

Provider Partners Illinois Advantage Plan (HMO I-SNP) (H3800-001)
Provider Partners Maryland Advantage Plan (HMO I-SNP) (H8067-001)
Provider Partners Missouri Advantage Plan (HMO I-SNP) (H9191-001)
Provider Partners Pennsylvania Advantage Plan (HMO I-SNP) (H4093-001)
Provider Partners Texas Advantage Plan (HMO I-SNP) (H4054-001)

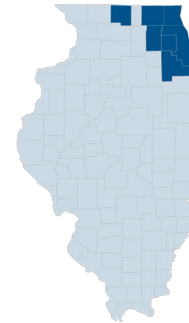
Este es un resumen de los servicios de salud y medicamentos que cubre Provider Partners Health Plans (HMO I-SNP) durante el año del plan: del 1 de enero de 2023 al 31 de diciembre de 2023. Este plan, Provider Partners Illinois Advantage Plan, Provider Partners Maryland Advantage Plan, Provider Partners Missouri 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", "nos", "nuestro" o "nuestra" en esta Evidencia de Cobertura, 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 Maryland Advantage Plan, Provider Partners Missouri 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.

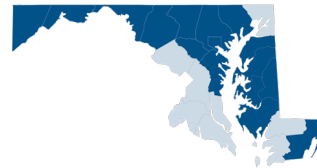
Es posible que los beneficios, la prima, los copagos o los coseguros sean modificados el 1 de enero de cada año. Se pueden aplicar limitaciones, copagos y restricciones. La información proporcionada no es una descripción completa de los beneficios. Encuentre una lista completa de beneficios en la Evidencia de Cobertura. Llame al 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 (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, McHenry, Will y Winnebago.

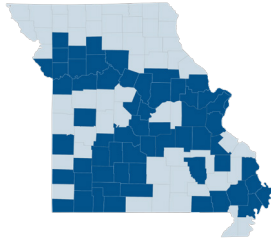


Nuestra área de servicio incluye los siguientes condados de Maryland (MD): Allegany, Anne Arundel, Baltimore, Baltimore City, Caroline, Carroll, Dorchester, Frederick, Garrett, Harford, Howard, Kent, Queen Anne's, Talbot, Washington y Worcester.

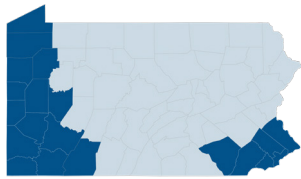


Nuestra área de servicio incluye los siguientes condados de Missouri (MO): Audrain, Barry, Boone, Butler, Caldwell, Callaway, Camden, Cape Girardeau, Carroll, Chariton, Christian, Clay, Clinton, Cole, Crawford, Dade, Dallas, DeKalb, Douglas, Franklin, Greene, Henry, Hickory, Howard, Jackson, Jasper, Jefferson, Laclede, Lafayette, Lawrence, Lincoln, Livingston, McDonald, Madison, Maries, 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.

Vernon, Warren, Washington, Webster y Wright.

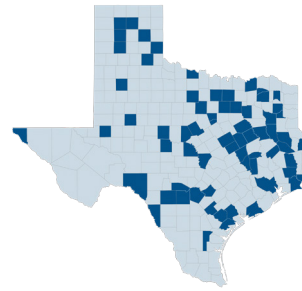


Nuestra área de servicio incluye los siguientes condados de Pennsylvania (PA): Allegheny, Armstrong, Beaver, Bucks, Butler, Chester, Crawford, Delaware, Erie, Fayette, Greene, Lancaster, Lawrence, Mercer, Montgomery, Philadelphia, Somerset, Venango, Washington y Westmoreland.



