Provider Partners Health Plans

Resumen de beneficios **2027**

Provider Partners Illinois Advantage Plan (HMO I-SNP) (H3800-001)
Provider Partners Indiana Advantage Plan (HMO I-SNP) (H4444-001)
Provider Partners Missouri Advantage Plan (HMO I-SNP) (H9191-001)
Provider Partners North Carolina Advantage Plan (HMO I-SNP) (H4439-001)
Provider Partners Pennsylvania Advantage Plan (HMO I-SNP) (H4093-001)
Provider Partners Texas Advantage Plan (HMO I-SNP) (H4054-001)

Este es un resumen de los servicios de salud y medicamentos cubiertos por Provider Partners Health Plans (HMO I-SNP) para el año del plan: Del 1 de enero de 2027 al 31 de diciembre de 2027. Este plan, Provider Partners Illinois Advantage Plan, Provider Partners Indiana Advantage Plan, Provider Partners Missouri Advantage Plan, Provider Partners North Carolina Advantage Plan, Provider Partners Pennsylvania Advantage Plan, Provider Partners Texas Advantage Plan, es ofrecido por Provider Partners Health Plans. Cuando en este resumen de beneficios figura "nosotros", "nos" o "nuestro" se refiere a Provider Partners Health Plans. Cuando figura "plan" o "nuestro plan", significa Provider Partners Illinois Advantage Plan, Provider Partners Indiana Advantage Plan, Provider Partners Missouri Advantage Plan, Provider Partners North Carolina Advantage Plan, Provider Partners Pennsylvania Advantage Plan, Provider Partners Texas Advantage Plan.

Provider Partners Health Plans (HMO I-SNP) es un Plan para Personas con Necesidades Especiales (SNP) de una Organización para el Mantenimiento de la Salud (HMO) que tiene un contrato con Medicare. La inscripción en Provider Partners Health Plans se hace mediante renovación de contrato.

Los beneficios, las primas, o los copagos/coseguros pueden cambiar el 1 de enero de cada año. Pueden aplicarse limitaciones, copagos y restricciones. Esta información no es una descripción completa de los beneficios.

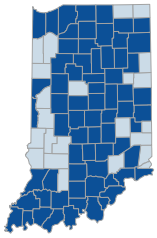
La lista completa de beneficios está disponible en la Evidencia de cobertura. Llame a Servicio al Cliente al 1-800-405-9681/TTY 711 para obtener más información o visite nuestro sitio web en www.pphealthplan.com.

Para inscribirse en Provider Partners Health Plans (HMO I-SNP), usted debe tener derecho a la Parte A de Medicare, estar inscrito en la Parte B de Medicare y vivir en nuestra área de servicio. Este plan está disponible para cualquier persona con Medicare que reside (o se espera que resida) en un centro como un centro de enfermería durante un mínimo de 90 días consecutivos. Debe seguir pagando la prima de la Parte B de Medicare.

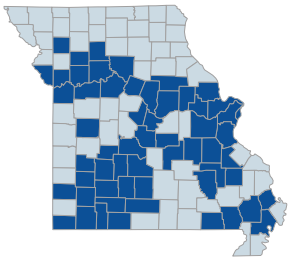
Nuestra área de servicio incluye los siguientes condados en **Illinois (IL):** Cook, DuPage, Kane, Lake, McHenry, Ogle, Will y Winnebago.

Nuestra área de servicio incluye los siguientes condados en **Indiana (IN):** Allen, Bartholomew, Boone, Brown, Carroll, Cass, Clark, Crawford, Daviess, DeKalb, Decatur, Delaware, Dubois, Elkhart, Fayette, Floyd, Fulton, Gibson, Grant, Hamilton, Hancock, Harrison, Hendricks, Henry, Howard, Huntington, Jackson, Jefferson, Johnson, Knox, Kosciusko,

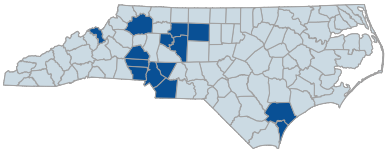
La Porte, Lake, Lawrence, Madison, Marion, Marshall, Miami, Monroe, Montgomery, Morgan, Noble, Orange, Perry, Pike, Porter, Posey, Pulaski, Putnam, Randolph, Ripley, Scott, Shelby, Spencer, St. Joseph, Starke, Switzerland, Tippecanoe, Tipton, Vanderburgh, Vermillion, Wabash, Warren, Warrick, Washington, Wayne, Wells, White y Whitley.



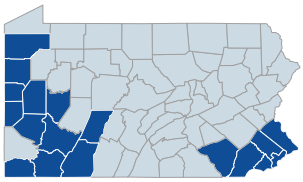
Nuestra área de servicio incluye los siguientes condados en **Missouri (MO):** Audrain, Barry, Boone, Butler, Caldwell, Callaway, Camden, Carroll, Cedar, Chariton, Christian, Clay, Cole, Crawford, Dade, Dallas, DeKalb, Douglas, Franklin, Greene, Henry, Hickory, Howard, Iron, Jackson, Jasper, Jefferson, Laclede, Lafayette, Lawrence, Lincoln, Livingston, Madison, Maries, McDonald, Miller, Moniteau, Montgomery, New Madrid, Phelps, Platte, Polk, Ray, Reynolds, Ripley, Saline, Scott, St. Charles, St. Francois, St. Louis, St. Louis City, Stoddard, Stone, Taney, Warren, Washington, Webster y Wright.



