Provider Partners Health Plans

Resumen de Beneficios 2025

Provider Partners Illinois Advantage Plan (HMO I-SNP) (H3800-001)
Provider Partners Indiana Advantage Plan (HMO I-SNP) (H4444-001)
Provider Partners Maryland Advantage Plan (HMO I-SNP) (H8067-001)
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 que cubre Provider Partners Health Plans (HMO I-SNP) durante el año del plan: del 1 de enero de 2025 al 31 de diciembre de 2025. Este plan, Provider Partners Illinois Advantage Plan, Provider Partners Indiana Advantage Plan, Provider Partners Maryland Advantage Plan, Provider Partners Missouri Advantage Plan, Provider Partners North Carolina Advantage Plan, Provider Partners Pennsylvania Advantage Plan, Provider Partners Texas Advantage Plan (HMO I-SNP), es ofrecido por Provider Partners Health Plans. Siempre que encuentre las expresiones "nosotros", "para nosotros" o "nuestro o nuestra" en este Resumen de beneficios se refieren a Provider Partners Health Plans. Siempre que encuentre las expresiones "plan" o "nuestro plan", se refieren a Provider Partners Illinois Advantage Plan, Provider Partners Indiana Advantage Plan, Provider Partners Maryland Advantage Plan, Provider Partners Missouri Advantage Plan, Provider Partners North Carolina Advantage Plan, Provider Partners Pennsylvania Advantage Plan, Provider Partners Texas Advantage Plan (HMO I-SNP).

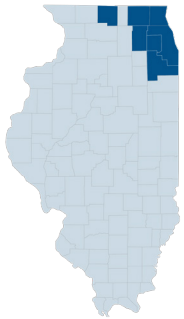
Provider Partners Health Plans (HMO I-SNP) es un plan para personas con necesidades especiales (SNP) de una Organización para el Mantenimiento de la Salud (HMO) que tiene un contrato con Medicare. La inscripción en Provider Partners Health Plans depende de la renovación del contrato.

Los beneficios, las primas, los copagos o los coseguros pueden cambiar el 1 de enero de cada año. Se pueden aplicar limitaciones, copagos y restricciones. La información proporcionada no es una descripción completa de los beneficios.

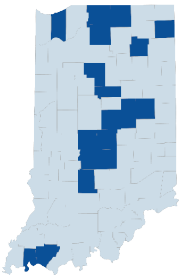
Encuentre una lista completa de beneficios en la Evidencia de Cobertura. Llame al Departamento de Servicio al Cliente al número 1-800-405-9681, o TTY 711 para recibir más información o visite nuestro sitio web en www.pphealthplan.com.

Para inscribirse en Provider Partners Health Plans (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 servicio. Este plan está disponible para toda persona con Medicare que alcance el nivel de cuidado de un centro de enfermería especializada (Skilled Nursing Facility SNF) y que resida en un asilo de convalecencia contratado. Usted debe continuar pagando su prima de la Parte B de Medicare.

Nuestra área de servicio incluye los siguientes condados de **Illinois (IL)**: Cook, DuPage, Kane, Lake,

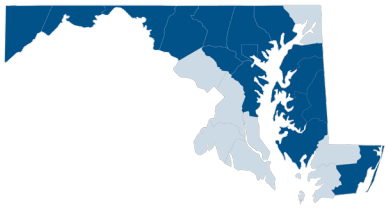


Nuestra área de servicio incluye los siguientes condados de **Indiana (IN)**: Cass, DeKalb, Delaware, Elkhart, Hamilton, Hendricks, Howard, Johnson, Madison, Marion, Marshall, Monroe, Morgan, Porter, St. Joseph, Vanderburgh, Warrick y Whitley.

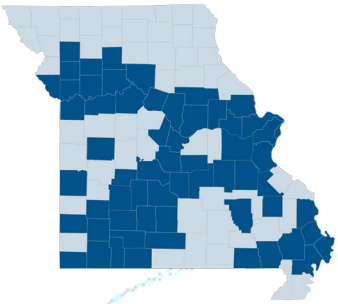


Y0135_ISNPSB2025_M

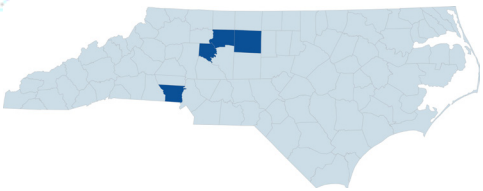
Nuestra área de servicio incluye los siguientes condados de **Maryland (MD)**: Allegany, Anne Arundel, Baltimore, Baltimore City, Caroline, Carroll, Dorchester, Frederick, Garrett, Harford, Howard, Kent, Queen Anne's, Talbot, Washington y Worcester.



