



# Resumen de beneficios para 2023

## ProCare Advantage (HMO-POS I-SNP)

### H3467, Plan 001

**Este es un resumen de los medicamentos y servicios de salud cubiertos por ProCare Advantage (HMO-POS I-SNP) desde el 1 de enero de 2023 al 31 de diciembre de 2023.**

ProCare Advantage (HMO-POS I-SNP) es un El plan Medicare Advantage HMO-POS I-SNP (HMO significa Organización para el Mantenimiento de la Salud) (I-SNP significa Plan de Necesidades Especiales Institucionales) que tiene un contrato de Medicare. La inscripción en el plan depende de la renovación del contrato.

Esta información no es una descripción completa de beneficios. Para obtener más información, llame al 1-844-206-3719, los usuarios de TTY deben llamar al 711.

La información de beneficios proporcionada es un resumen de lo que nosotros cubrimos y de lo que usted paga. No menciona cada servicio que cubrimos ni cada limitación o exclusión. Para obtener una lista completa de los servicios que cubrimos, visite nuestro sitio web en [ProCareAdvantagePlan.com](https://ProCareAdvantagePlan.com) o llame a Servicios para los miembros y solicite la *Evidencia de cobertura*.

#### **Para comunicarse con nuestros representantes de Servicios para los miembros:**

- Llame gratis al 1-844-206-3719, los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 711.
- Atendemos de 8 a.m. a 8 p.m., los siete días de la semana (excepto en el Día de Acción de Gracias y en Navidad), desde el 1 de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes (excepto días feriados) desde el 1 de abril al 30 de septiembre.

#### **Para inscribirse en ProCare Advantage (HMO-POS I-SNP), es necesario que:**

- reúna los requisitos para la Parte A de Medicare
- -- y -- esté inscrito en la Parte B de Medicare
- -- y -- viva en nuestra área de servicio
- -- y -- viva en alguno de nuestros centros de cuidado por más de 90 días. El *Directorio de*

*proveedores* del plan tiene una lista de centros de cuidado participantes. Puede consultar esta lista en nuestro sitio web en [ProCareAdvantagePlan.com](http://ProCareAdvantagePlan.com) o llamar a Servicios para los miembros y solicitar que le enviemos una lista.

Nuestra área de servicio incluye estos condados en Texas: Bexar, Brazoria, Collin, Dallas, Denton, Fort Bend, Hardin, Harris, Jefferson, Orange, y Tarrant.

ProCare Advantage (HMO-POS I-SNP) tiene una red de médicos, hospitales, farmacias y otros proveedores que puede encontrar en nuestro sitio web en [ProCareAdvantagePlan.com](http://ProCareAdvantagePlan.com). Si utiliza los proveedores que no están en nuestra red, existe la posibilidad de que el plan no pague estos servicios.

Este documento está disponible de forma gratuita en español. (This document is available for free in English.)

Este documento está disponible en braille y en tamaño de letra grande.

Los proveedores fuera de la red/no contratados no están obligados a tratar a los miembros del plan, excepto en situaciones de emergencia. Llame a nuestro número de Servicios para los miembros o consulte su Evidencia de cobertura para obtener más información, incluyendo el costo compartido que se aplica a los servicios fuera de la red.

Si desea obtener más información sobre la cobertura y los costos de Original Medicare, consulte el manual vigente **“Medicare & You 2023 (Medicare y Usted 2023).”** Revíselo en línea en <http://www.medicare.gov> o solicite una copia llamando a 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.

	<b>ProCare Advantage (HMO-POS I-SNP)</b>
<b>Prima mensual del plan</b> ( <i>incluye tanto servicios médicos como medicamentos</i> )	\$25 Debe seguir pagando su prima de la Parte B de Medicare.
<b>Deducible</b>	El deducible de la Parte B era de \$233. Este es el monto de costo compartido para 2022 y puede cambiar para 2023. ProCare Advantage (HMO-POS I-SNP) proporcionará las tasas actualizadas en <a href="http://www.procareadvantageplan.com">www.procareadvantageplan.com</a> apenas se emitan.  Para el deducible de la Parte A, usted paga los montos de costo compartido de Original Medicare para 2023. Estos son los montos de costo compartido para 2022 y pueden cambiar para 2023. \$1,556 de deducible
<b>Monto máximo que paga de su bolsillo</b> (no incluye medicamentos con receta de la Parte D)	De proveedores de la red: \$8,300 De proveedores dentro la red y fuera de la red combinados: \$8,300
<b>Cobertura para pacientes internados en un hospital</b>	<b>Dentro de la red</b> Usted paga los montos de costo compartido de 2022 de Original Medicare. Estos son los montos de costo compartido para 2022 y pueden cambiar para 2023. El plan proporcionará las cuotas actualizadas en <a href="http://ProCareAdvantagePlan.com">ProCareAdvantagePlan.com</a> tan pronto como Medicare las dé a conocer. \$1,556 de deducible; \$0 de copago cada día por los días 1 al 60; \$389 de copago cada día por los días 61 al 90; \$778 de copago cada día por los días 91 al 150 (días de reserva de por vida). Se aplican los períodos de beneficios hospitalarios de Medicare.  El período de beneficio comienza el primer día como paciente con cobertura de Medicare internado en un hospital o en un centro de enfermería especializada. El período de beneficio termina cuando usted no ha estado internado en un hospital ni en un SNF durante 60 días consecutivos. Si va a un hospital (o SNF) después de que un período de beneficios ha finalizado, comienza un nuevo período. No hay límite para la cantidad de períodos de beneficios que puede tener un paciente. <i>Se requiere autorización previa.</i>