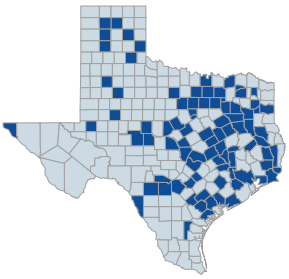
Nuestra área de servicio incluye los siguientes condados en **North Carolina (NC):** Cabarrus, Catawba, Davidson, Davie, Forsyth, Gaston, Guilford, Lincoln, Mecklenburg, Mitchell, New Hanover, Pender, Union y Wilkes.



Nuestra área de servicio incluye los siguientes condados en **Pennsylvania (PA):** Allegheny, Armstrong, Beaver, Bucks, Butler, Cambria, Chester, Crawford, Delaware, Fayette, Greene, Lancaster, Lawrence, Mercer, Montgomery, Philadelphia, Somerset y Westmoreland.



Nuestra área de servicio incluye los siguientes condados en **Texas (TX):** Anderson, Angelina, Bandera, Bexar, Brazos, Brown, Burleson, Burnet, Caldwell, Chambers, Cherokee, Collin, Collingsworth, Colorado, Comanche, Concho, Cooke, Dallas, DeWitt, Delta, Denton, Ector, El Paso, Falls, Fannin, Fort Bend, Freestone, Garza, Goliad, Gray, Gregg, Grimes, Guadalupe, Hall, Hardin, Harris, Harrison, Henderson, Hood, Hopkins, Howard, Hutchinson, Jackson, Jasper, Jefferson, Jim Wells, Karnes, Kaufman, Lampasas, Limestone, Lubbock, Madison, Matagorda, Maverick, McLennan, Medina, Milam, Moore, Nacogdoches, Navarro, Orange, Palo Pinto, Parker, Potter, Randall, Refugio, Robertson, Rockwall, Runnels, San Saba, Smith, Somervell, Tarrant, Titus, Tom Green, Travis, Trinity, Tyler, Upshur, Uvalde, Van Zandt, Victoria, Washington, Williamson, Wise y Young.



Excepto en situaciones de emergencia, si usted usa proveedores que no pertenecen a nuestra red, es posible que no paguemos esos servicios.

Para la cobertura y los costos de Medicare Original, consulte su manual "Medicare y Usted" vigente. Puede consultarlo en Internet en es.medicare.gov o solicitar 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.

Este documento está disponible en otros formatos como braille o con letras grandes.

Este material está disponible gratis en español.

800-405-9681 | TTY 711
Horario de atención:

Del 1 de octubre al 31 de marzo	Del 1 de abril al 30 de septiembre
De 8:00 a. m. a 8:00 p. m. todos los días	De 8:00 a. m. a 8:00 p. m. de lunes a viernes

Beneficios	Provider Partners Health Plans HMO I-SNP
Prima mensual del plan *(incluye servicios médicos y medicamentos)*	Usted paga: **IL:** $7.60 **IN:** $17.00 **MO:** $18.40 **NC:** $13.30 **PA:** $12.80 **TX:** $6.30 Debe seguir pagando la prima de la Parte B de Medicare.
Deducible	Paga $283 excepto para insulina suministrada con un dispositivo de equipo médico duradero. Estos son los importes de costo compartido para 2026 y pueden cambiar para 2027. Provider Partners Health Plans proporcionará las tarifas actualizadas en www.pphealthplan.com según se publiquen. Consulte la sección de medicamentos con receta para pacientes ambulatorios para el deducible de la Parte D.
Responsabilidad del monto máximo que paga de su bolsillo *(no incluye los medicamentos con receta de la Parte D)*	No paga más de $9,850 anualmente. Esto es lo máximo que paga por cada año por copagos, coseguro y otros gastos por servicios médicos.
Servicios hospitalarios para pacientes hospitalizados	Deducible de $1,736 por cada período de beneficios. Días 1–60: $0 después de que paga su deducible de la Parte A. Día 61–90: copago de $434 cada día. Días 91-150: copago de $868 cada día mientras usa sus 60 días de reserva de por vida. Después del día 150: Usted paga todos los costos. Después de los días de reserva de por vida. Usted paga todos los costos. Estos son los importes de costo compartido para 2026 y pueden cambiar para 2027. Provider Partners Health Plans proporcionará las tarifas actualizadas en www.pphealthplan.com según se publiquen. Es posible que sea necesaria una autorización previa.
Hospital para pacientes ambulatorios	Usted paga el 20 % del costo total para los servicios cubiertos por Medicare. Es posible que sea necesaria una autorización previa.
Centro de cirugía ambulatoria (ASC)	Usted paga el 20 % del costo total para los servicios cubiertos por Medicare. Es posible que sea necesaria una autorización previa.
Consultas médicas • Atención primaria	Usted paga el 20 % del costo total para los servicios cubiertos por Medicare.
• Cuidado primario - Telesalud	Usted paga el 20 % del costo total para los servicios cubiertos por Medicare.
• Especialistas	Usted paga el 20 % del costo total para los servicios cubiertos por Medicare.
Atención preventiva (por ejemplo, vacuna contra la gripe, exámenes de diabetes)	Usted no paga nada. Hay disponibles otros servicios preventivos. Hay algunos servicios cubiertos que tienen costo.