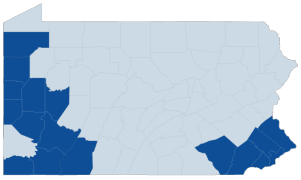
Nuestra área de servicio incluye los siguientes condados de **Missouri (MO)**: Audrain, Barry, Boone, Butler, Caldwell, Callaway, Camden, Cape Girardeau, Carroll, Cedar, Chariton, Christian, Clay, Clinton, Cole, Crawford, Dade, Dallas, DeKalb, Dent, Douglas, Franklin, Greene, Henry, Hickory, Howard,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



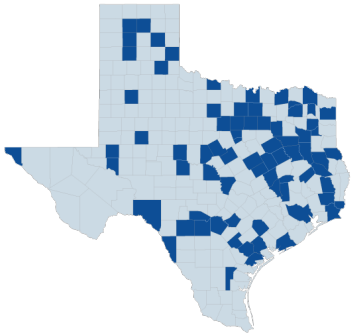
Nuestra área de servicio incluye los siguientes condados de **North Carolina (NC)**: Cabarrus, Davie, Forsyth, Gaston, Guilford y Lincoln.



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



Nuestra área de servicio incluye los siguientes condados de **Texas (TX)**: Anderson, Angelina, Bandera, Bexar, Brazos, Brown, Burnet, Cass, Chambers, Cherokee, Comanche, Concho, Cooke, Crane, Dallas, Delta, Denton, Ector, El Paso, Falls, Fannin, Fort Bend, Freestone, Goliad, Gregg, Grimes, Guadalupe, Hamilton, Harris, Henderson, Hood, Hopkins, Howard, Hutchinson, Jefferson, Jim Wells, Karnes, Kaufman, Lavaca, Limestone, Lubbock, Madison, Maverick, McLennan, Medina, Midland, Moore, Nacogdoches, Navarro, Orange, Palo Pinto, Parker, Potter, Randall, Red River, Refugio, Robertson, Rockwall, Runnels, San Saba, Shelby, Smith, Somervell, Tarrant, Titus, Tom Green, Tyler, Upshur, Uvalde, Val Verde, Victoria, Washington, Wichita, Williamson, Wise y Young.



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

Para obtener información sobre la cobertura y los costos de Medicare Original, consulte el manual actual "Medicare y Usted". El manual está disponible en Internet en www.medicare.gov o puede pedir una copia llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), los 7 días de la semana, las 24 horas del día. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Este documento está disponible en otros formatos, como braille o en letra grande.

Para obtener más información, llámenos al 1-800-405-9681 (los usuarios de TTY deben llamar al 711). El horario de atención es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana del 1 de octubre al 31 de marzo, y de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes, del 1 de abril al 30 de septiembre, o bien puede visitar www.pphealthplan.com.

Primas y beneficios	Provider Partners Health Plans HMO I-SNP
Prima mensual del plan *(incluye servicios médicos y medicamentos)*	Usted paga: **IL**: $22.80 **IN**: $49.60 **MD**: $46.30 **MO**: $51.00 **NC**: $51.20 **PA**: $48.40 **TX**: $18.30 Usted debe seguir pagando la prima de la Parte B de Medicare.
Deducible	Usted paga $257, excepto para la insulina que se administre mediante un artículo de equipo médico duradero. Consulte la sección sobre medicamentos con receta para pacientes ambulatorios para conocer el deducible de la Parte D.
Máximo de gastos de bolsillo *(no incluye medicamentos con receta de la Parte D)*	Usted no paga más de $9,350 al año Este es el máximo que paga por año en concepto de copagos, coseguros y otros costos por servicios médicos.
Servicios hospitalarios para pacientes hospitalizados	Deducible de $1,676 por cada período de beneficios. Días 1 a 60: $0 una vez que haya pagado el deducible de la Parte A. Días 61 a 90: $419 de copago cada día. Días 91 a 150: $838 de copago por día mientras utilice sus 60 días de reserva una vez en la vida. Después del día 150: Usted paga todos los costos. Pasados los días de reserva una vez en la vida. Usted paga todos los costos. Se aplica una autorización previa.
Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios	Usted paga el 20 % del costo total de los servicios con cobertura de Medicare. Se pueden aplicar autorizaciones previas.
Centro de cirugía ambulatoria (Ambulatory Surgery Center, ASC)	Usted paga el 20 % del costo total de los servicios con cobertura de Medicare. Se pueden aplicar autorizaciones previas.
Visitas al médico • Cuidado primario • Especialistas	 Usted paga el 20 % del costo total de los servicios con cobertura de Medicare Usted paga el 20 % del costo total de los servicios con cobertura de Medicare Se pueden aplicar autorizaciones previas.
Atención preventiva (por ej., vacuna contra la gripe, pruebas de detección de diabetes)	Usted no paga nada. Hay otros servicios preventivos disponibles. Hay algunos servicios cubiertos que tienen costo.

