



**ELEVATE  
MEDICARE ADVANTAGE™**

Denver Health Medical Plan

**Elevate Medicare Advantage**

**Elevate Medicare Select (HMO)**

**Condados de Adams, Denver o Jefferson**

---

# ***Resumen de beneficios***

## **2023**

Del 1 de enero al 31 de diciembre de 2023

H5608\_002SB23v2\_M CMS Approved 09/24/2022



## **Acerca de este *Resumen de beneficios***

Gracias por considerar Elevate Medicare Advantage de Elevate Medicare Advantage. Puede usar este ***Resumen de beneficios*** para obtener más información sobre nuestro plan. Incluye información sobre:

- primas
- beneficios y costos
- medicamentos con receta de la Parte D
- quién puede inscribirse
- reglas de cobertura
- obtención de atención

## **Más detalles**

Este documento es un resumen. No incluye todo lo que está cubierto y lo que no está cubierto ni todas las reglas del plan. Para obtener detalles, consulte la ***Evidencia de cobertura (Evidence of Coverage, EOC)***, que se encuentra en nuestro sitio web en [www.denverhealthmedicalplan.org](http://www.denverhealthmedicalplan.org) o solicite una copia a Servicios del Plan de Salud llamando al 303-602-2111 o al número gratuito 1-877-956-2111. Los usuarios de TTY deben llamar al 711. Nuestro horario de atención es de 8 a.m. a 8 p.m., los siete días de la semana.

Si desea recibir más información sobre la cobertura y los costos de Medicare Original, busque en su manual actual ***"Medicare y usted"***. Véalo en Internet en [www.medicare.gov](http://www.medicare.gov) u obtenga una copia llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Los proveedores fuera de la red/no contratados no tienen la obligación de tratar a los miembros de Elevate Medicare Select (HMO) excepto en situaciones de emergencia. Llame a nuestro número de Servicios del Plan de Salud o consulte su *Evidencia de cobertura* para obtener más información, incluido el costo compartido que se aplica a los servicios fuera de la red.

Elevate Medicare Advantage es un plan HMO aprobado por Medicare. Elevate Medicare Advantage depende de la renovación del contrato.

**ATENCIÓN:** Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame a nuestros Servicios del Plan de Salud al 303-602-2111 o sin costo al 1-877-956-2111. Los usuarios de TTY deben llamar al 711. Nuestro horario de atención es de 8 a.m. a 8 p.m., los siete días de la semana.

**ATTENTION:** If you speak English, language assistance services are available to you at no cost. Please call our Health Plan Services at 303-602-2111 or toll-free 1-877-956-2111. TTY should call 711. Nuestro horario de atención es de 8 a.m. a 8 p.m., los siete días de la semana.

## ¿Quién puede inscribirse?

Es elegible para inscribirse en este plan si:

- Tiene tanto la Parte A como la Parte B de Medicare.
- Tiene derecho a la Parte D de Medicare.
- Reside en los condados de Adams, Denver o Jefferson.

## ¿Qué cubrimos?

- Los miembros de nuestro plan obtienen los mismos beneficios cubiertos por Medicare Original y más. Algunos de los beneficios se describen en este documento. Para obtener una lista completa de los beneficios, puede acceder a nuestra **EOC** en Internet.
- Cubrimos los medicamentos de la Parte D. Además, cubrimos los medicamentos de la Parte B, como la quimioterapia, y algunos medicamentos que le administra su proveedor.

## Reglas de cobertura

Cubrimos los servicios y artículos enumerados en este documento y en la **EOC**, si:

- Los servicios o artículos son médicamente necesarios.
- Los servicios o artículos se consideran razonables y necesarios de acuerdo con los estándares de Medicare Original.
- Obtiene todos los servicios y artículos cubiertos de los proveedores del plan que figuran en nuestro *Directorio de proveedores* y *Directorio de farmacias* (hay excepciones a esta regla).

También cubrimos:

- atención de emergencia
- atención de urgencia
- diálisis fuera del área

Para obtener detalles sobre las reglas de cobertura, incluidos los servicios que no están cubiertos (exclusiones), consulte la **EOC**.

