

Esta es información importante sobre los cambios en la información del plan Brand New Day.

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? |
|---|------------------------------|---|---|
| Aviso anual de cambio - cambios en los beneficios y costos de los servicios médicos-medicamentos recetados de la Parte B de Medicare | No incluido | 2022: Paga 20% de coseguro 2023: 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 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</p> | <p>Usted paga 20% de coseguro</p> | <p>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 para un mes.</p> |
| <p>Resumen de beneficios - medicamentos de la Parte B de Medicare • Medicamentos de quimioterapia • Otros medicamentos de la Parte B</p> | <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 | <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> |

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, llámenos al 1-866-255-4795 (los usuarios de TTY deben llamar al 711). El horario es de 8:00 am a 8:00 pm los 7 días de la semana del 1 de octubre al 31 de marzo y de 8:00 am a 8:00 pm de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre.

Brand New Day es un plan HMO con un contrato de Medicare. La inscripción en este plan depende de la renovación del contrato.

2023

brand new day

A Bright HealthCare Company



RESUMEN DE BENEFICIOS

BRAND NEW DAY SELECT CARE I PLAN (HMO I-SNP)
BRAND NEW DAY SELECT CHOICE I PLAN (HMO I-SNP)

Los Angeles
Orange

Riverside
San Bernardino

Resumen de beneficios 2023

Brand New Day Select Care I Plan (HMO I-SNP) H0838-042

Brand New Day Select Choice I Plan (HMO I-SNP) H0838-044

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

Brand New Day es una Organización de Medicare Advantage que tiene un contrato con Medicare. La inscripción en este plan 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.bndhmo.com.

Para registrarse en **Brand New Day Select Care I Plan (HMO I-SNP)** o **Brand New Day Select Choice I Plan (HMO I-SNP)**, 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: Los Angeles, Orange, Riverside y San Bernardino.

Excepto en situaciones de emergencia, si utiliza proveedores que no están en nuestra red, es posible que no paguemos 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 Brand New Day al 1-866-255-4795, TTY 711 de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana (del 1 de octubre hasta el 31 de marzo) y de 8 a.m. a 8 p.m. de lunes a viernes (del 1 de abril al 30 de septiembre) o visite nuestro sitio web en es.www.bndhmo.com.

| Primas y beneficios | Brand New Day Select Care I Plan HMO I-SNP (42) | Brand New Day Select Choice I Plan HMO I-SNP (44) |
|---|---|--|
| Prima mensual del plan Usted debe continuar pagando su prima de la Parte B de Medicare. | \$0 | \$38.90 Su prima puede ser menor si está recibiendo Ayuda adicional. |
| Reembolsos de la Parte B | \$85 por mes | \$0 por mes |
| Deducible | Sin deducible | Sin deducible |
| Responsabilidad máxima de su bolsillo (no incluye medicamentos recetados) | No más de \$999 una vez al año | No más de \$7,550 una vez al año |
| Servicios hospitalarios para pacientes internados* | \$0 por estadía | 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** |
| Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios*‡ | \$0 - \$100 de copago | \$0 - 20% de coseguro** |
| Servicios en centros de cirugía ambulatoria* | \$0 de copago | \$0 - 20% de coseguro** |
| Consultas médicas <ul style="list-style-type: none"> • Proveedores de atención primaria • Especialistas* | \$0 de copago \$0 de copago | \$0 de copago 20% de coseguro** |

** Sus costos para Brand New Day Select Choice I Plan (HMO I-SNP) 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 | Brand New Day Select Care I Plan HMO I-SNP (42) | Brand New Day Select Choice I Plan HMO I-SNP (44) |
|--|---|---|
| <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.* • Servicios físicos anuales de rutina ◊ | <p>\$0 de copago</p> <p>\$0 de copago</p> | <p>\$0 de copago</p> <p>\$0 de copago</p> |
| <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> | <p>\$0 - \$10 de copago</p> | <p>\$90 de copago**</p> |
| <p>Atención de urgencia</p> | <p>\$0 de copago</p> | <p>\$0 de copago</p> |
| <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>\$0 de copago</p> <p>\$0 de copago</p> | <p>\$0 - 20% de coseguro**</p> <p>\$0 de copago</p> <p>\$0 - 20% de coseguro**</p> <p>20% de coseguro**</p> |

* Estos servicios pueden requerir autorización.