Primas y beneficios	Provider Partners Health Plans HMO I-SNP
Cuidado de emergencia	Usted paga el 20 % del costo total (hasta un máximo de $100) por consulta No se cobra el coseguro si es admitido en el mismo hospital dentro de las 24 horas por la misma condición.
Servicios requeridos de urgencia	Usted paga el 20 % del costo total (hasta un máximo de $45) por consulta
Servicios de Diagnóstico/ Laboratorios/Imágenes	
• Exámenes y procedimientos de diagnóstico	Usted paga el 20 % del costo total de los servicios con cobertura de Medicare Se pueden aplicar autorizaciones previas.
• Servicios de laboratorio	Usted paga el 20 % del costo total de los servicios con cobertura de Medicare
• Imágenes por resonancia magnética, tomografía por emisión de positrones, medicina nuclear	Usted paga el 20 % del costo total de los servicios con cobertura de Medicare Se pueden aplicar autorizaciones previas.
• Radiografías	Usted paga el 20 % del costo total de los servicios con cobertura de Medicare
Servicios para la audición	
• Examen de audición de rutina	Usted paga 0 % del total del costo para un examen de audición de rutina por año.
• Aparato auditivo complementario	**IL**: Nuestro plan paga hasta $2,000 cada 2 años para aparatos auditivos. El monto de $2,000 aplica a ambos oídos en forma combinada **IN**: Nuestro plan paga hasta $2,000 cada 2 años para aparatos auditivos. El monto de $2,000 aplica a ambos oídos en forma combinada **MD:** Nuestro plan paga hasta $2,000 cada 2 años para aparatos auditivos. El monto de $2,000 aplica a ambos oídos en forma combinada **MO**: Nuestro plan paga hasta $2,000 cada 2 años para aparatos auditivos. El monto de $2,000 aplica a ambos oídos en forma combinada **NC**: Nuestro plan paga hasta $2,000 cada 2 años para aparatos auditivos. El monto de $2,000 aplica a ambos oídos en forma combinada **PA**: Nuestro plan paga hasta $2,000 cada 2 años para aparatos auditivos. El monto de $2,000 aplica a ambos oídos en forma combinada **TX**: Nuestro plan paga hasta $1,000 cada 2 años para aparatos auditivos. El monto de $1,000 aplica a ambos oídos en forma combinada
• Servicios de audición cubiertos por Medicare	Usted paga el 20 % del costo total de los servicios con cobertura de Medicare Llame al Servicio al Cliente o consulte la Evidencia de Cobertura, capítulo 4, para obtener más información sobre el beneficio del examen de audición de rutina.
Servicios dentales	
• Servicios dentales complementarios preventivos y completos	**IL**: Usted paga un copago de $0 por una asignación anual combinada de $3,000. Una vez que se haya agotado la asignación anual de $3,000, usted es responsable de cualquier cargo remanente. **IN**: Usted paga un copago de $0 por una asignación anual combinada de $3,000. Una vez que se haya agotado la asignación anual de $3,000, usted es responsable de cualquier cargo remanente. **MD**: Usted paga un copago de $0 por una asignación anual combinada de $5,000. Una vez que se haya agotado la asignación anual de $5,000, usted es responsable de cualquier cargo remanente.