Beneficios	Provider Partners Health Plans HMO I-SNP
Atención de emergencia	Usted paga el 20 % del costo total (hasta un máximo de $100) por cada visita. El coseguro no se aplica si el paciente es admitido en el mismo hospital en un plazo de 24 horas por la misma afección.
Servicios de urgencia	Usted paga el 20 % del costo total (hasta un máximo de $40) por visita.
Servicios de diagnóstico/análisis de laboratorio/estudios por imágenes	
• Pruebas y procedimientos de diagnóstico	Usted paga el 20 % del costo total para los servicios cubiertos por Medicare. Es posible que sea necesaria una autorización previa.
• Servicios de laboratorio	Usted paga el 20 % del costo total para los servicios cubiertos por Medicare. Es posible que sea necesaria una autorización previa.
• Imágenes por resonancia magnética, tomografía por emisión de positrones, medicina nuclear	Usted paga el 20 % del costo total para los servicios cubiertos por Medicare.
• Radiografías	Usted paga el 20 % del costo total para los servicios cubiertos por Medicare.
Servicios para la Audición	
• Exámenes de la audición de rutina	Usted paga $0 del costo total por un examen de audición de rutina por año.
• Aparatos auditivos complementarios	**IL:** Usted paga $0 por una asignación de $2,000 por aparatos auditivos, que se aplica a ambos oídos cada 2 años. **IN:** Usted paga $0 por una asignación de $2,000 por aparatos auditivos, que se aplica a ambos oídos cada 2 años. **MO:** Usted paga $0 por una asignación de $2,000 por aparatos auditivos, que se aplica a ambos oídos cada 2 años. **NC:** Usted paga $0 por una asignación de $2,000 por aparatos auditivos, que se aplica a ambos oídos cada 2 años. **PA:** Usted paga $0 por una asignación de $2,000 por aparatos auditivos, que se aplica a ambos oídos cada 2 años. **TX:** Usted paga $0 por una asignación de $2,000 por aparatos auditivos, que se aplica a ambos oídos cada 2 años.
• Servicios para la audición cubiertos por Medicare	Usted paga el 20 % del costo total para los servicios cubiertos por Medicare. Llame a Servicio al Cliente o consulte la Evidencia de cobertura, capítulo 4, para obtener más información sobre el beneficio de servicios para la audición.
Servicios dentales	
• Servicios dentales complementarios preventivos e integrales	**IL:** Usted paga $0 por una asignación de $3,000 para servicios dentales de rutina e integrales cada año. Una vez agotada la asignación, usted es responsable de los cargos restantes. **IN:** Usted paga $0 por una asignación de $5,000 para servicios dentales de rutina e integrales cada año. Una vez agotada la asignación, usted es responsable de los cargos restantes.

Beneficios	Provider Partners Health Plans HMO I-SNP
Servicios dentales (continuación)	**MO:** Usted paga $0 por una asignación de $5,000 para servicios dentales de rutina e integrales cada año. Una vez agotada la asignación, usted es responsable de los cargos restantes. **NC:** Usted paga $0 por una asignación de $5,000 para servicios dentales de rutina e integrales cada año. Una vez agotada la asignación, usted es responsable de los cargos restantes. **PA:** Usted paga $0 por una asignación de $3,000 para servicios dentales de rutina e integrales cada año. Una vez agotada la asignación, usted es responsable de los cargos restantes. **TX:** Usted paga $0 por una asignación de $4,600 para servicios dentales de rutina e integrales cada año. Una vez agotada la asignación, usted es responsable de los cargos restantes.
• Servicios dentales cubiertos por Medicare	Usted paga el 20 % del costo total para los servicios cubiertos por Medicare. Es posible que sea necesaria una autorización previa. Llame a Servicio al Cliente o consulte la Evidencia de cobertura, capítulo 4, para obtener más información sobre el beneficio de servicios dentales.
Servicios de la vista	
• Exámenes de la vista de rutina	Usted paga $0 del costo total por un examen de la vista de rutina por año.
• Artículos para la vista complementarios	**IL:** Usted paga $0 por una asignación de $300 para artículos para la vista cada año. **IN:** Usted paga $0 por una asignación de $500 para artículos para la vista cada año. **MO:** Usted paga $0 por una asignación de $500 para artículos para la vista cada año. **NC:** Usted paga $0 por una asignación de $300 para artículos para la vista cada año. **PA:** Usted paga $0 por una asignación de $300 para artículos para la vista cada año. **TX:** Usted paga $0 por una asignación de $150 para artículos para la vista cada año.
• Exámenes de la vista cubiertos por Medicare	Usted paga el 20 % del costo total para los servicios cubiertos por Medicare.
• Artículos para la vista cubiertos por Medicare	Usted paga 20 % del costo total por los anteojos (lentes y monturas) o lentes de contacto cubiertos por Medicare después de una operación de cataratas. Llame a Servicio al Cliente o consulte la Evidencia de cobertura, capítulo 4, para obtener más información sobre el beneficio de servicios para la vista.
Servicios de salud mental	Deducible de $1,736 por cada período de beneficios.
• Atención hospitalaria: psiquiátrica	Días 1–60: $0 después de que paga su deducible de la Parte A. Día 61–90: copago de $434 cada día. Días 91-150: copago de $868 cada día mientras usa sus 60 días de reserva de por vida. Después del día 150: Usted paga todos los costos. Después de los días de reserva: Usted paga todos los costos. Estos son los importes de costo compartido para 2026 y pueden cambiar para 2027. Provider Partners Health Plans proporcionará las tarifas actualizadas en www.pphealthplan.com según se publiquen. Es posible que sea necesaria una autorización previa.
• Visita para terapia de grupo/ terapia individual para pacientes ambulatorios	Usted paga el 20 % del costo total de los servicios cubiertos por Medicare.