◊ Estos servicios no requieren autorización ni remisión.

** Sus costos para Brand New Day Select Choice I Plan (HMO I-SNP) pueden ser menores dependiendo de su estado de Medi-Cal.

| Primas y beneficios | Brand New Day Select Care I Plan HMO I-SNP (42) | Brand New Day Select Choice I Plan HMO I-SNP (44) |
|---|--|---|
| <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>\$149 por audífono para el modelo básico Usted recibe 2 audífonos cada 3 años</p> | <p>\$0 de copago</p> <p>\$0 de copago</p> <p>\$149 por audífono para el modelo básico Usted recibe 2 audífonos cada 3 años</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 Servicios que no son de rutina | <p>\$0 de copago</p> <p>\$0 de copago</p> <p>\$25 - \$400 de copago</p> <p>\$25 - \$720 de copago</p> <p>\$0 - \$780 de copago</p> <p>\$70 - \$140 de copago</p> <p>\$0 - \$1,110 de copago</p> <p>\$0 - \$300 de copago</p> | <p>\$0 de copago</p> <p>\$0 - \$350 de copago</p> <p>\$0 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>\$0 de copago 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 | Brand New Day Select Care I Plan HMO I-SNP (42) | Brand New Day Select Choice I Plan HMO I-SNP (44) |
|--|--|---|
| 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 | \$40 de copago** \$40 de copago** |
| Servicios en centros de enfermería especializada (SNF)* | \$0 por estadía | \$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 | \$40 de copago** |
| Ambulancia (terrestre)* | \$0 - \$75 de copago por viaje | \$0 - 20% de coseguro por viaje** |
| Transporte* | \$0 por 24 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 | \$0 de copago \$0 de copago | 20% de coseguro** 20% de coseguro** |

* Estos servicios pueden requerir autorización.

** Sus costos para Brand New Day Select Choice I Plan (HMO I-SNP) pueden ser menores dependiendo de su estado de Medi-Cal.

Medicamentos recetados para pacientes ambulatorios

| | Brand New Day Select Care I Plan HMO I-SNP (42) | | Brand New Day Select Choice I Plan HMO I-SNP (44) | |
|--|--|--|--|---|
| Deducible de la Parte D (Niveles 2 a 5) | Sin deducible | | \$0 o \$104 ¹ Según el nivel de Ayuda adicional que reciba | |
| | 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 de copago \$0 de copago \$50 de copago 25% del costo \$0 de copago | \$0 de copago \$0 de copago \$0 de copago \$100 de copago No disponible \$0 de copago | \$0 de copago \$0 de copago \$0, \$1.45, \$4.15 o un 15% para medicamentos genéricos \$0, \$4.30, \$10.35 o un 15% para medicamentos de marca | \$0 de copago \$0 de copago \$0 de copago |
| 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 |

Medicamentos recetados para pacientes ambulatorios

| | Brand New Day Select Care I Plan HMO I-SNP (42) | | Brand New Day Select Choice I Plan HMO I-SNP (44) |
|---|--|--|---|
| | | | |
| Nivel 2: Genéricos | 25 % del costo | 25 % del costo | \$0, \$1.45, \$4.15 o un 15% para medicamentos genéricos |
| Nivel 3: Medicamentos de marca preferidos | 25% del costo | 25% del costo | \$0, \$4.30, \$10.35 o un 15%, para medicamentos de marca |
| Nivel 4: Medicamentos no preferidos | 25% del costo | 25% del costo | |
| Nivel 5: Especializados | 25% del costo | No disponible | |
| Nivel 6: Atención selecta | \$0 de copago | \$0 de copago | \$0 de copago \$0 de copago Según el nivel de Ayuda adicional que reciba |
| 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.