Primas y beneficios	Provider Partners Health Plans HMO I-SNP
Servicios dentales (continuación)	**MO**: Usted paga un copago de $0 por una asignación anual combinada de $3,500. Una vez que se haya agotado la asignación anual de $3,500, usted es responsable de cualquier cargo remanente. **NC**: Usted paga un copago de $0 por una asignación anual combinada de $5,000. Una vez que se haya agotado la asignación anual de $5,000, usted es responsable de cualquier cargo remanente. **PA**: Usted paga un copago de $0 por una asignación anual combinada de $3,000. Una vez que se haya agotado la asignación anual de $3,000, usted es responsable de cualquier cargo remanente. **TX**: Usted paga un copago de $0 por una asignación anual combinada de $5,000. Una vez que se haya agotado la asignación anual de $5,000, usted es responsable de cualquier cargo remanente.
• Servicios dentales con cobertura de Medicare	Usted paga el 20 % del costo total de los servicios con cobertura de Medicare Llame al Servicio al Cliente o consulte la Evidencia de Cobertura, capítulo 4, para obtener más información sobre el beneficio del examen dental de rutina.
Servicios para la vista	
• Examen de la vista de rutina	Usted paga 0 % del total del costo para un examen de la vista de rutina por año.
• Lentes y accesorios complementarios	**IL**: $300 de cobertura máxima del plan para lentes y accesorios de rutina por año. **IN**: $150 de cobertura máxima del plan para lentes y accesorios de rutina por año. **MD**: $300 de cobertura máxima del plan para lentes y accesorios de rutina por año. **MO**: $300 de cobertura máxima del plan para lentes y accesorios de rutina por año. **NC**: $300 de cobertura máxima del plan para lentes y accesorios de rutina por año. **PA**: $300 de cobertura máxima del plan para lentes y accesorios de rutina por año. **TX**: $150 de cobertura máxima del plan para lentes y accesorios de rutina por año.
• Exámenes de la vista con cobertura de Medicare	Usted paga el 20 % del costo total de los servicios con cobertura de Medicare.
• Lentes y accesorios cubiertos por Medicare	Usted paga el 20 % del costo total de lentes (cristales y marcos) o lentes de contacto con cobertura de Medicare luego de una cirugía de la catarata. Llame al Servicio al Cliente o consulte la Evidencia de Cobertura, capítulo 4, para obtener más información sobre el beneficio del examen de la vista de rutina.
Servicios de salud mental	Deducible de $1,676 por cada período de beneficios.
• Visita para pacientes hospitalizados	Días 1 a 60: $0 una vez que haya pagado el deducible de la Parte A. Días 61 a 90: $419 de copago cada día. Días 91 a 150: $838 de copago por día mientras utilice sus 60 días de reserva una vez en la vida. Después del día 150: Usted paga todos los costos. Pasados los días de reserva una vez en la vida: Usted paga todos los costos. Se aplica una autorización previa.
• Terapia de grupo para pacientes ambulatorios/visita de terapia individual	Usted paga el 20 % del costo total de los servicios con cobertura de Medicare Se pueden aplicar autorizaciones previas.