## Obtención de atención

En la mayoría de nuestros establecimientos dentro de la red, generalmente puede obtener los servicios cubiertos que necesita, incluida la atención especializada, la farmacia y los análisis de laboratorio. Para buscar las ubicaciones de nuestros proveedores, consulte nuestro *Directorio de proveedores* en Internet ([www.denverhealthmedicalplan.org](http://www.denverhealthmedicalplan.org)) o pídanos que le enviemos una copia por correo llamando a Servicios del Plan de Salud al 303-602-2111 o al número gratuito 1-877-956-2111. Los usuarios de TTY deben llamar al 711. Nuestro horario de atención es de 8 a.m. a 8 p.m., los siete días de la semana.

## Parte C de Medicare: qué está cubierto y cuánto cuesta

Beneficios y primas	Usted paga
* Se requiere remisión. † Su proveedor debe obtener una autorización previa de nuestro plan.	
<b>Primas mensuales del plan</b>	\$0
<b>Deducible</b>	\$0
<b>Su responsabilidad con respecto al máximo de desembolso directo</b> No incluye medicamentos de la Parte D de Medicare. Si es elegible para la asistencia de costos compartidos de Medicare, no es responsable de pagar ningún costo para el monto máximo de desembolso directo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B de Medicare.	\$4,700
<b>Cobertura de servicios de hospitalización*†</b> Nuestro plan cubre 90 días por período de beneficio.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Días 1 al 5: \$325 de copago por día por cada período de beneficios</li> <li>• Días 6 al 90: \$0 de copago por día por cada período de beneficios</li> <li>• Días 91 al 150: \$778 de copago por día por cada “día de reserva de por vida” (hasta 60 días en el transcurso de su vida)</li> <li>• Más allá de los días de reserva de por vida: Todos los costos</li> </ul> † Se requiere autorización previa para todos los servicios de rehabilitación aguda.
<b>Cobertura hospitalaria como paciente ambulatorio*</b>	\$0 de copago por colonoscopia/endoscopia \$235 de copago por servicios quirúrgicos cubiertos por Medicare que no sean colonoscopia/endoscopia \$150 de copago por otros servicios cubiertos por Medicare
<b>Centro quirúrgico ambulatorio*</b>	\$0 de copago por colonoscopia/endoscopia \$175 de copago por otros servicios cubiertos por Medicare

Beneficios y primas	Usted paga
* Se requiere remisión.	
† Su proveedor debe obtener una autorización previa de nuestro plan.	
<b>Visitas al consultorio médico*</b>	Visitas de atención primaria: \$0 de copago Visita al especialista*: \$25 de copago por visita al especialista médico \$35 de copago por todos los demás servicios médicos
<b>Atención preventiva</b>	\$0 de copago <i>Consulte la EOC para obtener detalles.</i>
<b>Atención de emergencia</b> Cubrimos la atención de emergencia en cualquier lugar de los Estados Unidos.	\$110 de copago Si se lo ingresa en el hospital en los 3 días posteriores, pagará \$0 por la visita a la sala de emergencias.
<b>Servicios de atención de urgencia</b>	\$40 de copago Si se lo ingresa en el hospital en los 3 días posteriores, pagará \$0 por la visita de atención de urgencia.
<b>Servicios de diagnóstico, laboratorio y diagnóstico por imágenes*</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• pruebas y procedimientos de diagnóstico</li> <li>• radiografías</li> <li>• pruebas de laboratorio</li> </ul>	\$0 de copago por procedimientos de diagnóstico y pruebas cubiertos por Medicare \$35 de copago por servicios radiológicos de diagnóstico cubiertos por Medicare realizados en un <b>consultorio</b> \$135 de copago por servicios radiológicos de diagnóstico cubiertos por Medicare realizados en un <b>centro ambulatorio</b> \$35 de copago por servicios radiológicos terapéuticos cubiertos por Medicare realizados en un <b>consultorio</b> \$60 de copago por servicios radiológicos terapéuticos cubiertos por Medicare realizados en un <b>centro ambulatorio</b> \$35 de copago por radiografías cubiertas por Medicare realizadas en un <b>consultorio</b> \$15 de copago por radiografías cubiertas por Medicare realizadas en un <b>centro ambulatorio</b> \$0 de copago por pruebas de laboratorio cubiertas por Medicare