Nuestra área de servicio incluye los siguientes condados de Texas (TX): Anderson, Angelina, Bandera, Bexar, Brazos, Brown, Burnet, Cherokee, Collingsworth, Comanche, Concho, Dallas, Delta, Denton, Ector, El Paso, Falls, Fannin, Freestone, Goliad, Gray, Gregg, Grimes, Guadalupe, Hall, Hardin, Harris, Hood, Hopkins, Howard, Hutchinson, Jefferson, Jim Wells, Karnes, Kaufman, Limestone, Lubbock, Madison, Matagorda, Maverick, McLennan, Medina, Moore, Nacogdoches, Navarro, Orange, Palo Pinto, Potter, Randall, Refugio,

Robertson, Runnels, Sabine, San Saba, Smith, Somervell, Tarrant, Titus, Trinity, Tyler, Upshur, Uvalde, Val Verde, Victoria, Wichita, Wise y Young.



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

Para conocer la cobertura y los costos de Original Medicare consulte la versión más reciente del manual "Medicare y Usted". Puede verlo en Internet en es.medicare.gov o llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), los 7 días de la semana, las 24 horas del día, para obtener una copia. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

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

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 <i>(incluye servicios médicos y medicamentos)</i>	Usted paga: IL: \$27.40 MD: \$39.20 MO: \$36.30 PA: \$41.10 TX: \$25.00 Usted debe seguir pagando la prima de la Parte B de Medicare.
Deducible	Usted paga \$226. Consulte la sección sobre medicamentos con receta para pacientes ambulatorios para conocer el deducible de la Parte D.
Máximo de gastos de bolsillo <i>(no incluye medicamentos con receta de la Parte D)</i>	Usted no paga más de \$8,330 al año Este es el máximo que paga por año en concepto de copagos, coseguros y otros costos por servicios médicos.

Primas y beneficios

Provider Partners Health Plans HMO I-SNP

<p>Servicios hospitalarios para pacientes hospitalizados</p>	<p>Deducible de \$1,600 por cada período de beneficios. Días 1 a 60: \$0 de copago por cada período de beneficios. Días 61 a 90: \$400 de copago por día por cada período de beneficios. Día 91 en adelante: \$800 de copago por cada "día de reserva una vez en la vida" después del día 90 por cada período de beneficios (hasta 60 días en toda su vida). Pasados los días de reserva una vez en la vida: Usted paga todos los costos Se pueden aplicar autorizaciones previas.</p>
<p>Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios</p>	<p>Usted paga el 20 % del costo total de los servicios con cobertura de Medicare</p>
<p>Centro de cirugía ambulatoria (ASC)</p>	<p>Usted paga el 20 % del costo total de los servicios con cobertura de Medicare.</p>
<p>Visitas al médico</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cuidado primario • Especialistas 	<p>Usted paga el 20 % del costo total de los servicios con cobertura de Medicare</p> <p>Usted paga el 20 % del costo total de los servicios con cobertura de Medicare.</p>
<p>Cuidado preventivo (por ej., vacuna contra la gripe, pruebas de detección para la diabetes)</p>	<p>Usted no paga nada. Hay otros servicios preventivos disponibles. Hay algunos servicios cubiertos que tienen costo.</p>
<p>Cuidado de emergencia</p>	<p>Usted paga el 20 % del costo total (hasta un máximo de \$95) por consulta No se cobra el coseguro si es admitido en el mismo hospital dentro de las 24 horas por la misma condición.</p>
<p>Servicios requeridos de urgencia</p>	<p>Usted paga el 20 % del costo total (hasta un máximo de \$60) por consulta</p>
<p>Servicios de diagnóstico, análisis de laboratorio y estudios por imágenes</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pruebas y procedimientos de diagnóstico • Servicios de laboratorio • Imágenes por resonancia magnética, tomografía por emisión de positrones, medicina nuclear • Radiografías 	<p>Usted paga el 20 % del costo total de los servicios con cobertura de Medicare</p> <p>Usted paga el 20 % del costo total de los servicios con cobertura de Medicare</p> <p>Usted paga el 20 % del costo total de los servicios con cobertura de Medicare</p> <p>Usted paga el 20 % del costo total de los servicios con cobertura de Medicare</p> <p>Se pueden aplicar autorizaciones previas.</p>
<p>Servicios para la audición</p> <ul style="list-style-type: none"> • Examen de audición de rutina • Aparatos auditivos 	<p>Usted paga 0 % del total del costo para un examen de audición de rutina por año. Nuestro plan paga hasta \$1,000 cada 2 años para aparatos auditivos. El monto de \$1,000 aplica a ambos oídos en forma combinada</p> <p>Usted paga el 20 % del costo total de los servicios con cobertura de Medicare</p> <p>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.</p>

