



**ELEVATE  
MEDICARE ADVANTAGE**

Denver Health Medical Plan Inc.

# *Resumen de beneficios para 2025*

**Elevate Medicare Choice  
(HMO D-SNP)**

H5608-001

Desde el 1 de enero de 2025  
hasta el 31 de diciembre de 2025

## **¿Necesita ayuda?**

Puede tener preguntas al leer este documento, y eso está bien. Estamos aquí para ayudarlo.

**Llame al  
1-877-956-2111  
(TTY 711)**

de 8 a.m. a 8 p.m.,  
los siete días de la semana.

Si necesita una lista completa de lo que cubrimos o cualquier limitación, visite

[DenverHealthMedicalPlan.org](https://www.denverhealthmedicalplan.org)

para obtener una copia de la *Evidencia de cobertura* (Evidence of Coverage, EOC) o puede llamarnos para solicitar una copia.



## Para inscribirse en nuestro plan, usted debe:

- ★ ser elegible para las Partes A y B de Medicare
- ★ vivir en los condados de Adams, Arapahoe, Denver o Jefferson
- ★ tener beneficios completos de Medicaid o ser beneficiario calificado de Medicare (Qualified Medicare Beneficiary, QMB)

## Plan médico: qué está cubierto y cuánto cuesta

Beneficios y primas	Usted paga
† Su proveedor debe obtener una autorización previa de nuestro plan. El costo compartido de \$0 se basa en su inscripción continua en Medicaid o beneficiario calificado de Medicare (QMB).	
<b>Prima mensual del plan</b> Debe continuar pagando la prima de la Parte B de Medicare si la tiene.	\$0
<b>Deducible</b>	\$0 de copago
<b>Su responsabilidad con respecto al máximo de desembolso directo</b> Siempre que Medicaid continúe pagando el deducible, el coseguro y los copagos de Medicare, no tendrá una responsabilidad máxima de desembolso directo.	\$9,250
<b>Cobertura de los servicios de hospitalización†</b> Nuestro plan cubre 90 días por período de beneficio. Un período de beneficio comienza el día en que se lo ingresa como paciente hospitalizado y termina cuando no haya recibido atención alguna como paciente hospitalizado por 60 días consecutivos.	\$0 de copago  † Se requiere autorización previa para todos los servicios de rehabilitación aguda.
<b>Cobertura hospitalaria para pacientes ambulatorios</b>	\$0 de copago
<b>Centro quirúrgico ambulatorio</b>	\$0 de copago
<b>Visitas al consultorio médico</b>	\$0 de copago
<b>Atención preventiva</b>	\$0 de copago
<b>Atención de emergencia</b> Cubrimos la atención de emergencia en cualquier lugar de los Estados Unidos.	\$0 de copago
<b>Servicios de atención de urgencia</b> Cubrimos la atención de urgencia en cualquier lugar de los Estados Unidos.	\$0 de copago