Beneficios y primas	Usted paga
<p>* Se requiere remisión.  † Su proveedor debe obtener una autorización previa de nuestro plan.</p>	
<p><b>Servicios de audición</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• examen para diagnosticar y tratar cuestiones de la audición y el equilibrio</li> <li>• exámenes de audición de rutina</li> <li>• adaptación de audífonos o examen de evaluación</li> <li>• audífonos</li> </ul>	<p>\$0 de copago por exámenes de audición de diagnóstico cubiertos por Medicare</p> <p>\$0 de copago por hasta un examen de audición de rutina complementario cada tres años</p> <p>\$0 de copago por las adaptaciones/evaluaciones de audífonos</p> <p>Cobertura de hasta \$1,500 por audífonos complementarios (ambos oídos combinados) cada tres años</p>
<p><b>Servicios dentales†</b>  Cobertura dental preventiva e integral</p>	<p>Beneficio máximo anual de \$2,000 por servicios dentales preventivos e integrales cada año</p> <p>\$0 de copago por servicios dentales limitados, sujetos a las limitaciones, exclusiones y políticas de procesamiento de Delta Dental</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Limpiezas (hasta 2 por año calendario).</li> <li>• Radiografía de mordida (1 juego de 4 por año calendario).</li> <li>• Radiografía de boca completa o panorámica (1 cada 36 meses).</li> <li>• Tratamiento con flúor (un tratamiento por año).</li> <li>• Empastes (hasta 2 empastes cada 12 meses. Los empastes múltiples en una superficie se pagarán como un solo empaste. Se permite el reemplazo de un empaste de amalgama existente si han transcurrido al menos 12 meses desde que se colocó la amalgama existente).</li> </ul> <p><i>Consulte la EOC para obtener detalles.</i></p>
<p><b>Servicios de la visión</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• visitas para diagnosticar y tratar enfermedades y afecciones oculares</li> <li>• examen ocular de rutina complementario</li> <li>• lentes de contacto o anteojos (marcos y lentes)</li> </ul>	<p>\$0 de copago por el diagnóstico y tratamiento de enfermedades y afecciones oculares cubiertos por Medicare</p> <p>\$0 de copago para una prueba de detección de glaucoma anual para las personas en riesgo</p> <p>\$0 de copago por hasta un examen ocular de rutina complementario por año</p> <p>Usted tiene una cobertura de hasta \$200 para lentes de contacto o anteojos ilimitados (lentes y marcos) por año.</p>

Beneficios y primas	Usted paga
<p>* Se requiere remisión.  † Su proveedor debe obtener una autorización previa de nuestro plan.</p>	
<p><b>Servicios para pacientes hospitalizados en un hospital psiquiátrico*†</b>  Nuestro plan cubre hasta 90 días por cada período de beneficio y hasta 60 días de atención de salud mental como paciente hospitalizado en un hospital psiquiátrico a lo largo de su vida.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Días 1 al 5: \$325 de copago por día por cada período de beneficios</li> <li>• Días 6 al 90: \$0 de copago por día por cada período de beneficios</li> <li>• Días 91 al 150: \$778 de copago por día por cada “día de reserva de por vida” (hasta 60 días en el transcurso de su vida)</li> <li>• Más allá de los días de reserva de por vida: Todos los costos</li> </ul>
<p><b>Servicios de salud mental para pacientes ambulatorios*</b>  Terapia individual y grupal para pacientes ambulatorios</p>	<p>\$0 de copago</p>
<p><b>Centro de enfermería especializada (skilled nursing facility, SNF)*</b>  Nuestro plan cubre hasta 100 días por período de beneficio. Un nuevo período de beneficio comienza después de 60 días sin readmisión por la misma afección.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Días 1 al 20: \$0 de copago por día por cada período de beneficios</li> <li>• Días 21 al 44: \$188 de copago por día por cada período de beneficios</li> <li>• Días 45 al 100: \$0 de copago por día por cada período de beneficios</li> <li>• Días 101 y posteriores: Todos los costos</li> </ul>
<p><b>Rehabilitación ambulatoria*</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• cardíaca (corazón)</li> <li>• pulmonar (pulmón)</li> <li>• terapia ocupacional†</li> <li>• terapia física†</li> <li>• terapia del habla†</li> </ul>	<p>\$0 de copago por cada visita cardíaca cubierta por Medicare  \$20 de copago por cada visita pulmonar cubierta por Medicare  \$35 de copago por cada visita de terapia ocupacional cubierta por Medicare  \$10 de copago por cada visita de terapia física y del habla cubierta por Medicare</p> <p>† Se requiere autorización previa a partir de la visita número 31 para los servicios de terapia ocupacional, física y del habla.</p>