Primas y beneficios

Provider Partners Health Plans HMO I-SNP

<p>Servicios dentales</p> <ul style="list-style-type: none"> • Preventivo (como examen bucal y limpieza) • Servicios dentales integrales complementarios 	<p>Usted paga un copago de \$0 por servicios dentales integrales preventivos y complementarios. El beneficio anual es de \$1,500. Una vez que se haya agotado el máximo del beneficio anual de \$1,500, usted es responsable de cualquier cargo remanente.</p> <p>Usted paga el 20 % del costo total de los servicios con cobertura de Medicare</p> <p>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.</p>
<p>Servicios para la vista</p> <ul style="list-style-type: none"> • Exámenes de la vista con cobertura de Medicare • Lentes y accesorios cubiertos por Medicare • Examen de la vista de rutina • Lentes y accesorios complementarios 	<p>Usted paga 0 % del total del costo para un examen de la vista de rutina por año.</p> <p>\$150 de cobertura máxima del plan para lentes y accesorios de rutina por año</p> <p>Usted paga el 20 % del costo total de los servicios con cobertura de Medicare.</p> <p>Usted paga un 20 % del costo total de lentes (cristales y marcos) o lentes de contacto con cobertura de Medicare luego de una cirugía de cataratas.</p>
<p>Servicios de salud mental</p> <ul style="list-style-type: none"> • Visita para pacientes hospitalizados • Visita de terapia de grupo/ terapia individual para pacientes ambulatorios 	<p>Deducible de \$1,600 por cada período de beneficios.</p> <p>Días 1 a 60: \$0 de copago por cada período de beneficios.</p> <p>Días 61 a 90: \$400 de copago por día por cada período de beneficios.</p> <p>Día 91 en adelante: \$800 de copago por cada "día de reserva una vez en la vida" después del día 90 por cada período de beneficios (hasta 60 días en toda su vida).</p> <p>Pasados los días de reserva una vez en la vida: Usted paga todos los costos</p> <p>Se pueden aplicar autorizaciones previas.</p> <p>Usted paga el 20 % del costo total de los servicios con cobertura de Medicare.</p>
<p>Centro de enfermería especializada</p>	<p>Usted paga \$0 por servicios en un centro de enfermería especializada.</p> <p>Se pueden aplicar autorizaciones previas.</p>
<p>Fisioterapia</p>	<p>Usted paga el 0% del costo total de los servicios con cobertura de Medicare.</p> <p>Se pueden aplicar autorizaciones previas.</p>
<p>Ambulancia</p>	<p>Usted paga el 20 % del costo total de cada viaje en una sola dirección en ambulancia con cobertura de Medicare</p>
<p>Transporte</p>	<p>Usted paga \$0 de copago por hasta 28 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.</p>
<p>Medicamentos de la Parte B de Medicare</p>	<p>Usted paga el 20 % del costo total de los medicamentos de la Parte B con cobertura de Medicare.</p> <p>Para gastos facturados por más de \$1,500 se requiere autorización previa</p>