<b>Beneficios y primas</b>	<b>Usted paga</b>
† Su proveedor debe obtener una autorización previa de nuestro plan. El costo compartido de \$0 se basa en su inscripción continua en Medicaid o beneficiario calificado de Medicare (QMB).	
<b>Servicios de diagnóstico, laboratorio y diagnóstico por imágenes</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pruebas y procedimientos de diagnóstico cubiertos por Medicare</li> <li>• Radiografías</li> <li>• Laboratorios cubiertos por Medicare</li> </ul>	\$0 de copago
<b>Servicios de audición</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Examen para diagnosticar y tratar cuestiones de la audición y el equilibrio</li> <li>• Un examen de audición de rutina cada tres años</li> <li>• Adaptación de audífonos o examen de evaluación</li> <li>• Audífonos</li> </ul>	\$0 de copago Cobertura del plan hasta un monto máximo de \$1,500 cada 3 años (para ambos oídos combinados) para audífonos con receta
<b>Servicios dentales (cubiertos por Medicare)</b> Medicare cubre algunos servicios dentales que están estrechamente relacionados con otros servicios médicos cubiertos.	\$0 de copago por cada servicio dental médicamente necesario cubierto por Medicare
<b>Beneficios dentales (beneficios extra ofrecidos por DHMP)</b> Cobertura dental preventiva e integral <ul style="list-style-type: none"> <li>• Limpiezas (hasta 2 por año calendario).</li> <li>• Exámenes orales (hasta 2 por año calendario).</li> <li>• Radiografía de mordida (1 juego de 4 por año calendario).</li> <li>• Tratamiento con flúor (1 tratamiento por año).</li> <li>• Empastes (hasta 1 por diente por año calendario).</li> <li>• Consulte la EOC para obtener servicios odontológicos cubiertos adicionales.</li> </ul>	\$0 de copago por los servicios cubiertos hasta el beneficio máximo anual de \$5,000 para servicios preventivos y dentales cada año
<b>Servicios de la visión</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Visitas para diagnosticar y tratar enfermedades y afecciones oculares</li> <li>• Examen ocular de rutina complementario cada año</li> <li>• Prueba de detección de glaucoma anual para las personas en riesgo</li> <li>• Lentes de contacto o anteojos (marcos y lentes)</li> </ul>	\$0 de copago por hasta un examen ocular de rutina por año Hasta \$245 por lentes de contacto con receta o anteojos (lentes y marcos) cada año
<b>Servicios para pacientes hospitalizados en un hospital psiquiátrico</b> Nuestro plan cubre hasta 90 días por cada período de beneficio y hasta 190 días de atención de salud mental como paciente hospitalizado en un hospital psiquiátrico a lo largo de su vida.	\$0 de copago
<b>Servicios de salud mental para pacientes ambulatorios</b> Terapia individual y grupal para pacientes ambulatorios	\$0 de copago

<b>Beneficios y primas</b>	<b>Usted paga</b>
† Su proveedor debe obtener una autorización previa de nuestro plan. El costo compartido de \$0 se basa en su inscripción continua en Medicaid o beneficiario calificado de Medicare (QMB).	
<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.	\$0 de copago
<b>Rehabilitación ambulatoria†</b> <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>	\$0 de copago por servicios de terapia cardíaca, pulmonar, ocupacional, física o del habla  †Se requiere autorización previa después de las primeras 30 visitas.
<b>Ambulancia</b>	\$0 de copago
<b>Transporte</b> Traslados de ida y vuelta ilimitados para transporte médico que no es de emergencia a ubicaciones relacionadas con la salud.	\$0 de copago
<b>Medicamentos de la Parte B de Medicare†</b>	\$0 de copago para los medicamentos de quimioterapia de la Parte B de Medicare y otros medicamentos de la Parte B \$0 de copago para los medicamentos de insulina de la Parte B de Medicare  †Es posible que se requiera autorización para algunos medicamentos de la Parte B.

## **Cobertura de medicamentos con receta**

Las personas que tienen derecho a los beneficios de Medicaid también obtienen *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.

### **Etapa de cobertura inicial**

\$0 de copago para todos los medicamentos cubiertos durante esta etapa

### **Etapa de cobertura catastrófica**

\$0 de copago para todos los medicamentos cubiertos durante esta etapa

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 Elevate Medicare Choice (HMO D-SNP), puede obtener sus medicamentos de las siguientes maneras:

- **farmacia minorista**
- **farmacia de atención a largo plazo (long term care, LTC)**
- **envíos por correo**

Puede obtener un suministro de 30, 60, 90 o 100 días de la mayoría de las medicaciones. Consulte el Formulario de medicamentos en [DenverHealthMedicalPlan.org](http://DenverHealthMedicalPlan.org). Comuníquese con Servicios del Plan de Salud al 303-602-2111 o al número gratuito 1-877-956-2111 si tiene preguntas sobre cómo obtener sus medicamentos con receta.