Beneficios y primas	Usted paga
* Se requiere remisión. † Su proveedor debe obtener una autorización previa de nuestro plan.	
<b>Ambulancia†</b>	\$250 de copago  Si se lo ingresa en un hospital, no tiene que pagar la parte que le corresponde a usted del costo de los servicios de ambulancia.  † Se requiere autorización previa para los servicios cubiertos por Medicare que no son de emergencia y ambulancia aérea.
<b>Transporte†</b> Traslados de ida y vuelta para transporte médico que no es de emergencia a ubicaciones relacionadas con la salud aprobadas por el plan	\$0 de copago para traslados de ida y vuelta ilimitados a ubicaciones aprobadas por el plan a través de Access2Care
<b>Medicamentos de la Parte B de Medicare</b> † Para medicamentos no preferidos de la Parte B	20% del costo total  A partir del 4/1/2023, ciertos medicamentos reembolsables pueden estar sujetos a un coseguro más bajo.  A partir del 7/1/2023, no pagará más de \$35 por un suministro de un mes de insulina provista a través de un equipo médico durable.

## Parte D de Medicare: cobertura de medicamentos con receta

Algunas personas pueden tener derecho a *Extra Help (Ayuda adicional)* de Medicare para pagar los costos del plan de medicamentos con receta. Medicare brinda *Extra Help (Ayuda adicional)* a los beneficiarios que tienen ingresos y recursos limitados para ayudarlos a pagar los medicamentos con receta. Si desea obtener más información o necesita ayuda para realizar la solicitud, llame a nuestro Departamento de Ventas (Sales Department) al 303-602-2999.

Las insulinas selectas son insulinas del *Formulario de medicamentos* que están cubiertas en el nivel 2 y nivel 3 de nuestra *Lista de medicamentos*, y se utilizan para un diagnóstico cubierto por la Parte D. Tenga en cuenta que si su insulina se administra a través de una bomba de insulina cubierta por la Parte B, entonces la insulina debe estar cubierta por la Parte B y no será elegible para el copago de la Parte D.

El costo compartido de las insulinas selectas se aplica en la etapa de cobertura inicial y en la etapa de brecha de cobertura del beneficio de la Parte D.

**Etapa de cobertura inicial**

- Usted paga el siguiente costo compartido, como se incluye en las tablas a continuación, hasta que los costos anuales de medicamentos alcancen \$4,660. Los costos totales anuales de medicamentos son los costos totales de medicamentos que pagan tanto usted como la Parte D de nuestro plan.