Otro

<p>Terapia del habla/ Terapia ocupacional</p>	<p>Usted paga el 0% del costo total de los servicios con cobertura de Medicare. Se pueden aplicar autorizaciones previas.</p>
<p>Cuidado de los pies (servicios de podiatría) • Cuidado de los pies de rutina</p> <p>• Cuidado de los pies con cobertura de Medicare</p>	<p>IL: Usted paga un copago de \$0 por hasta 5 visitas de rutina cada año MD: Usted paga un copago de \$0 por hasta 6 visitas de rutina cada año MO: Usted paga un copago de \$0 por hasta 6 visitas de rutina cada año PA: Usted paga un copago de \$0 por hasta 6 visitas de rutina cada año TX: Usted paga un copago de \$0 por hasta 6 visitas de rutina cada año</p> <p>Usted paga el 20 % del costo total de los servicios con cobertura de Medicare</p>
<p>Beneficio de productos de venta sin receta (OTC)</p>	<p>Limitado a una asignación por trimestre para medicamentos específicos de venta sin receta y otros productos relacionados con la salud, según se indique en el catálogo de artículos de venta sin receta.</p> <p>IL: \$50 de asignación cada trimestre MD: \$110 de asignación cada trimestre MO: \$65 de asignación cada trimestre PA: \$125 de asignación cada trimestre TX: \$60 de asignación cada trimestre</p> <p>Todo beneficio sin usar vence al final de cada trimestre y no se puede extender al trimestre 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</p>
<p>Beneficio complementario de Equipo médico duradero (DME) - Sillas de ruedas</p>	<p>Usted paga \$0 por una asignación de \$1,000 para sillas de ruedas cubiertas una vez cada 5 años.</p> <p>Se pueden aplicar autorizaciones previas.</p> <p>Llame a Servicio al Cliente o consulte la Evidencia de Cobertura, capítulo 4, para obtener más información sobre este beneficio.</p>

Beneficios de medicamentos con receta

Deducible	Usted paga \$505		
	Suministro de 30 días para receta de farmacia minorista	Suministro de 30 días para receta de farmacia minorista estándar	Pedido por correo Suministro de 31 días para
Cobertura inicial Nivel 1: Todos los medicamentos cubiertos de la Parte D	Usted paga el 25 % del costo total del medicamento	Usted paga el 25 % del costo total del medicamento	Usted paga el 25 % del costo total del medicamento
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 sin Cobertura	Usted paga el 25 % del costo total de los medicamentos genéricos o de marca.		
Etapa de cobertura de gastos médicos mayores <i>(después de que usted o alguien en su nombre paguen \$7,050)</i>			
• Medicamentos Genéricos	Usted paga \$4.15 o 5 % del costo total del medicamento (lo que cueste más)		
• Medicamentos de Marca	Usted paga \$10.35 o 5 % del costo total del medicamento (lo que cueste más)		

Mensaje importante sobre lo que paga por las vacunas - Nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas de la Parte D sin costo para usted incluso si no ha pagado su deducible. Para obtener más información, llame a Servicio al Cliente.

Mensaje importante sobre lo que paga por insulina - Usted no pagará más de \$35 por un suministro de un mes de cada producto de insulina cubierto por nuestro plan, sin importar en qué nivel de costo compartido esté, incluso si no ha pagado su deducible.

AVISO SOBRE NO DISCRIMINACIÓN

La discriminación está prohibida por la ley

Provider Partners Health Plans (PPHP) cumple con las leyes federales vigentes sobre derechos civiles y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, sexo (incluida la orientación sexual y la identidad de género), edad o discapacidad. Health Partners Medicare no excluye a las personas ni las trata de forma diferente debido a la raza, color, nacionalidad, sexo (incluida la orientación sexual y la identidad de género), edad o discapacidad.

Provider Partners Health Plans proporciona ayudas y servicios gratuitos a las personas con discapacidades para que se comuniquen con nosotros de manera eficaz, como:

- Intérpretes de lenguaje de señas calificados o servicios de TTY.
- Información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles y otros formatos)

Provider Partners Health Plans ofrece servicios gratuitos en otros idiomas a las personas cuya lengua materna no es el inglés, como:

- Intérpretes calificados
- Información escrita en otros idiomas

Si necesita estos servicios, comuníquese con el Servicio al Cliente al 1-800-405-9681 (los usuarios de TTY deben llamar al 711), en el horario 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.

