drugs • Chemotherapy drugs • Other Part B drugs	• 20% coinsurance • 20% coinsurance	• Up to 20% coinsurance • Up to 20% coinsurance. Part B insulin cost sharing is no more than a \$35 copay for a one-month supply	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.
--	--	---	---

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 us at 1-866-255-4795 (TTY users should call 711.). Hours are 8:00 am to 8:00 pm 7 days a week from October 1 – March 31 and 8:00 am to 8:00 pm Monday – Friday from April 1 – September 30.

Brand New Day is an HMO plan with a Medicare contract. Enrollment in this plan depends on contract renewal.

2023

brand new day

A Bright HealthCare Company



福利 摘要

BRAND NEW DAY EMBRACE CARE PLAN (HMO C-SNP)
BRAND NEW DAY EMBRACE CHOICE PLAN (HMO C-SNP)
BRAND NEW DAY EMBRACE CARE PLAN (HMO C-SNP)

Brand New Day Embrace Care Plan (HMO C-SNP)

Alameda、Fresno、Imperial、Kings、Madera、Placer、Sacramento、San Francisco、San Joaquin、San Mateo、Santa Clara、Stanislaus、Tulare 及 Yolo

Brand New Day Embrace Choice Plan (HMO C-SNP)

Alameda、Contra Costa、Fresno、Imperial、Kings、Madera、Placer、Sacramento、San Francisco、San Joaquin、San Mateo、Santa Clara、Solano、Stanislaus、Tulare 及 Yolo

Brand New Day Embrace Care Plan (HMO C-SNP)

Contra Costa 及 Solano

2023 年福利摘要

Brand New Day Embrace Care Plan (HMO C-SNP) H0838-039-002

Brand New Day Embrace Choice Plan (HMO C-SNP) H0838-040-002

Brand New Day Embrace Care Plan (HMO C-SNP) H0838-047

2023 年 1 月 1 日 - 2023 年 12 月 31 日。

Brand New Day 是簽訂 Medicare 合約的 Medicare Advantage 機構。投保此計劃取決於續約情況。

所提供的福利資訊並未列出我們給付的每項服務，或是並未列出所有限制或排除項目。若要取得我們給付的服務完整清單，請前往 www.bndhmo.com 存取「承保證明」。

若要加入 **Brand New Day Embrace Care Plan (HMO C-SNP)** 或 **Brand New Day Embrace Choice Plan (HMO C-SNP)** 或 **Brand New Day Embrace Care Plan (HMO C-SNP)**，您必須有資格獲得 Medicare Part A，已投保 Medicare Part B，並居住在我們的服務區域內，且必須診斷出糖尿病、慢性心臟衰竭 (CHF) 和/或下列其中一種心血管疾病：心律不整、冠狀動脈疾病、周邊血管疾病或慢性靜脈血栓栓塞性疾病。我們的服務區域包含 California 的下列郡：

Brand New Day Embrace Care Plan (HMO C-SNP)

Alameda、Fresno、Imperial、Kings、Madera、Placer、Sacramento、San Francisco、San Joaquin、San Mateo、Santa Clara、Stanislaus、Tulare 及 Yolo

Brand New Day Embrace Choice Plan (HMO C-SNP)

Alameda、Contra Costa、Fresno、Imperial、Kings、Madera、Placer、Sacramento、San Francisco、San Joaquin、San Mateo、Santa Clara、Solano、Stanislaus、Tulare 及 Yolo

Brand New Day Embrace Care Plan (HMO C-SNP)

Contra Costa 及 Solano。

除非是緊急情況，否則若您使用不在我們網絡內的提供者，我們可能不會支付這些服務的費用。

關於 Original Medicare 的承保範圍和費用，請參閱您目前的「**Medicare 與您**」手冊。請造訪 [Medicare.gov](http://www.Medicare.gov) 線上檢視該手冊，或致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 索取手冊副本，服務時間全年無休（含某些聯邦假日）。TTY/TDD 使用者應撥打 1-877-486-2048。