Costo compartido estándar en farmacias minoristas

<b>Nivel</b>	<b>Suministro para un mes</b>	<b>Suministro para dos meses</b>	<b>Suministro para tres meses</b>
Nivel 1 Medicamentos genéricos preferidos	\$0 de copago	\$0 de copago	\$0 de copago
Nivel 2 Medicamentos genéricos	\$9 de copago, incluidas las insulinas selectas	\$18 de copago, incluidas las insulinas selectas	\$18 de copago, incluidas las insulinas selectas
Nivel 3 Medicamentos de marca preferidos	\$47 de copago \$35 de copago para las insulinas selectas	\$94 de copago \$70 de copago para las insulinas selectas	\$141 de copago \$105 de copago para las insulinas selectas
Nivel 4 Medicamentos de marca no preferidos	\$95 de copago	\$190 de copago	\$285 de copago
Nivel 5 Medicamentos especializados	33% del costo total	Sin cobertura	Sin cobertura
Nivel 6 Medicamentos selectos	\$0 de copago	\$0 de copago	\$0 de copago

Costo compartido estándar en farmacias con envíos por correo

<b>Nivel</b>	<b>Suministro para un mes</b>	<b>Suministro para tres meses</b>
Nivel 1 Medicamentos genéricos preferidos	Sin cobertura	\$0 de copago
Nivel 2 Medicamentos genéricos	Sin cobertura	\$0 de copago, incluidas las insulinas selectas
Nivel 3 Medicamentos de marca preferidos	Sin cobertura	\$141 de copago \$105 de copago para las insulinas selectas
Nivel 4 Medicamentos de marca no preferidos	Sin cobertura	\$285 de copago
Nivel 5 Medicamentos especializados	33% del costo total	Sin cobertura
Nivel 6 Medicamentos selectos	Sin cobertura	\$0 de copago

Puede obtener sus medicamentos en farmacias minoristas y en farmacias con servicio de envíos por correo que pertenecen a la red. Si reside en un centro de atención a largo plazo, usted paga lo mismo que lo que pagaría en una farmacia minorista. Puede obtener sus medicamentos en una farmacia fuera de la red al mismo costo que en una farmacia dentro de la red.

### **Etapas de brecha de cobertura**

La etapa de brecha de cobertura es un cambio temporal en el costo de los medicamentos con receta. La brecha de cobertura comienza después de que el costo total anual de medicamentos (incluido lo que nuestro plan ha pagado y lo que usted ha pagado) alcanza \$4,660.

Elevate Medicare Select (HMO) ofrece una brecha de cobertura adicional para las insulinas selectas. Durante la etapa de brecha de cobertura, sus costos de desembolso directo para las insulinas selectas serán de \$9, \$18, \$35 o \$70 o \$105.

Después de que usted entra en la brecha de cobertura, usted paga 25% del costo del plan por los medicamentos de marca cubiertos y el 25% del costo del plan por los medicamentos genéricos cubiertos hasta que sus costos sumen \$7,400, que es el fin de la brecha de cobertura.

### **Etapas de cobertura catastrófica**

Después de que su límite de costos anuales de desembolso directo para medicamentos (incluidos los medicamentos comprados en su farmacia minorista o a través de envíos por correo o entregas a domicilio) alcance \$7,400, usted pagará el monto mayor de los siguientes:

- 5% del costo
- \$4.15 por los genéricos (incluidos los medicamentos de marca tratados como genéricos) y \$10.35 por todos los demás medicamentos

Para obtener más información, llámenos al 303-602-2111 o al número gratuito 1-877-956-2111. Los usuarios de TTY deben llamar al 711. O bien, puede acceder a nuestra **EOC** en Internet.

Como miembro de DHMP, puede obtener sus medicamentos de cualquiera de las siguientes formas:

- **farmacia minorista**

Puede obtener un suministro para 30, 60, 90 o 100 días para la mayoría de las medicaciones. Consulte el *Formulario de medicamentos* [www.denverhealthmedicalplan.org](http://www.denverhealthmedicalplan.org) para obtener detalles. Para un suministro para menos de un mes, comuníquese con nosotros al 303-602-2111.