Si usted cree que Provider Partners Health Plans no le prestó estos servicios o le discriminó de otro modo por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo (incluida la orientación sexual y la identidad de género), puede presentar una queja formal ante PPHP. Puede presentar una queja formal en persona, o bien, por teléfono, correo o correo electrónico:

Por correo: Provider Partners Health Plans
785 Elkridge Landing Rd, Suite #300
Linthicum Heights, MD 21090

Teléfono: 1-833-213-0636

Fax: (844) 570-7811

Correo electrónico: compliance@pphealthplan.com

Si necesita ayuda para presentar una queja formal, el Servicio al Cliente 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 bien, por correo o por teléfono a: U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue SW., Room 509F, HHH Building, Washington, DC 20201, 1-800 368-1019, 1-800-537-7697 (TDD).

Los formularios de queja están disponibles en <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

SERVICIOS DE INTERPRETACIÓN EN OTROS IDIOMAS

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 (TTY 711). 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 1-800-405-9681 (TTY 711). Alguien que hable español le podrá ayudar. Este es un servicio gratuito.

(Chinese Mandarin)

我們提供免們的翻們服們，們助們解答們于健康或們物保們的任何疑們。如們需要此翻們服們，們致們 1-800-405-9681 (TTY 711)。我們的中文工作人們很們意們助們。們是一們免們服們。

(Chinese Cantonese)

們對我們的健康或藥物保險可能存有疑問，們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 (TTY 711)。我們講中文的人員將樂意們提供幫助。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 (TTY 711). 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 (TTY 711). Un interlocuteur parlant Français pourra vous aider. Ce service est gratuit.

Tiếng Việt (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 1-800-405-9681 (TTY 711). 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 1-800-405-9681 (TTY 711). Man wird Ihnen dort auf Deutsch weiterhelfen. Dieser Service ist kostenlos.

한국어 (Korean)

당사는 의료 보험 또는 약품 보험에 관한 질문에 대해 드리고자 무료 통역 서비스를 제공하고 있습니다. 통역 서비스를 이용하려면 전화 1-800-405-9681 번으로 문의해 주십시오. 한국어를 하는 담당자가 도와 드릴 것입니다. 이 서비스는 무료로 운영됩니다.

Provider Partners Health Plans

785 Elkrigde Landing Road, Suite #300 | Linthicum Heights, MD
21090 1-800-405-9681 (TTY 711) | www.pphealthplan.com

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.

(Arabic) العربية

إننا نقدم خدمات المترجم الفوري المجانية لإجابة عن أي أسئلة تتعلق بالصحة أو جدول الأدوية لدينا. للحصول على مترجم فوري، ليس عليك سوى الاتصال بنا على 1-800-405-9681 (TTY 711). هذه خدمة مجانية. سيقوم شخص ما يتحدث العربية بمساعدتك.

(Hindi) हमारे स्यास्य या दवा की योजना के बारे में आपके ककसी भी

प्रश्न के जवाब देने के लिए हमारे पास मुफ्त दभाषिया सेवाएँ उपिब्ध हैँ एक दभाषिया प्राप्त करने के लिए, बस हमें 1-800-405-9681 (TTY 711). पर फोन करें. कोई व्यक्ति जो कहन्ी बोिता 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 (TTY 711). Un nostro incaricato che parla Italianovi fornirà l'assistenza necessaria. È un servizio gratuito.

Português (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 1-800-405-9681 (TTY 711). 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 (TTY 711). Yon moun ki pale Kreyòl kapab ede w. Sa a se yon sèvis ki gratis.

Polski (polaco)

Umożliwiamy bezpłatnie 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 (TTY 711). 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 1-800-405-9681 (TTY 711). にお電話ください。日本語を話す人 者が 援いたします。これは無料のサービスです。

**Provider
Partners**
Health Plans