本文件提供其他格式，例如點字、大字體或音訊版本。

有任何問題嗎？ 請致電 Brand New Day 保戶服務部門，電話：1-866-255-4795，TTY：711，服務時間為 從 10 月 1 日 – 3 月 31 日為一週 7 天，上午 8:00 至晚上 8:00。從 4 月 1 日 – 9 月 30 日為週一至週五，上午 8:00 至晚上 8:00，或造訪我們的網站：www.bndhmo.com。

保費與福利	Brand New Day Embrace Care Plan HMO C-SNP (39-2)	Brand New Day Embrace Choice Plan HMO C-SNP (40-2)	Brand New Day Embrace Care Plan HMO C-SNP (47)
每月計劃保費 您必須繼續支付您的 Medicare Part B 保費。	\$0	\$38.90 如果您獲得 Extra Help，您的 保費可能會更少。	\$55
自付額	無自付額	無自付額	無自付額
最高自付額責任 (不包括處方藥)	不超過每年 \$1,999	不超過每年 \$8,300	不超過每年 \$2,900
住院*	第 1-6 天的每日共付額為 \$175 第 7-90 天的每日共付額為 \$0	自付額 \$1,600 第 1 至 60 天的每日共付額為 \$0 第 61 至 90 天的每日共付額 為** \$400	每次住院 \$0
醫院門診* ‡	共付額 \$0 - \$100	共同保險金 20%**	共付額 \$0 - \$150
門診手術中心*	共付額 \$0 - \$75	共同保險金 20%**	共付額 \$0 - \$75
醫生門診 • 家庭醫師 • 專科醫師*	共付額 \$0 共付額 \$0 - \$10	共同保險金 20%** 共同保險金 20%**	共付額 \$0 共付額 \$0

** 根據您的 Medi-Cal 狀態，您的 Brand New Day Embrace Choice Plan (HMO C-SNP) 費用可能更少。

* 服務可能需要授權。

‡ 請參閱《承保證明 (EOC)》，以瞭解特定服務的詳細資料。

保費與福利	Brand New Day Embrace Care Plan HMO C-SNP (39-2)	Brand New Day Embrace Choice Plan HMO C-SNP (40-2)	Brand New Day Embrace Care Plan HMO C-SNP (47)
預防性照護 提供其他預防性服務。 • 流感疫苗、糖尿病篩檢等 * • 例行年度體檢 ◇	共付額 \$0	共付額 \$0	共付額 \$0
急診照護 如果在 72 小時內住院或重新入院至 ER，則免付共付額	共付額 \$0 - \$125	共付額 \$95 **	共付額 \$0 - \$100
緊急護理	共付額 \$0	共付額 \$0	共付額 \$0
診斷服務/化驗/成像* • 診斷性檢查和程序 • 化驗服務 • MRI、CAT 掃描 • X 光	共付額 \$0 共付額 \$0 共付額 \$0 共付額 \$0	共同保險金 20% ** 共付額 \$0 共同保險金 20% ** 共同保險金 20% **	共付額 \$0 共付額 \$0 共付額 \$0 - \$100 共付額 \$0

* 服務可能需要授權。

◇ 服務不需要授權或轉診。

** 根據您的 Medi-Cal 狀態，您的 Brand New Day Embrace Choice Plan (HMO C-SNP) 費用可能更少。

保費與福利	Brand New Day Embrace Care Plan HMO C-SNP (39-2)	Brand New Day Embrace Choice Plan HMO C-SNP (40-2)	Brand New Day Embrace Care Plan HMO C-SNP (47)
聽力服務* • 每年一次例行聽力檢查 • 助聽器選配和評估 • 每年一次 • 助聽器	共付額 \$0 共付額 \$0 每個基礎型號助聽器 \$699 您每年會獲得 2 個助聽器 每個高階型號助聽器\$999	共付額 \$0 共付額 \$0 每個基礎型號助聽器\$149 您每 3 年會獲得 2 個助聽器	共付額 \$0 共付額 \$0 每個基礎型號助聽器\$149 您每 3 年會獲得 2 個助聽器
牙科服務* 十 • 預防性牙科 (例如口腔檢查、X 光、清潔) 綜合性牙科* • 診斷服務 • 修復服務 • 牙髓病學 • 牙周病學 • 拔牙 • 牙科補綴、其他口腔/顎面手術、其他服務 • 非例行性服務	共付額 \$0 共付額 \$0 共付額 \$25 - \$400 共付額 \$25 - \$720 共付額 \$0 - \$780 共付額 \$70 - \$140 共付額 \$0 - \$1,110 共付額 \$0 - \$300	共付額 \$0 共付額 \$0 共付額 \$0 共付額 \$0 共付額 \$0 共付額 \$0 - \$350 共付額 \$0	共付額 \$0 共付額 \$0 共付額 \$25 - \$400 共付額 \$25 - \$720 共付額 \$0 - \$780 共付額 \$70 - \$140 共付額 \$0 - \$1,110 共付額 \$0 - \$300