Medicamentos recetados para pacientes ambulatorios

| | Brand New Day Select Care I Plan HMO I-SNP (42) | | Brand New Day Select Choice I Plan HMO I-SNP (44) | |
|--|---|--|--|--|
| Deducible de la Parte D (Niveles 2 a 5) | Sin deducible | | \$0 o \$104 ¹ Según el nivel de Ayuda adicional que reciba | |
| | 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 de copago \$50 de copago 25% del costo \$0 de copago | \$0 de copago \$0 de copago \$0 de copago \$100 de copago No disponible \$0 de copago | \$0 de copago \$0, \$1.45, \$4.15 o un 15% para medicamentos genéricos \$0, \$4.30, \$10.35 o un 15% para medicamentos de marca \$0 de copago Según el nivel de Ayuda adicional que reciba | \$0 de copago \$0 de copago Según el nivel de Ayuda adicional que reciba |
| 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 | | | | |

Medicamentos recetados para pacientes ambulatorios

| | Brand New Day Select Care I Plan HMO I-SNP (42) | | Brand New Day Select Choice I Plan HMO I-SNP (44) | |
|---|--|----------------|--|---------------|
| | | | | |
| Nivel 1: Genéricos preferidos | \$0 de copago | \$0 de copago | \$0 de copago | \$0 de copago |
| Nivel 2: Genéricos | 25 % del costo | 25 % del costo | \$0, \$1.45, \$4.15 o un 15% para medicamentos genéricos | |
| Nivel 3: Medicamentos de marca preferidos | 25 % del costo | 25 % del costo | \$0, \$4.30, \$10.35 o un 15% para medicamentos de marca | |
| Nivel 4: Medicamentos no preferidos | 25 % del costo | 25 % del costo | | |
| Nivel 5: Especializados | 25 % del costo | No disponible | | |
| Nivel 6: Atención selecta | \$0 de copago | \$0 de copago | \$0 de copago | \$0 de copago |
| | | | Según el nivel de Ayuda adicional que reciba | |

Medicamentos recetados para pacientes ambulatorios

| | Brand New Day Select Care I Plan HMO I-SNP (42) | Brand New Day Select Choice I Plan HMO I-SNP (44) |
|---|--|--|
| 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 * | Brand New Day Select Care I Plan HMO I-SNP (42) | Brand New Day Select Choice I Plan HMO I-SNP (44) |
|---|---|---|
| Artículos de venta libre (OTC) | Hasta \$65 cada 6 meses | Hasta \$465 cada 3 meses |
| Acupuntura* <ul style="list-style-type: none"> Acupuntura cubierta por Medicare | \$0 de copago | \$0 de copago |
| Servicios quiroprácticos* <ul style="list-style-type: none"> Cuidado quiropráctico cubierto por Medicare | \$0 de copago | \$0 de copago |
| Telesalud 24/7 | \$0 de copago | \$0 de copago |
| Sistema personal de respuesta ante emergencias (PERS) | \$0 de copago | \$0 de copago |
| Servicios de equipo médico duradero (DME)* | \$0 - 20% de coseguro | 20% de coseguro** |
| Atención de emergencia a nivel mundial <ul style="list-style-type: none"> Atención de urgencia Sala de emergencias Transporte de emergencia | \$10 de copago Cobertura de hasta \$50,000 | \$90 de copago Cobertura de hasta \$50,000 |

** Sus costos para Brand New Day Select Choice I Plan (HMO I-SNP) pueden ser menores dependiendo de su estado de Medi-Cal.

AVISO DE NO DISCRIMINACIÓN

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

Brand New Day

- 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 estos servicios, comuníquese con el Departamento de Servicio al Cliente de Brand New Day al 1-866-255-4795 (TTY 711). Los horarios son de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana (del 1 de octubre hasta el 31 de marzo) y de 8 a.m. a 8 p.m. de lunes a viernes (del 1 de abril al 30 de septiembre).

Si considera que Brand New Day 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:

Brand New Day
Attn: Appeals & Grievances Department
5455 Garden Grove Blvd, Suite 500
Westminster, California 92683
Fax: 657-400-1217
Correo electrónico: Complaints@universalcare.com

Puede presentar una queja en persona o por correo, fax o correo electrónico. Si necesita ayuda para presentar una queja, nuestro Departamento de Servicio al Cliente 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 1-866-255-4795. 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 1-866-255-4795. 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 1-866-255-4795。我们的中文工作人员很乐意帮助您。这是一项免费服务。

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 1-866-255-4795。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。

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 1-866-255-4795. 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 1-866-255-4795. 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 1-866-255-4795 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 1-866-255-4795. 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 1-866-255-4795 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 1-866-255-4795. 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 1-866-255-4795. 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 1-866-255-4795 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 1-866-255-4795. 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.

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 1-866-255-4795. 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 1-866-255-4795. 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、1-866-255-4795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。