Beneficios	Provider Partners Health Plans HMO I-SNP
Centro de cuidados de enfermería especializada	Usted paga: Días 1-100: copago de $0. Día 101 y siguientes: Usted paga todos los costos. Es posible que sea necesaria una autorización previa.
Fisioterapia	Usted paga el 0 % del costo total para los servicios cubiertos por Medicare. Es posible que sea necesaria una autorización previa.
Ambulancia	Usted paga el 20 % del costo total para cada traslado de ida en ambulancia cubierto por Medicare.
Transporte (no emergencia, de rutina)	**IL:** Usted paga $0 por un máximo de 66 traslados de ida cada año a lugares de atención médica mediante taxi, servicios de viaje compartido, camioneta o transporte médico. **IN:** Usted paga $0 por un máximo de 74 traslados de ida cada año a lugares de atención médica mediante taxi, servicios de viaje compartido, camioneta o transporte médico. **MO:** Usted paga $0 por un máximo de 38 traslados de ida cada año a lugares de atención médica mediante taxi, servicios de viaje compartido, camioneta o transporte médico. Este beneficio permite a los miembros estar acompañados por un auxiliar de atención de la salud, si el miembro lo desea. **NC:** Usted paga $0 por un máximo de 70 traslados de ida cada año a lugares de atención médica mediante taxi, servicios de viaje compartido, camioneta o transporte médico. **PA:** Usted paga $0 por un máximo de 38 traslados de ida cada año a lugares de atención médica mediante taxi, servicios de viaje compartido, camioneta o transporte médico. **TX:** El transporte no tiene cobertura. Llame a Servicio al Cliente o consulte la Evidencia de Cobertura, capítulo 4, para obtener más información sobre el beneficio de transporte.
Medicamentos de la Parte B de Medicare	Puede pagar del 0 % al 20 % de los medicamentos para radiación/quimioterapia de la Parte B de Medicare y otros medicamentos de la Parte B de Medicare. Es posible que se requiera una preautorización para los cargos facturados en exceso de $1,500. Puede pagar del 0 % al 20 % (con un máximo de $35) por insulina por cada mes.

Beneficios	Provider Partners Health Plans HMO I-SNP
Examen físico anual	Usted paga el 20 % del costo total de los servicios.
Cuidado de los pies (servicios de podiatría) • Cuidado de rutina de los pies	**IL:** Usted paga $0 por hasta 5 visitas de podiatría de rutina por año. **IN:** Usted paga $0 por hasta 12 visitas de podiatría de rutina por año. **MO:** Usted paga $0 por hasta 6 visitas de podiatría de rutina por año. **NC:** Usted paga $0 por hasta 6 visitas de podiatría de rutina por año. **PA:** Usted paga $0 por hasta 4 visitas de podiatría de rutina por año. **TX:** Usted paga $0 por hasta 6 visitas de podiatría de rutina por año.
• Cuidado de los pies cubierto por Medicare	Usted paga el 20 % del costo total para los servicios cubiertos por Medicare. Llame a Servicio al Cliente o consulte la Evidencia de cobertura, capítulo 4, para obtener más información sobre el beneficio de podiatría.
Beneficio de productos de venta sin receta (OTC)	Limitado a una asignación cada trimestre para determinados medicamentos sin receta y otros productos relacionados con la salud, que aparecen en el catálogo de productos de venta sin receta. **IL:** Usted paga $0 por una asignación trimestral de $255 para productos del catálogo. **IN:** Usted paga $0 por una asignación trimestral de $155 para productos del catálogo. **MO:** Usted paga $0 por una asignación trimestral de $175 para productos del catálogo. **NC:** Usted paga $0 por una asignación trimestral de $301 para productos del catálogo. **PA:** Usted paga $0 por una asignación trimestral de $151 para productos del catálogo. **TX:** Usted paga $0 por una asignación trimestral de $70 para productos del catálogo. Los artículos de venta sin receta se pueden comprar solo para el miembro y están limitados a un pedido cada trimestre. Todo beneficio no utilizado vence al final de cada trimestre y no puede transferirse al trimestre siguiente. Llame a Servicio al Cliente o consulte la Evidencia de cobertura, capítulo 4, para obtener más información sobre el beneficio de productos de venta sin receta.

Otros beneficios

Beneficios complementarios especiales para personas con enfermedades crónicas*	**IL:** Usted paga $0 por una asignación de $200 para ropa imprescindible cada año. **IN:** Usted paga $0 por una asignación de $175 para ropa imprescindible cada año y una asignación trimestral de $400 para alimentos saludables y frutas y verduras. **MO:** Usted paga $0 por una asignación de $360 para ropa imprescindible cada año. **NC:** Usted paga $0 por una asignación de $300 para ropa imprescindible cada año. **PA:** Usted paga $0 por una asignación de $300 para ropa imprescindible cada año. **TX:** Usted paga $0 por una asignación de $200 para ropa imprescindible cada año y una asignación trimestral de $150 para comunicaciones digitales. *Estos son beneficios complementarios especiales disponibles solo para miembros que cumplen los requisitos. No todos los miembros cumplirán los requisitos. Los miembros a los que les diagnosticaron ciertas enfermedades crónicas y que cumplen criterios adicionales pueden ser elegibles para estos beneficios. Las enfermedades que cumplen con los requisitos pueden ser enfermedad cardiovascular, insuficiencia cardíaca crónica, demencia, diabetes y condiciones de salud mental crónicas e incapacitantes. Otras enfermedades que cumplen con los requisitos que no aparecen aquí también pueden hacer que usted cumpla los requisitos. Para obtener más información sobre los requisitos, comuníquese con el plan.