Primas y beneficios	Provider Partners Health Plans HMO I-SNP
Centro de enfermería especializada	Usted paga $0 por servicios en un centro de enfermería especializada. Se pueden aplicar autorizaciones previas.
Fisioterapia	Usted paga el 0% del costo total de los servicios con cobertura de Medicare. Se pueden aplicar autorizaciones previas.
Ambulancia	Usted paga el 20 % del costo total de cada viaje en una sola dirección en ambulancia con cobertura de Medicare
Transporte	**IL**: Usted paga $0 de copago por hasta 54 viajes en una sola dirección cada año para lugares relacionados con la salud, a través de un taxi, traslados compartidos, una camioneta o un transporte médico. **IN**: Usted paga $0 de copago por hasta 74 viajes en una sola dirección cada año para lugares relacionados con la salud, a través de un taxi, traslados compartidos, una camioneta o un transporte médico. **MD**: Usted paga $0 de copago por hasta 42 viajes en una sola dirección cada año para lugares relacionados con la salud, a través de un taxi, traslados compartidos, una camioneta o un transporte médico. **MO**: Usted paga $0 de copago por hasta 38 viajes en una sola dirección cada año para lugares relacionados con la salud, a través de un taxi, traslados compartidos, una camioneta o un transporte médico. Este beneficio les permite a los miembros estar acompañados por una asistencia médica si el miembro así lo decide. **NC**: Usted paga $0 de copago por hasta 48 viajes en una sola dirección cada año para lugares relacionados con la salud, a través de un taxi, traslados compartidos, una camioneta o un transporte médico. **PA**: Usted paga $0 de copago por hasta 38 viajes en una sola dirección cada año para lugares relacionados con la salud, a través de un taxi, traslados compartidos, una camioneta o un transporte médico. **TX**: Usted paga $0 de copago por hasta 18 viajes en una sola dirección cada año para lugares relacionados con la salud, a través de un taxi, traslados compartidos, una camioneta o un transporte médico. Llame a Servicio al Cliente o consulte la Evidencia de Cobertura, capítulo 4, para obtener más información sobre este beneficio de transporte.
Medicamentos de la Parte B de Medicare	Puede pagar entre el 0 % y el 20 % por los medicamentos de quimioterapia/radiación de la Parte B de Medicare y otros medicamentos de la Parte B de Medicare. Puede pagar entre un 0 % y un 20 % (con un máximo de $35) por la insulina al mes. Se pueden aplicar autorizaciones previas.

Primas y 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 los pies de rutina	**IL**: Usted paga un copago de $0 por hasta 5 visitas de rutina cada año **IN**: Usted paga un copago de $0 por hasta 6 visitas de rutina cada año **MD**: Usted paga un copago de $0 por hasta 4 visitas de rutina cada año **MO**: Usted paga un copago de $0 por hasta 6 visitas de rutina cada año **NC**: Usted paga un copago de $0 por hasta 6 visitas de rutina cada año **PA**: Usted paga un copago de $0 por hasta 4 visitas de rutina cada año **TX**: Usted paga un copago de $0 por hasta 6 visitas de rutina cada año
• Cuidado de los pies con cobertura de Medicare	Usted paga el 20 % del costo total de los servicios con cobertura de Medicare. Llame al Servicio al Cliente o consulte la Evidencia de Cobertura, capítulo 4, para obtener más información sobre el beneficio del examen de podiatría de rutina.
Beneficio de productos de venta sin receta (Over-the-Counter, OTC)	Limitado a una asignación cada trimestre para medicamentos específicos sin receta y otros productos relacionados con la salud que figuran en el catálogo de artículos de venta sin receta. **IL**: $230 de asignación cada trimestre **IN**: $75 de asignación cada trimestre **MD**: $100 de asignación cada trimestre **MO**: $120 de asignación cada trimestre **NC**: $210 de asignación cada trimestre **PA**: $95 de asignación cada trimestre **TX**: $50 de asignación cada trimestre Los artículos de venta sin receta solo pueden comprarse para el miembro y están limitados a un pedido cada trimestre. Todo beneficio sin usar vence al final de cada cuatrimestre y no se puede extender al cuatrimestre siguiente. Llame a Servicio al Cliente o consulte la Evidencia de Cobertura, capítulo 4, para obtener más información sobre el beneficio de medicamentos de venta sin receta.

Otro	
Beneficios complementarios especiales para personas con enfermedades crónicas - Beneficio de alimentos*	**IN**: Asignación mensual de $150 **TX** : Asignación mensual de $100 *Son beneficios complementarios especiales, no todos los miembros calificarán. Los miembros a los que se les haya diagnosticado una o más de las siguientes condiciones crónicas Y que cumplan determinados requisitos podrán ser elegibles para estos beneficios: trastornos cardiovasculares, insuficiencia cardíaca crónica, demencia, diabetes y condiciones de salud mental crónicas y que produzcan discapacidad. También es posible que otras condiciones le permitan ser elegible para estos beneficios. Los fondos están a su disposición mediante una tarjeta de débito prepagada de gastos restringidos** para utilizarla en los comercios adheridos. Los miembros pueden comprar alimentos saludables y comidas preparadas. Los fondos no utilizados no se transfieren al período siguiente. **La tarjeta prepagada Mastercard® &more Benefits la emite Avidia Bank, de conformidad con una licencia de Mastercard Inc. El uso de esta tarjeta está sujeto a los términos y condiciones del Contrato del titular de la tarjeta. Llame al Servicio al Cliente o consulte la Evidencia de Cobertura, capítulo 4, para obtener más información sobre el beneficio de alimentos.