* 服務可能需要授權。

十 可能有限制。請參閱 EOC 以瞭解詳細資料。

保費與福利	Brand New Day Embrace Care Plan HMO C-SNP (39-2)	Brand New Day Embrace Choice Plan HMO C-SNP (40-2)	Brand New Day Embrace Care Plan HMO C-SNP (47)
視力服務* † - 例行眼睛檢查 - 視網膜成像 - 眼鏡費用	共付額\$0 每年一次檢查 共付額 \$0 每年一次檢查 每年最高 \$300	共付額\$0 每年一次檢查 共付額 \$0 每年一次檢查 每年最高 \$300	共付額\$0 每年一次檢查 共付額 \$0 每年一次檢查 每年最高 \$300
心理健康服務* - 門診個人治療 - 門診團體治療	共付額 \$10 共同保險金 20%	共付額 \$40** 共付額 \$40**	共付額 \$25 共付額 \$10
專業護理機構 (SNF)*	第 1 至 20 天的每日 共付額 為 \$0 第 21 至 100 天的每日 共付額 最高為 \$200	第 1 至 20 天的每日 共付額 為 \$0 第 21 至 100 天的每日 共付額 最高為 \$200**	第 1 至 20 天的每日 共付額 為 \$0 第 21 至 100 天的每日 共付額 最高為 \$200
物理治療*	共付額 \$10	共付額 \$40**	共付額 \$10
救護車 (地面) *	每次搭乘的共付額 \$0 - \$100	每次搭乘的共同保險金 20%**	每次搭乘的共付額 \$0 - \$200
接送*	前往計劃核准地點的 48 次單 程接送 (上限 50 英里) 為 \$0	前往計劃核准地點的 48 次單 程接送 (上限 50 英里) 為 \$0	前往計劃核准地點的 24 次單 程接送 (上限 50 英里) 為 \$0

* 服務可能需要授權。

† 可能有限制。請參閱 EOC 以瞭解詳細資料。

** 根據您的 Medi-Cal 狀態，您的 Brand New Day Embrace Choice Plan (HMO C-SNP) 費用可能更少。

保費與福利	Brand New Day Embrace Care Plan HMO C-SNP (39-2)	Brand New Day Embrace Choice Plan HMO C-SNP (40-2)	Brand New Day Embrace Care Plan HMO C-SNP (47)
Medicare Part B 藥物* • 化療藥物 • 其他 Part B 藥物	共同保險金 20% 共同保險金 20%	共同保險金 20%** 共同保險金 20%**	共同保險金 20% 共同保險金 20%