<b>Beneficios adicionales</b>	
<b>Beneficios</b>	<b>Usted paga</b>
† Su proveedor debe obtener una autorización previa de nuestro plan. El costo compartido de \$0 se basa en su inscripción continua en Medicaid o beneficiario calificado de Medicare (QMB).	
<b>Monitor de presión arterial</b> Este beneficio forma parte de un programa complementario especial para enfermos crónicos. No todos los miembros cumplen con los requisitos.	Un monitor de presión arterial cubierto hasta \$135 de por vida para los miembros participantes del Programa de Control de la Presión Arterial. Deben ser brindados por el plan.
<b>Atención quiropráctica</b> Solo cubrimos la manipulación de la columna vertebral manual para corregir la subluxación.	\$0 de copago
<b>Membresía para los centros de Denver Parks and Recreation</b> Ofrecemos una membresía anual a los centros de Denver Parks and Recreation. Para inscribirse, tome su tarjeta de id de Elevate Medicare Choice (HMO D-SNP) y una identificación con foto válida para el centro de recreación de su elección. Nota: Esta membresía no incluye el costo de participar en las clases. Es posible que tenga que pagar una pequeña tarifa para inscribirse en las clases de entrenamiento físico.	\$0 de copago
<b>Servicios e insumos para la diabetes†</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Zapatos y plantillas terapéuticos</li> <li>• Insumos para el control de la diabetes</li> <li>• Capacitación para el automanejo de la diabetes</li> </ul>	\$0 de copago  † Los suministros de prueba para diabéticos de Trividia Health y los sistemas de monitoreo continuo de glucosa Dexcom y algunos de FreeStyle Libre no requieren autorización previa. Todos los demás proveedores requieren autorización.

<b>Beneficios adicionales</b>	
<b>Beneficios</b>	<b>Usted paga</b>
<p>† Su proveedor debe obtener una autorización previa de nuestro plan. El costo compartido de \$0 se basa en su inscripción continua en Medicaid o beneficiario calificado de Medicare (QMB).</p>	
<p><b>FlexCard: Alimentos saludables y artículos de venta libre (Over-the-Counter, OTC)</b></p> <p>Le proporcionaremos fondos trimestrales que puede usar para ayudar a pagar alimentos saludables cubiertos y artículos de (OTC en una tarjeta recargable. Su asignación está disponible en su FlexCard al comienzo de cada trimestre del año del plan (enero, abril, julio y octubre). Los fondos no utilizados caducan al final de cada trimestre o al momento de la cancelación de la inscripción.</p> <p>Asignación para alimentos saludables</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Recibirá fondos trimestrales cargados en su FlexCard para la compra de alimentos saludables elegibles.</li> </ul> <p>Asignación para artículos de venta libre</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Recibirá fondos trimestrales cargados en su FlexCard para la compra de productos de salud y bienestar OTC.</li> </ul> <p>Para obtener más información sobre los artículos o las ubicaciones elegibles, comuníquese con Servicios del Plan de Salud al 303-602-2111 o al 1-877-956-2111 (TTY 711). Nuestro horario de atención es de 8 a.m. a 8 p.m., los siete días de la semana.</p>	<p>Recibirá \$2,280 al año:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• \$310 por trimestre para alimentos saludables</li> <li>• \$260 por trimestre para artículos de OTC</li> </ul> <p>Todos los miembros son elegibles para recibir el beneficio de alimentos saludables a través de su inscripción continua en Medicaid o beneficiario calificado de Medicare (QMB).</p>
<p><b>Beneficio de comidas</b></p> <p>Se ofrecen 21 comidas para cada internación de paciente hospitalizado o en un centro de enfermería especializada (SNF) (después del alta a través de Project Angel Heart).</p>	<p>\$0 de copago</p>

## Resumen de beneficios cubiertos por Medicaid

Los beneficios que se enumeran a continuación están cubiertos por Medicaid y Medicare. Para cada beneficio enumerado, puede ver qué cubre Medicaid y qué cubre nuestro plan. Si tiene preguntas sobre su elegibilidad para Medicaid y los beneficios a los que tiene derecho, llame a Health First Colorado, Programa Medicaid de Colorado, al 1-800-221-3943. Los usuarios de TTY deben llamar al 711.

Para obtener más información, como los límites, las exclusiones y las reglas de autorización previa conforme al pago por servicio de Medicaid, puede consultar la lista completa en [www.healthfirstcolorado.com/benefits-services](http://www.healthfirstcolorado.com/benefits-services).

Puede haber exclusiones de copago adicionales para niños menores de 19 años y mujeres embarazadas. Si esto se aplica a usted, puede consultar la lista completa de beneficios en [www.healthfirstcolorado.com/benefits-services](http://www.healthfirstcolorado.com/benefits-services).