Otros beneficios

Beneficios complementarios especiales para personas con enfermedades crónicas* (continuación)	Los fondos se cargan en una tarjeta de débito con gastos limitados** para usar en las tiendas minoristas participantes. Los fondos para alimentos y frutas y verduras están disponibles cada trimestre para comprar opciones saludables en una variedad de tiendas minoristas participantes. El beneficio se reinicia cada trimestre; los fondos no utilizados no se traspasan al siguiente período. Esto puede tardar hasta tres meses. Los miembros que cumplen los requisitos reciben una asignación anual para artículos de ropa imprescindibles, como sudaderas, pantalones deportivos, ropa interior y calcetines. El beneficio se reinicia cada año; los fondos no utilizados no se traspasan al siguiente período. Esto puede tardar hasta tres meses. El beneficio trimestral de comunicaciones digitales ayuda a los miembros que cumplen los requisitos con el costo de una factura de un proveedor de servicios móviles. El beneficio se reinicia cada trimestre; los fondos no utilizados no se traspasan al siguiente período. Esto puede tardar hasta tres meses. **La tarjeta prepaga Benefits Mastercard® es emitida por The Bancorp Bank N.A., conforme a una licencia de Mastercard International Incorporated, y puede utilizarse para gastos aprobados en cualquier establecimiento donde se acepte Mastercard. Mastercard y el diseño de los círculos son marcas comerciales de Mastercard International Incorporated. Válida únicamente en EE. UU. No permite retirar efectivo. Esta tarjeta no es una tarjeta de regalo ni un certificado de regalo. Usted ha recibido esta tarjeta como una gratificación, sin haber realizado ningún pago ni aportado contraprestación monetaria alguna. Llame a Servicio al Cliente o consulte la Evidencia de Cobertura, capítulo 4, para obtener más información sobre los Beneficios complementarios especiales para personas con enfermedades crónicas.

Farmacia — Beneficios de medicamentos con receta

Deducible	Usted paga $700	
	Suministro para 30 días de medicamentos con receta en farmacia minorista estándar	Suministro para 30 días para pedidos por correo
Cobertura inicial Nivel 1: Todos los medicamentos cubiertos por la Parte D	Usted paga 25 % del costo total del medicamento Usted paga $35 por suministro por cada mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel.	Usted paga 25 % del costo total del medicamento Usted paga $35 por suministro por cada mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel.
Nivel de vacunación	Usted paga $0 por las vacunas contra la pulmonía, la gripe, la hepatitis B y la COVID-19. Para obtener más información sobre las vacunas, consulte la Evidencia de cobertura.	
Etapa de cobertura de gastos médicos mayores *(después de que usted u otras personas en nombre de usted paguen $2,400)* • Medicamentos genéricos • Medicamentos de marca	 Usted no paga nada. Usted no paga nada.	

AVISO DE ANTIDISCRIMINACIÓN

Provider Partners Health Plans cumple con las leyes federales vigentes sobre derechos civiles y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad ni sexo (de acuerdo con el alcance de la discriminación por sexo descrita en el Título 45 del Código de reglamentos federales (Code of Federal Regulations, CFR) § 92.101(a)(2)). Provider Partners Health Plans no excluye a las personas ni las trata de forma menos favorable por motivos de raza, color, origen nacional, edad, discapacidad o sexo.

Provider Partners Health Plans:

- Proporciona a las personas con discapacidades modificaciones razonables y ayudas y servicios auxiliares gratuitos y adecuados para comunicarse de manera eficaz con nosotros, como por ejemplo:
  - Intérpretes de lenguaje de señas calificados
  - Información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, entre otros).

- Ofrece servicios gratuitos de asistencia en otros idiomas para personas cuya lengua materna no es el inglés, que pueden incluir:
  - Intérpretes calificados
  - Información escrita en otros idiomas.

Si necesita modificaciones razonables, ayudas y servicios auxiliares adecuados o servicios de asistencia lingüística, comuníquese con el responsable de cumplimiento de Provider Partners Health Plans.

Si usted cree que Provider Partners Health Plans no le ha prestado estos servicios o le ha discriminado de otra manera por motivos de raza, color, origen nacional, edad, discapacidad o sexo, puede presentar una queja formal a:

Responsable de cumplimiento de Provider Partners Health Plans
Dirección postal: 8820 Columbia 100 Parkway, Suite #430
Columbia, MD 21045
Teléfono: 1-833-213-0636
Fax: 1-844-570-7811
Correo electrónico: compliance@pphealthplan.com

Puede presentar una queja formal en persona, o bien, por correo, fax o correo electrónico. Si necesita ayuda para presentar una queja formal, el Responsable de cumplimiento de Provider Partners Health Plans se encuentra a su disposición para ayudarle.

También puede presentar una queja sobre derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos por vía electrónica a través del portal de quejas de la Oficina de Derechos Civiles, disponible en https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf, o por correo o teléfono:

U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue, SW
Room 509F, HHH Building Washington, D.C. 20201
1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD)

Los formularios para quejas están disponibles en http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html.

Este aviso está disponible en el sitio web de Provider Partners Health Plans: www.pphealthplan.com

AVISO DE DISPONIBILIDAD DE SERVICIOS DE ASISTENCIA EN OTROS IDIOMAS Y AYUDAS Y SERVICIOS AUXILIARES

ATTENTION: If you speak English, free language assistance services are available to you. Appropriate auxiliary aids and services to provide information in accessible formats are also available free of charge. Call 1-800-405-9681(TTY: 711) or speak to your provider.