Farmacia	Beneficios de medicamentos con receta	
Deducible	Usted paga $590	
	Suministro de 30 días para receta de farmacia minorista estándar	Orden por correo de suministro para 30 días
Cobertura inicial Nivel 1: Todos los medicamentos cubiertos de la Parte D	Usted paga el 25 % del costo total de los medicamentos Paga $35 por mes de suministro de cada producto de insulina cubierto en este nivel.	Usted paga el 25 % del costo total de los medicamentos Paga $35 por mes de suministro de cada producto de insulina cubierto en este nivel.
Nivel de vacuna	Usted paga $0 por vacunas contra la neumonía, la gripe, la hepatitis B y el 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 o alguien en su nombre paguen $2,000)* • Medicamentos genéricos • Medicamentos de marca	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: 785 Elkridge Landing Rd, Suite #300
Linthicum Heights, MD 21090
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**

SERVICIOS DE INTERPRETACIÓN EN OTROS

Form Approved
OMB# 0938-1421

English
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 1-800-405-9681. Someone who speaks English/ Language can help you. This is a free service.

Español (Spanish)
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 1-800-405-9681. Alguien que hable español le podrá ayudar. Este es un servicio gratuito.

(Chinese Mandarin) 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1-800-405-9681.我们的中文工作人员很乐意帮助您。这是一项免费服务。

(Chinese Cantonese) 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 1-800-405-9681。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 (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 1-800-405-9681. Maaari kayong tulungan ng isang nakakapagsalita ng Tagalog. Ito ay libreng serbisyo.

Français (French)
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 1-800-405-9681. Un interlocuteur parlant Français pourra vous aider. Ce service est gratuit.

Tiếng Việt (Vietnamese)
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 quí vị cần thông dịch viên xin gọi 1-800-405-9681 (TTY 711). sẽ có nhân viên nói tiếng Việt giúp đỡ quí vị. Đây là dịch vụ miễn phí.

(German) Unser kostenloser Dolmetscherservice beantwortet Ihren Fragen zu unserem Gesundheits- und Arzneimittelplan. Unsere Dolmetscher erreichen Sie unter 1-800-405-9681. Man wird Ihnen dort auf Deutsch weiterhelfen. Dieser Service ist kostenlos.

한국어 (Korean)
당사는 의료 보험 또는 약품 보험에 관한 질문에 답해 드리고자 무료 통역 서비스를 제공하고 있습니다. 통역 서비스를 이용하려면 전화 1-800-405-9681.번으로문의해주십시오. 한국어를하는담당자가 도와 드릴 것입니다. 이 서비스는 무료로 운영됩니다.

Русский (Russian)
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 1-800-405-9681.Вам окажет помощь сотрудник, который говорит по-русски. Данная услуга бесплатная.

العربية (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 1-800-405-9681. هذه خدمة مجانية. سيقوم شخص ما يتحدث العربية بمساعدتك.

(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 1-800-405-9681. पर फोन करें. कोई व्यक्ति जो हिन्दी बोलता है आपकी मदद कर सकता है. यह एक मुफ्त सेवा है.

(Italian) È disponibile un servizio di interpretariato gratuito per rispondere a eventuali domande sul nostro piano sanitario e farmaceutico. Per un interprete, contattare il numero 1-800-405-9681. Un nostro incaricato che parla Italianovi fornirà l'assistenza necessaria. È un servizio gratuito.

Português (Portugese)
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 1-800-405-9681. Irá encontrar alguém que fale o idioma Português para o ajudar. Este serviço é gratuito.

Kreyòl Ayisyen (French Creole)
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 1-800-405-9681. Yon moun ki pale Kreyòl kapab ede w. Sa a se yon sèvis ki gratis.

Polski (Polish)
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 1-800-405-9681. Ta usługa jest bezpłatna.

(Japanese) 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ございます。通訳をご用命になるには 1-800-405-9681.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。

Provider Partners Health Plans

Formulario CMS-10802 (vence el 12/31/25)
Provider Partners Health Plans
785 Elkridge Landing Road, Suite #300 | Linthicum Heights, MD 21090
1-800-405-9681 (TTY 711) | **www.pphealthplan.com**