* 服務可能需要授權。

** 根據您的 Medi-Cal 狀態，您的 Brand New Day Embrace Choice Plan (HMO C-SNP) 費用可能更少。

門診處方藥						
Brand New Day Embrace Care Plan HMO C-SNP (39-2)		Brand New Day Embrace Choice Plan HMO C-SNP (40-2)		Brand New Day Embrace Care Plan HMO C-SNP (47)		
Part D 自付額 (第 2 級至第 5 級)	無自付額	\$0*		無自付額		
	零售處方藥 30 天藥量	零售處方藥 30 天藥量	郵購 90 天藥 量	零售處方藥 30 天藥量	郵購 90 天藥 量	
Part D 自付額 初始承保期及承保缺口階段承保之精選胰島素 第 3 級 – 首選原廠藥	共付額 \$0	不提供	不提供	共付額 \$0		
初始承保 在藥物費用 (年度至今) 達到 \$4,660 之前，您會 處於初始承保期 第 1 級 – 首選副廠藥 第 2 級 – 副廠藥 第 3 級 – 首選原廠藥 第 4 級 – 非首選原廠藥 第 5 級 – 專用層級藥物 第 6 級 – 特定護理藥物	共付額 \$0	共付額 \$0	共付額 \$0	共付額 \$0		
	共付額 \$9	共付額 \$18	共付額 \$0*	共付額 \$12		
	共付額 \$47	共付額 \$94	共付額 \$0*	共付額 \$47		
	共付額 \$90	共付額 \$180	共付額 \$0*	共付額 \$100		
	費用的 33%	不提供	共付額 \$0	費用的 33%		
	共付額 \$0	共付額 \$0	共付額 \$0	共付額 \$0		
	*適用於 Full Benefit Dual Eligible (FBDE) 保戶					

門診處方藥					
承保缺口 在年度至今「自付額費用」(您的付款) 達到總計 \$7,400 之前，您會處於此期	Brand New Day Embrace Care Plan HMO C-SNP (39-2)	Brand New Day Embrace Choice Plan HMO C-SNP (40-2)	Brand New Day Embrace Care Plan HMO C-SNP (47)		
	共付額 \$0 費用的 25% 費用的 25% 費用的 25% 費用的 25% 共付額 \$0	共付額 \$0 共付額 \$0* 共付額 \$0* 共付額 \$0* 共付額 \$0* 共付額 \$0	共付額 \$0 費用的 25% 費用的 25% 費用的 25% 費用的 25% 共付額 \$0	共付額 \$0 費用的 25% 費用的 25% 費用的 25% 費用的 25% 共付額 \$0	共付額 \$0 費用的 25% 費用的 25% 費用的 25% 費用的 25% 共付額 \$0
	第 1 級 - 首選副廠藥	共付額 \$0	共付額 \$0	共付額 \$0	共付額 \$0
	第 2 級 - 副廠藥	共付額 \$0*	共付額 \$0*	共付額 \$0*	共付額 \$0*
	第 3 級 - 首選原廠藥	共付額 \$0*	共付額 \$0*	共付額 \$0*	共付額 \$0*
	第 4 級 - 非首選藥物	共付額 \$0*	共付額 \$0*	共付額 \$0*	共付額 \$0*
	第 5 級 - 特殊藥物	共付額 \$0	共付額 \$0	共付額 \$0	共付額 \$0
第 6 級 - 特定護理藥物	*適用於 Full Benefit Dual Eligible (FBDE) 保戶 根據您獲得的 Extra Help 級別而定				

門診處方藥			
	Brand New Day Embrace Care Plan HMO C-SNP (39-2)	Brand New Day Embrace Choice Plan HMO C-SNP (40-2)	Brand New Day Embrace Care Plan HMO C-SNP (47)
重大傷病承保 在年度至今「自付額費用」(您的付款) 達到總計 \$7,400 之後，您會處於此期	在此期間，計劃會支付您當曆年度剩餘時間的大部分藥物費用 (直到 2023 年 12 月 31 日)。 副廠藥或首選多方來源藥物共付額 \$4.15 或 5% (以費用較高者為準)，所有其他藥物共付額 \$10.35 或 5% (以費用較高者為準)。	在此期間，計劃會支付您當曆年度剩餘時間的大部分藥物費用 (直到 2023 年 12 月 31 日)。 副廠藥或首選多方來源藥物共付額 \$4.15 或 5% (以費用較高者為準)，所有其他藥物共付額 \$10.35 或 5% (以費用較高者為準)。	在此期間，計劃會支付您當曆年度剩餘時間的大部分藥物費用 (直到 2023 年 12 月 31 日)。 副廠藥或首選多方來源藥物共付額 \$4.15 或 5% (以費用較高者為準)，所有其他藥物共付額 \$10.35 或 5% (以費用較高者為準)。