Español (Spanish)

ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. También están disponibles de forma gratuita ayuda y servicios auxiliares apropiados para proporcionar información en formatos accesibles. Llame al 1-800-405-9681(TTY: 711) o hable con su proveedor.

中文 (Simplified Chinese)

注意：如果您说[中文]，我们将免费为您提供语言协助服务。我们还免费提供适当的辅助工具和服务，以无障碍格式提供信息。致电 1-800-405-9681 (文本电话：711) 或咨询您的服务提供商。

Việt (Vietnamese)

LƯU Ý: Nếu bạn nói tiếng Việt, chúng tôi cung cấp miễn phí các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ. Các hỗ trợ dịch vụ phù hợp để cung cấp thông tin theo các định dạng dễ tiếp cận cũng được cung cấp miễn phí. Vui lòng gọi theo số 1-800-405-9681(Người khuyết tật: 711) hoặc trao đổi với người cung cấp dịch vụ của bạn.

한국어 (Korean)

주의: [한국어]를 사용하시는 경우 무료 언어 지원 서비스를 이용하실 수 있습니다. 이용 가능한 형식으로 정보를 제공하는 적절한 보조 기구 및 서비스도 무료로 제공됩니다. 1-800-405-9681 (TTY: 711) 번으로 전화하거나 서비스 제공업체에 문의하십시오.

POLSKI (Polish)

UWAGA: Osoby mówiące po polsku mogą skorzystać z bezpłatnej pomocy językowej. Dodatkowe pomoce i usługi zapewniające informacje w dostępnych formatach są również dostępne bezpłatnie. Zadzwoń pod numer 1-800-405-9681(TTY: 711) lub porozmawiaj ze swoim dostawcą.

العربية (Arabic)

تنبيه: إذا كنت تتحدث اللغة العربية، فستتوفر لك خدمات المساعدة اللغوية المجانية. كما تتوفر وسائل مساعدة وخدمات مناسبة لتوفير المعلومات بتنسيقات يمكن الوصول إليها مجانًا. اتصل على الرقم 1-800-405-9681(711) أو تحدث إلى مقدم الخدمة

РУССКИЙ (Russian)

ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русский, вам доступны бесплатные услуги языковой поддержки. Соответствующие вспомогательные средства и услуги по предоставлению информации в доступных форматах также предоставляются бесплатно. Позвоните по телефону 1-800-405-9681 (TTY: 711) или обратитесь к своему поставщику услуг.

Tagalog (Tagalog)

PAALALA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, magagamit mo ang mga libreng serbisyong tulong sa wika. Magagamit din nang libre ang mga naaangkop na auxiliary na tulong at serbisyo upang magbigay ng impormasyon sa mga naa-access na format. Tumawag sa 1-800-405-9681(TTY: 711) o makipag-usap sa iyong provider.

Français (French)

ATTENTION : Si vous parlez Français, des services d'assistance linguistique gratuits sont à votre disposition. Des aides et services auxiliaires appropriés pour fournir des informations dans des formats accessibles sont également disponibles gratuitement. Appelez le 1-800-405-9681(TTY : 711) ou parlez à votre fournisseur.

Deutsch (German)

ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlose Sprachassistenzdienste zur Verfügung. Entsprechende Hilfsmittel und Dienste zur Bereitstellung von Informationen in barrierefreien Formaten stehen ebenfalls kostenlos zur Verfügung. Rufen Sie 1-800-405-9681(TTY: 711) an oder sprechen Sie mit Ihrem Provider.

ગુજરાતી (Gujarati)

ધ્યાન આપો: જો તમે ગુજરાતી બોલતા હો તો મફત ભાષાકીય સહાયતા સેવાઓ તમારા માટે ઉપલબ્ધ છે. યોગ્ય ઑક્ઝિલરી સહાય અને ઍક્સેસિબલ ફૉર્મેટમાં માહિતી પૂરી પાડવા માટેની સેવાઓ પણ વિના મૂલ્યે ઉપલબ્ધ છે. 1-800-405-9681(TTY: 711) પર કૉલ કરો અથવા તમારા પ્રદાતા સાથે વાત કરો.

اردو (Urdu)

توجہ دیں: اگر آپ اردو بولتے ہیں، تو آپ کے لیے زبان کی مفت مدد کی خدمات دستیاب ہیں۔ قابل رسائی فارمیٹس میں معلومات فراہم کرنے کے لیے مناسب معاون امداد اور خدمات بھی مفت دستیاب ہیں1-800-405-9681(TTY:711)۔ "پر کال کریں یا اپنے فراہم کنندہ سے بات کریں۔

हिंदी (Hindi)

ध्यान दें: यदि आप हिंदी बोलते हैं, तो आपके लिए निःशुल्क भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध होती हैं। सुलभ प्रारूपों में जानकारी प्रदान करने के लिए उपयुक्त सहायक साधन और सेवाएँ भी निःशुल्क उपलब्ध हैं। 1-800-405-9681(TTY: 711) पर कॉल करें या अपने प्रदाता से बात करें।

AVISO DE DISPONIBILIDAD DE SERVICIOS DE ASISTENCIA EN OTROS IDIOMAS Y AYUDAS Y SERVICIOS AUXILIARES

Pennsylvanisch Deitsch (Pennsylvanian Dutch)

ACHTUNG: Wann du Pennsylvanisch Deitsch schwetzscht, sin Hilfsdienst fer die Sprooch fer dich gratis verfügbar. Passende Hilfsmittel un Dienscht, fer Informatione in zugängliche Formate ze gebbe, sin aa gratis verfügbar. Ruf 1-800-405-9681 (TTY: 711) oder schwetz mit dein Anbieter.