Categoría de beneficio	Medicaid	Elevate Medicare Choice (HMO D-SNP)
El costo compartido de \$0 se basa en su inscripción continua en Medicaid o beneficiario calificado de Medicare (Qualified Medicare Beneficiary, QMB). Consulte el manual Elevate Medicaid Choice o Health First Colorado (Colorado Medicaid) para conocer las reglas de remisión y autorización previa.		
<b>Ambulancia</b>	\$0 de copago	\$0 de copago
<b>Evaluación de detección de cáncer colorrectal</b>	\$0 de copago conforme a Elevate Medicaid Choice y Health First Colorado (Colorado Medicaid)	\$0 de copago
<b>Servicios Odontológicos</b>	\$0 de copago para limpiezas, empastes, conductos radiculares, coronas y dentaduras parciales conforme a Elevate Medicaid Choice y Health First Colorado (Colorado Medicaid)  Sin límite dental anual	\$0 de copago por servicios cubiertos hasta \$5,000, el beneficio máximo anual para servicios dentales preventivos e integrales cada año
<b>Servicios e insumos para la diabetes</b> † <ul style="list-style-type: none"> <li>• Zapatos o plantillas terapéuticos para diabetes</li> <li>• Insumos para diabetes</li> <li>• Capacitación para el automanejo de la diabetes</li> </ul>	\$0 de copago conforme a Elevate Medicaid Choice y Health First Colorado (Colorado Medicaid)	\$0 de copago
<b>Pruebas de diagnóstico, servicios de laboratorio y servicio radiológico</b>	\$0 de copago conforme a Elevate Medicaid Choice y Health First Colorado (Colorado Medicaid)	\$0 de copago
<b>Equipo médico durable (Durable Medical Equipment, DME)</b> † Se incluye el oxígeno	\$0 de copago conforme a Elevate Medicaid Choice y Health First Colorado (Colorado Medicaid)	\$0 de copago

Categoría de beneficio	Medicaid	Elevate Medicare Choice (HMO D-SNP)
El costo compartido de \$0 se basa en su inscripción continua en Medicaid o beneficiario calificado de Medicare (Qualified Medicare Beneficiary, QMB). Consulte el manual Elevate Medicaid Choice o Health First Colorado (Colorado Medicaid) para conocer las reglas de remisión y autorización previa.		
<b>Atención de emergencia</b>	<p>\$0 de copago conforme a Elevate Medicaid Choice y Health First Colorado (Colorado Medicaid), si se determina que es una emergencia</p> <p>\$8 por visita si no es una emergencia conforme a Health First Colorado (Colorado Medicaid)</p>	\$0 de copago
<b>Servicios de audición</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Examen para diagnosticar y tratar afecciones 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 conforme a Elevate Medicaid Choice y Health First Colorado (Colorado Medicaid)</p> <p>Reemplazo del implante coclear actual si se rompe o se pierde</p> <p>Un conjunto de audífonos cada 3 a 5 años</p>	<p>\$0 de copago por exámenes de audición de diagnóstico cubiertos por Medicare</p> <p>Usted tiene cobertura de hasta \$1,500 del monto máximo de cobertura del plan cada 3 años (para ambos oídos combinados) para audífonos con receta.</p>
<b>Atención médica a domicilio†</b>	\$0 de copago	\$0 de copago
<b>Centro de cuidados paliativos</b>	<p>\$0 de copago</p> <p>No más de 9 meses</p>	Cubierto por Medicare Original
<b>Vacunas</b>	\$0 de copago	\$0 de copago
<b>Cobertura de los servicios de hospitalización†</b>	\$0 de copago conforme a Elevate Medicaid Choice y Health First Colorado (Colorado Medicaid)	Sin deducible \$0 de copago
<b>Servicios para pacientes hospitalizados en un hospital psiquiátrico</b>	\$0 de copago	Sin deducible \$0 de copago
<b>Mamografías</b>	\$0 de copago	\$0 de copago
<b>Salud mental para pacientes ambulatorios</b>	\$0 de copago	\$0 de copago