關於您為疫苗支付費用的重要資訊

我們的計劃為您免費承保大多數的 Part D 疫苗，即使您沒有支付自付額亦然（若您有自付額）。請致電保戶服務部以取得更詳細的資訊。

關於您為胰島素支付費用的重要資訊

針對我們計劃承保的每種胰島素產品一個月供應量，無論其屬於哪個分攤費用層級，您都不會支付超過\$35（或可能更低，取決於您的 Extra Help 等級或如果您的第3級共付額低於\$35），即使您未支付自付額亦然（若您有自付額）。分攤費用可能會因您選擇的藥房以及您進入 Part D 福利新期的時間而有不同。

額外給付*	Brand New Day Embrace Care Plan HMO C-SNP (39-2)	Brand New Day Embrace Choice Plan HMO C-SNP (40-2)	Brand New Day Embrace Care Plan HMO C-SNP (47)
非處方 (OTC) 項目	每 3 個月最多 \$40	每 3 個月最多 \$185	每 3 個月最多 \$75
健康食品津貼 †	不在承保範圍內	符合資格之患有慢性病症的保戶，每個月最多可享 \$50 的健康食品	不在承保範圍內
餐點和營養諮詢 (Made Easy Meals) †	每週獲得 14 次餐點，為期 12 週（總計 168 次餐點）。每週有 1 次送餐服務。	每個月獲得 14 次餐點，為期 12 個月（總計 168 次餐點）。每個月有 1 次送餐服務。	每週獲得 14 次餐點，為期 12 週（總計 168 次餐點）。每週有 1 次送餐服務。
針灸* • Medicare 承保的針灸 • 例行針灸	共付額 \$0 共付額 \$0 每年最多 12 次含例行整脊服務的门診。	共付額 \$0 共付額 \$0 每年最多 12 次含例行整脊服務的门診。	共付額 \$0 共付額 \$0 每年最多 30 次含例行整脊服務的门診。
整脊服務* • Medicare 給付的整脊照護 • 例行整脊照護	共付額 \$0 共付額 \$0 每年最多 12 次含例行針灸服務的门診。	共付額 \$0 共付額 \$0 每年最多 12 次含例行針灸服務的门診。	共付額 \$0 共付額 \$0 每年最多 30 次含例行針灸服務的门診。
血壓袖帶	共付額 \$0	共付額 \$0	共付額 \$0
磅秤	共付額 \$0	共付額 \$0	共付額 \$0

† 請參閱承保證明 (EOC) 以瞭解特定服務的詳細資訊。

額外給付*	Brand New Day Embrace Care Plan HMO C-SNP (39-2)	Brand New Day Embrace Choice Plan HMO C-SNP (40-2)	Brand New Day Embrace Care Plan HMO C-SNP (47)
健身房會員資格	共付額 \$0	共付額 \$0	共付額 \$0
全年無休遠程醫療	共付額 \$0	共付額 \$0	共付額 \$0
個人緊急應變系統 (PERS)	共付額 \$0	共付額 \$0	共付額 \$0
耐用醫療設備 (DME)*	共同保險金 \$0 - 20%	共同保險金 \$0 - 20%**	共同保險金 \$0 - 20%
全球急診照護 • 緊急護理 • 急診室 • 緊急情況運送	共付額 \$125 承保範圍最高至 \$50,000	共付額 \$95 承保範圍最高至 \$50,000	共付額 \$100 承保範圍最高至 \$50,000

** 根據您的 Medi-Cal 狀態，您的 Brand New Day Embrace Choice Plan (HMO C-SNP) 費用可能更高。

反歧視聲明

Brand New Day 遵守適用的聯邦民權法，不會因種族、膚色、原國籍、年齡、殘疾或性別而提供差別待遇。Brand New Day 不會因為種族、膚色、原國籍、年齡、殘障或性別而排除人們或進行差別對待。

Brand New Day

- 為殘疾人提供免費的幫助和服務，以便與我們有效溝通，如：
 - 合格的手語翻譯
 - 其他格式的書面資訊（大型字體、語音版、無障礙電子格式、其他格式）
- 為主要語言不是英語的人提供免費語言服務，例如：
 - 合格的口譯員
 - 其他語言的書面資訊