Italiano (Italian)

ATTENZIONE: se parli Italiano, sono disponibili servizi di assistenza linguistica gratuiti. Sono inoltre disponibili gratuitamente ausili e servizi ausiliari adeguati per fornire informazioni in formati accessibili. Chiama l'1-800-405-9681(tty: 711) o parla con il tuo fornitore.

فارس (Persian)

توجه: اگري]واردیکردنیزبان[یصحبتي یمکنید، یخدماتیپشتیبانیزبانیرایگانیدریدستسي شمایقراریداردي. همچنییکمیکهایویخدماتیپشتیبانیمناسبیبرایایارائهیاطالعاتیدریقال یبهاییقابلیدستسي، یبهطوریرایگاني موجودي یمباشندي. بایشمارهي-1-800-405-9681-ي) تلهتایپ:ي 711 -)یتماسیبگتیدییایایارائهدهنده خودیصحبتیکنیدي

日本語 (Japanese)

注：日本語を話される場合、無料の言語支援サービスをご利用いただけます。アクセシブル（誰もが利用できるよう配慮された）な形式で情報を提供するための適切な補助支援やサービスも無料でご利用いただけます。1-800-405-9681（TTY：711）までお電話ください。または、ご利用の事業者にご相談ください。

Kreyòl Ayisyen (French Creole)

ATANSYON: Si w pale Kreyòl Ayisyen, gen sèvis èd aladispozisyon w gratis pou lang ou pale a. Èd ak sèvis siplemantè apwopriye pou bay enfòmasyon nan fòma aksesib yo disponib gratis tou. Rele nan 1-800-405-9681(TTY: 711) oswa pale avèk founisè w la.

Português do Brasil (Portuguese)

ATENÇÃO: Se você fala Português do Brasil, serviços gratuitos de assistência linguística estão disponíveis para você. Auxílios e serviços auxiliares apropriados para fornecer informações em formatos acessíveis também estão disponíveis gratuitamente. Ligue para 1-800-405-9681(TTY : 711) ou fale com seu provedor.

ភាសាខ្មែរ / (Mon-Khmer, Cambodian)

ការយកចិត្តទុកដាក់: ប្រសិនបើអ្នកនិយាយភាសាខ្មែរ សេវាកម្មជំនួយភាសាឥតគិតថ្លៃមានសម្រាប់អ្នក។ ជំនួយ និងសេវាកម្មជំនួយសមស្របដើម្បីផ្តល់ព័ត៌មានជាទម្រង់ដែលអាចចូលប្រើបានក៏មានដោយឥតគិតថ្លៃផងដែរ។ សូមទូរស័ព្ទទៅលេខ 1-800-405-9681(TTY: 711) ឬនិយាយជាមួយអ្នកផ្តល់សេវារបស់អ្នក។

Српски (Serbian)

ПАЖЊА: Ако говорите Српски, обезбеђена вам је преводилачка услуга. Додатна одговарајућа помоћ и услуге за пружање информација у доступним форматима такође су доступни без надокнаде. Назовите 1-800-405-9681(TTY: 7-1-1) или разговарајте са вашим пружаоцем услуга.

Ελληνικά (Greek)

ΠΡΟΣΟΧΗ: Εάν μιλάτε ελληνικά, υπάρχουν διαθέσιμες δωρεάν υπηρεσίες υποστήριξης στη συγκεκριμένη γλώσσα. Διατίθενται δωρεάν κατάλληλα βοηθήματα και υπηρεσίες για παροχή πληροφοριών σε προσβάσιμες μορφές. Καλέστε το 1-800-405-9681(TTY: 711) ή απευθυνθείτε στον πάροχό σας».

አማርኛ (Amharic)

ማሳሰቢያ፦ አማርኛ የሚናገሩ ከሆነ፣ የቋንቋ ድጋፍ አገልግሎት በነፃ ይቀርብልዎታል። መረጃን በተደራሽ ቅርጸት ለማቅረብ ተገቢ የሆኑ ተጨማሪ እገዛዎች እና አገልግሎቶች እንዲሁ በነፃ ይገኛሉ። በስልክ ቁጥር 1-800-405-9681(TTY: 711) ይደውሉ ወይም አገልግሎት አቅራቢዎን ያናግሩ።

ລາວ (Laotian)

ເຊີນຊາບ: ຖ້າທ່ານເວົ້າພາສາ ລາວ, ຈະມີບໍລິການຊ່ວຍດ້ານພາສາແບບບໍ່ເສຍຄ່າໃຫ້ທ່ານ. ມີເຄື່ອງຊ່ວຍ ແລະ ການບໍລິການແບບບໍ່ເສຍຄ່າທີ່ເໝາະສົມເພື່ອໃຫ້ຂໍ້ມູນໃນຮູບແບບທີ່ສາມາດເຂົ້າເຖິງໄດ້. ໂທຫາເບີ 1-800-405-9681(TTY: 711) ຫຼື ລົມກັບຜູ້ໃຫ້ບໍລິການຂອງທ່ານ.