Categoría de beneficio	Medicaid	Elevate Medicare Choice (HMO D-SNP)
El costo compartido de \$0 se basa en su inscripción continua en Medicaid o beneficiario calificado de Medicare (Qualified Medicare Beneficiary, QMB). Consulte el manual Elevate Medicaid Choice o Health First Colorado (Colorado Medicaid) para conocer las reglas de remisión y autorización previa.		
<b>Rehabilitación ambulatoria</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cardíaca (corazón)</li> <li>• Pulmonar (pulmón)</li> <li>• Terapia física†</li> <li>• Terapia ocupacional†</li> <li>• Terapia del habla†</li> </ul>	\$0 de copago conforme a Elevate Medicaid Choice y Health First Colorado (Colorado Medicaid)	\$0 de copago
<b>Servicios/Cirugía Ambulatoria</b>	\$0 de copago conforme a Elevate Medicaid Choice y Health First Colorado (Colorado Medicaid)	\$0 de copago
<b>Abuso de sustancias de pacientes ambulatorios</b>	\$0 de copago	\$0 de copago
<b>Pruebas de Papanicolaou</b>	\$0 de copago	\$0 de copago
<b>Servicios de podología</b>	\$0 de copago conforme a Elevate Medicaid Choice	\$0 de copago
<b>Medicamentos con receta</b>	\$0 de copago conforme a Elevate Medicaid Choice para medicamentos incluidos en el <i>Formulario de medicamentos</i> y ciertos medicamentos de OTC recetados por un proveedor de Denver Health, y adquiridos en una farmacia de Denver Health \$0 de copago conforme a Health First Colorado (Colorado Medicaid)	Sin deducible \$0 de copago para todos los medicamentos incluidos en el <i>Formulario de medicamentos</i>
<b>Atención preventiva</b>	\$0 de copago	\$0 de copago
<b>Atención primaria</b>	\$0 de copago conforme a Elevate Medicaid Choice y Health First Colorado (Colorado Medicaid)	\$0 de copago
<b>Exámenes de detección de cáncer de próstata</b>	\$0 de copago	\$0 de copago
<b>Dispositivos protésicos†</b>	\$0 de copago conforme a Elevate Medicaid Choice  \$1 de copago por visita conforme a Health First Colorado (Colorado Medicaid)	\$0 de copago

<b>Categoría de beneficio</b>	<b>Medicaid</b>	<b>Elevate Medicare Choice (HMO D-SNP)</b>
El costo compartido de \$0 se basa en su inscripción continua en Medicaid o beneficiario calificado de Medicare (Qualified Medicare Beneficiary, QMB). Consulte el manual Elevate Medicaid Choice o Health First Colorado (Colorado Medicaid) para conocer las reglas de remisión y autorización previa.		
<b>Diálisis renal</b>	\$0 de copago conforme a Elevate Medicaid Choice	\$0 de copago
<b>Centro de enfermería especializada (SNF)</b>	\$0 de copago	\$0 de copago
<b>Atención especializada</b>	\$0 de copago conforme a Elevate Medicaid Choice y Health First Colorado (Colorado Medicaid)	\$0 de copago
<b>Transporte a visitas médicas</b>	\$0 de copago	\$0 de copago
<b>Servicios de atención de urgencia</b>	\$0 de copago conforme a Elevate Medicaid Choice y Health First Colorado (Colorado Medicaid)	\$0 de copago
<b>Servicios de la visión</b>	\$0 para exámenes oculares conforme con Elevate Medicaid Choice y Health First Colorado (Colorado Medicaid). Un examen por año. Cobertura para anteojos solo después de la cirugía. No hay cobertura para los lentes de contacto a menos que sean médicamente necesarios.	\$0 de copago por hasta un examen ocular de rutina por año  Hasta \$245 por lentes de contacto con receta o anteojos (lentes y marcos) cada año
<b>Radiografías</b>	\$0 de copago conforme a Elevate Medicaid Choice y Health First Colorado (Colorado Medicaid)	\$0 de copago

### **Llámenos para obtener asistencia**

Llame 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.

Este documento está disponible de forma gratuita en español y otros formatos como braille, letras grandes o audio.

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.

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

**Elevate Medicare Advantage** es un plan HMO aprobado por Medicare. Elevate Medicare Advantage depende de la renovación del contrato. El plan también tiene un contrato por escrito con Health First Colorado, Programa Medicaid de Colorado, para coordinar sus beneficios de Medicaid.

## 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。

**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 1-877-956-2111. 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.

**Arabic :** إننا نقدم خدمات المترجم الفوري المجانية للإجابة عن أي أسئلة تتعلق بالصحة أو جدول الأدوية لدينا. للحصول على مترجم فوري، ليس عليك سوى الاتصال بنا على 1-877-956-2111. 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 Italiano 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。

Formulario CMS-10802  
(Vence el 12/31/25).