如果您需要這些服務，請聯絡 Brand New Day 客戶服務部：1-866-255-4795 (TTY 711)。服務時間為：從 10 月 1 日 – 3 月 31 日為一週 7 天，上午 8:00 至晚上 8:00。從 4 月 1 日 – 9 月 30 日為週一至週五，上午 8:00 至晚上 8:00。

如果您認為 Brand New Day 無法提供這些服務，或在其他方面有基於種族、膚色、原國籍、年齡、殘障或性別的歧視。您可以致電我們的客戶服務部，或寫信提出申訴，信件請寄至：

Brand New Day

收件人：Appeals & Grievances Department

5455 Garden Grove Blvd, Suite 500

Westminster, California 92683

傳真：657-400-1217

電子郵件：Complaints@universalcare.com

您可以親訪或透過郵件、傳真或電子郵件提出申訴。如果您在提出申訴時需要幫助，我們的客戶服務部可為您提供幫助。

您也可以透過民權辦公室投訴入口網站：<https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>，以電子方式向美國健康與人類服務部，民權辦公室提出民事投訴，或者寄送郵件或撥電話至：

U.S.Department of Health and Human Services

200 Independence Avenue, SW

Room 509F, HHH Building

Washington, D.C.20201

電話：1-800-368-1019, TDD：1-800-537-7697

投訴表格可以在此處 <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html> 取得

多語言插頁
多語言口譯服務

英文： 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 1-866-255-4795. Someone who speaks English/Language can help you. This is a free service.

西班牙文： 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 1-866-255-4795. Alguien que hable español le podrá ayudar. Este es un servicio gratuito.

中文華語： 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 1-866-255-4795。我们的中文工作人员很乐意帮助您。这是一项免费服务。

中文廣東話： 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 1-866-255-4795。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。

塔加拉文： 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 1-866-255-4795. Maaari kayong tulungan ng isang nakakapagsalita ng Tagalog. Ito ay libreng serbisyo.

法文： 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 1-866-255-4795. Un interlocuteur parlant Français pourra vous aider. Ce service est gratuit.

越南文： 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 1-866-255-4795 sẽ có nhân viên nói tiếng Việt giúp đỡ quý vị. Đây là dịch vụ miễn phí.

德文： Unser kostenloser Dolmetscherservice beantwortet Ihren Fragen zu unserem Gesundheits- und Arzneimittelpflichtplan. Unsere Dolmetscher erreichen Sie unter 1-866-255-4795. Man wird Ihnen dort auf Deutsch weiterhelfen. Dieser Service ist kostenlos.

韓文： 당사는 의료 보험 또는 약품 보험에 관한 질문에 대해 드리고자 무료 통역 서비스를 제공하고 있습니다. 통역 서비스를 이용하려면 전화 1-866-255-4795 번으로 문의해 주십시오. 한국어를 하는 담당자가 도와 드릴 것입니다. 이 서비스는 무료로 운영됩니다.

俄文： 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 1-866-255-4795. Вам окажет помощь сотрудник, который говорит по-русски. Данная услуга бесплатная.

阿拉伯文：

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 1-866-255-4795. سيقوم شخص ما بتدث العربية مساعدتك. هذه خدمة مجانية.

印度文:

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 1-866-255-4795 पर फोन करें। कोई व्यक्ति जो हिन्दी बोलता है आपकी मदद कर सकता है। यह एक मुफ्त सेवा है।

義大利文: È disponibile un servizio di interpretariato gratuito per rispondere a eventuali domande sul nostro piano sanitario e farmaceutico. Per un interprete, contattare il numero 1-866-255-4795. 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 1-866-255-4795. Irá encontrar alguém que fale o idioma Português para o ajudar. Este serviço é gratuito.

法式克里奧文: 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 1-866-255-4795. Yon moun ki pale Kreyòl kapab ede w. Sa a se yon sèvis ki gratis.

波蘭文: 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 1-866-255-4795. Ta usługa jest bezpłatna.

日文: 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、1-866-255-4795 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。