Yorùbá (Yoruba)

ÀKÍYÈSÍ: Tí o bá ń ṣọ Yorùbá (Yoruba), àwọn iṣẹ́àtìlẹyìn ´èdè ọ̀f̀ àti àwọn ìbánisọ̀rọ̀nínú àwọn ìgúnrégé, bí a àwọn àt ̀jáde ńlá, wà fún ọ. Pe 1-800-405-9681 (TTY: 711)

AVISO DE DISPONIBILIDAD DE SERVICIOS DE ASISTENCIA EN OTROS IDIOMAS Y AYUDAS Y SERVICIOS AUXILIARES

Kru- Bassa (Kru)

DYÉ-GBO-DÈ-Myi po-nyvù (Bassa) po-nyí, wu xwíníín-mú-zà-zà kè b céèdyè kò-kò , hwn-kà céè-dyè vse wí pkò nìà k1-800-405-9681. (TTY: 711)

Ibo (Ilbo)

GEE NTỊ: Ọ bụrụ na ị na-asụ asụsụ Igbo (Igbo), ọrụ enyemaka nkọwa asụsụ bụ n'efu yana inye nziritaozi n'ụdị ndị ọzọ dịịrị gị n'efu, dịka e ji nha mkpụrụedemede buru ibu dee ya. Kpọọ 1-800-405-9681. (TTY: 711)

မြန်မာ (Burmese)

သတိပြုရန်- သင်က မြန်မာဘာသာစကား ပြောဆိုပါက၊ အခမဲ့ ဘာသာစကားအကူအညီ ဝန်ဆောင်မှုများကို ရနိုင်ပါသည်။ အသုံးပြုနိုင်သော ဖော်မတ်များဖြင့် အချက်အလက်များ ဖော်ပြ ပေးရန် သင့်လျော်သော အရန်အကူအညီများနှင့် ဝန်ဆောင်မှု များကိုလည်း အခမဲ့ ရရှိနိုင်ပါသည်။ 1-800-405-9681 (TTY: 711) သို့ဖုန်းခေါ်ပါ သို့မဟုတ် သင်၏ ဆောင်ရွက်ပေးသူ နှင့် စကားပြောပါ။

Lus Hmoob (Hmong)

LUS CEEV TSHWJ XEEB: Yog hais tias koj hais Lus Hmoob muaj cov kev pab cuam txhais lus pub dawb rau koj. Cov kev pab thiab cov kev pab cuam ntxiv uas tsim nyog txhawm rau muab lus qhia paub ua cov hom ntaub ntawv uas tuaj yeem nkag cuag tau rau los kuj yeej tseem muaj pab dawb tsis xam tus nqi dab tsi ib yam nkaus. Hu rau 1-800-405-9681(TTY: 711) los sis sib tham nrog koj tus kws muab kev saib xyuas kho mob.

Nederlands (Dutch)

LET OP: als je Nederlands spreekt, zijn er gratis taalhulpdiensten voor je beschikbaar. Passende hulpmiddelen en diensten om informatie in toegankelijke formaten te verstrekken, zijn ook gratis beschikbaar. Bel 1-800-405-9681(tty: 711) of spreek met je provider.

Cushite- Oromo (Cushite)

XIYYEEFFANNOO: Yoo Afaan Oromoo (Oromo) kan dubbattan ta'e, tajaajilootni deeggarsa afaanii bilisaa fi waliin dubbiin bilisaa kan akka maxxansa gurguddaa afaan keessaniin ni jiraatu. 1-800-405-9681 (TTY 711) irratti bilbilaa.

ਪੰਜਾਬੀ (Panjabi)

ਧਿਆਨ ਦਿਓ: ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਪੰਜਾਬੀ ਬੋਲਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਮੁਫ਼ਤ ਭਾਸ਼ਾ ਸਹਾਇਤਾ ਸੇਵਾਵਾਂ ਉਪਲਬਧ ਹੁੰਦੀਆਂ ਹਨ। ਪਹੁੰਚਯੋਗ ਫਾਰਮੈਟਾਂ ਵਿੱਚ ਜਾਣਕਾਰੀ ਪ੍ਰਦਾਨ ਕਰਨ ਲਈ ਢੁਕਵੇਂ ਪੂਰਕ ਸਹਾਇਕ ਸਾਧਨ ਅਤੇ ਸੇਵਾਵਾਂ ਵੀ ਮੁਫ਼ਤ ਵਿੱਚ ਉਪਲਬਧ ਹੁੰਦੀਆਂ ਹਨ। 1-800-405-9681(TTY: 711) 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ ਜਾਂ ਆਪਣੇ ਪ੍ਰਦਾਤਾ ਨਾਲ ਗੱਲ ਕਰੋ।

नेपाली (Nepali)

सावधान: यदि तपाईं नेपाली भाषा बोल्नुहुन्छ भने तपाईंका लागि निःशुल्क भाषिक सहायता सेवाहरू उपलब्ध छन्। पहुँचयोग्य ढाँचाहरूमा जानकारी प्रदान गर्न उपयुक्त सहायता र सेवाहरू पनि निःशुल्क उपलब्ध छन्। 1-800-405-9681(TTY: 711) मा फोन गर्नुहोस् वा आफ्नो प्रदायकसँग कुरा गर्नुहोस्।

Bantu-Kirundi (Bantu)

ICITONDERWA: Nimba uvuga Ikirundi (Kirundi), seruvise zo kugufasha mu bijanye n'indimi n'uguhanahana amakuru mu bundi buryo, na canecane mu gukoresha indome nini, zirahari ku buntu. Hamagara kuri 1-800-405-9681 (TTY 711)