- farmacia de atención a largo plazo (Long Term Care, LTC)**  
 Las farmacias de LTC deben entregar medicamentos de marca por un suministro para menos de 14 días por vez. También pueden entregar el suministro de medicamentos genéricos que abastezca menos de un mes cada vez. Comuníquese con nosotros al 303-602-2111 o al número gratuito 1-877-956-2111 si tiene alguna pregunta sobre el costo compartido o la facturación cuando se entrega un suministro para menos de un mes.
- envíos por correo**  
 Comuníquese con Servicios del Plan de Salud al 303-602-2111 o al número gratuito 1-877-956-2111 si tiene preguntas sobre el costo compartido o la facturación cuando se entrega un suministro para menos de un mes.

El plan utiliza un *Formulario de medicamentos*. Puede ver el *Formulario de medicamentos* en [www.denverhealthmedicalplan.org](http://www.denverhealthmedicalplan.org) o llamar a Servicios del Plan de Salud al 303-602-2111 o al número gratuito 1-877-956-2111 para obtener una copia.

<b>Beneficios adicionales</b>	
<b>Beneficios</b>	<b>Usted paga</b>
* Se requiere remisión. † Su proveedor debe obtener una autorización previa de nuestro plan.	
<b>Tensiómetro†</b> Este beneficio forma parte de un programa complementario especial para enfermos crónicos. No todos los miembros cumplen con los requisitos.	Un tensiómetro con cobertura de hasta \$135 de por vida para los miembros que cumplan con los requisitos <i>Consulte la EOC para obtener detalles sobre la elegibilidad.</i>
<b>Atención quiropráctica</b>	\$10 de copago. Solo cubrimos la manipulación de la columna vertebral manual para corregir la subluxación.
<b>Servicios e insumos para la diabetes†</b>	\$0 de copago para zapatos o plantillas terapéuticos, insumos para el control de la diabetes y capacitación para el automanejo de la diabetes † Los insumos para pruebas de diabetes de Trividia Health y el sistema de control continuo de glucosa de Freestyle Libre no requieren autorización. Todos los demás proveedores requieren autorización previa.

<b>Beneficios adicionales</b>	
<b>Beneficios</b>	<b>Usted paga</b>
* Se requiere remisión. † Su proveedor debe obtener una autorización previa de nuestro plan.	
<b>Tarjeta de alimentos saludables de Elevate</b> Este beneficio forma parte de un programa complementario especial para enfermos crónicos. No todos los miembros cumplen con los requisitos.	\$75 de asignación trimestral para comprar alimentos saludables con una tarjeta prepaga en los minoristas participantes. Su asignación está disponible cada trimestre a partir de enero, abril, julio y octubre. La asignación trimestral no utilizada no se transferirá. Sin reembolsos.  <i>Consulte la <b>EOC</b> para obtener detalles sobre la elegibilidad.</i>
<b>Envíos por correo de medicamentos de venta libre (OTC)</b>	Cobertura trimestral de hasta \$75. Su asignación se encuentra disponible cada trimestre, a partir de enero, abril, julio y octubre. La asignación trimestral no utilizada no se transferirá. Puede consultar el catálogo y el formulario en <a href="http://www.denverhealthmedicalplan.org/elevate-medicare-OTC">www.denverhealthmedicalplan.org/elevate-medicare-OTC</a> . Para pedir sus productos, envíe por correo o por fax el formulario de pedido que se encuentra en nuestra página web. No se aceptan devoluciones ni reembolsos.

**Mensaje importante sobre lo que paga por las vacunas:** nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas de la Parte D sin costo para usted. Llame a Servicios del Plan de Salud para obtener más información.

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

## Aviso multilingüe

### Servicios de intérpretes multilingües

**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 1-877-956-2111. 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 1-877-956-2111. 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 1-877-956-2111。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 1-877-956-2111。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 1-877-956-2111. 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 1-877-956-2111. 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 1-877-956-2111 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 1-877-956-2111. 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 1-877-956-2111 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 1-877-956-2111. 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 1-877-956-2111. سيقوم شخص ما يتحدث العربية بمساعدتك. 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 1-877-956-2111.

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 1-877-956-2111.

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 1-877-956-2111. 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 1-877-956-2111. 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 1-877-956-2111. 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、1-877-956-2111. 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。