	<b>ProCare Advantage (HMO-POS I-SNP)</b>
<b>Cobertura hospitalaria para pacientes externos</b>  Servicios hospitalarios para pacientes externos  Servicios de observación hospitalaria para pacientes externos	<b>Dentro de la red</b> 20% de coseguro <i>Se requiere autorización previa.</i>  <b>Dentro de la red</b> 20% de coseguro por estadía <i>Se requiere autorización previa.</i>
<b>Centro quirúrgico para pacientes externos (Ambulatory Surgical Center, ASC)</b>	<b>Dentro de la red</b> 20% de coseguro <i>Se requiere autorización previa.</i>
<b>Consultas médicas</b>  Proveedores de atención primaria  Especialistas	<b>Dentro de la red</b> 0% - 20% de coseguro \$0 de copago para consultas de atención primaria en un centro de enfermería especializada (Skilled Nursing Facility, SNF). 20% de coseguro para consultas de atención primaria/consultas en el consultorio.  <b>Dentro de la red</b> 20% de coseguro Los miembros tienen una opción de punto de servicio para los servicios de médicos especialistas. "Punto de servicio" significa que usted puede usar proveedores fuera de la red del plan. <i>Se requiere una remisión.</i> <i>Se requiere autorización previa.</i>  <b>Fuera de la red</b> 20% de coseguro <i>Se requiere autorización previa.</i>
<b>Cuidado preventivo (por ejemplo, vacunas antigripales, exámenes para personas con diabetes)</b>	<b>Dentro de la red</b> Usted no paga nada.
<b>Atención de emergencia</b>	\$90 de copago El copago no se aplica si lo internan en un hospital dentro de 3 días.

	<b>ProCare Advantage (HMO-POS I-SNP)</b>
<b>Servicios de urgencia necesarios</b>	<p>20% de coseguro  Hasta un máximo de \$60 por consulta.  El coseguro no se aplica si lo internan en un hospital dentro de 3 días.</p>
<b>Servicios de diagnóstico, análisis de laboratorio/diagnóstico por imagen</b>  Pruebas y procedimientos de diagnóstico  Servicios de diagnóstico por imagen (ej., resonancias magnéticas [MRI], tomografías computarizadas [CAT Scan])  Servicios de laboratorio  Radiografías como paciente externo  Radiología terapéutica	<p><b>Dentro de la red</b>  20% de coseguro  <i>No se requiere autorización para servicios proporcionados en un centro de cuidados o consultorio del médico.</i></p> <p><b>Dentro de la red</b>  20% de coseguro  <i>Se requiere autorización para servicios de diagnóstico por imagen y terapéuticos en el centro de cuidados o consultorio del médico.</i></p> <p><b>Dentro de la red</b>  \$0 de copago  <i>No se requiere autorización para pruebas de laboratorio realizadas en cualquier centro con excepción de las que se usan para pruebas genéticas, las cuales sí requieren autorización.</i></p> <p><b>Dentro de la red</b>  20% de coseguro  <i>Las radiografías no requieren autorización cuando el servicio se presta en un centro de atención de enfermería o consultorio médico.</i></p> <p><b>Dentro de la red</b>  20% de coseguro  <i>Se requiere autorización previa.</i></p>

	<b>ProCare Advantage (HMO-POS I-SNP)</b>
<b>Servicios auditivos</b> Evaluación auditiva	<b>Dentro de la red</b> 20% de coseguro por cada servicio cubierto por Medicare.
<b>Servicios dentales</b> Servicios dentales cubiertos por Medicare.  <i>Beneficios complementarios</i> Servicios preventivos e integrales	<b>Dentro de la red</b> 20% de coseguro por cada servicio cubierto por Medicare. <i>Se requiere autorización previa solamente para los servicios dentales integrales cubiertos por Medicare.</i>  \$0 de copago  El plan proporciona \$400 máximo para los siguientes servicios dentales preventivos: exámenes orales, profilaxis (limpiezas), tratamientos con flúor y radiografías dentales.
<b>Atención de la vista</b>  Examen para diagnosticar y tratar enfermedades y afecciones de la vista  Para las personas con diabetes, se cubre una prueba de detección de retinopatía diabética por año.  Anteojos o lentes de contacto después de la cirugía de cataratas  Prueba de detección de glaucoma  <i>Beneficios complementarios</i> Examen de la vista de rutina  <b>Exámenes adicionales de rutina para anteojos o lentes de contacto</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Lentes de contacto</li> <li>○ Anteojos (lentes y marcos)</li> </ul>	<b>Dentro de la red</b> 20% de coseguro por cada servicio cubierto por Medicare.  <b>Dentro de la red</b> 20% de coseguro por cada servicio cubierto por Medicare.  <b>Dentro de la red</b> 20% de coseguro por cada servicio cubierto por Medicare.  <b>Dentro de la red</b> \$0 de copago por cada servicio cubierto por Medicare.  <b>Dentro de la red</b> \$0 de copago Se limita a 1 consulta cada año  Hasta \$100 de crédito combinado cada año.

	<b>ProCare Advantage (HMO-POS I-SNP)</b>
<b>Servicios de atención de la salud mental</b>  Consultas como paciente hospitalizado         Consulta para terapia grupal como paciente externo   Consulta para terapia individual como paciente externo	<p><b>Dentro de la red</b>  Usted paga los montos de costo compartido de 2022 de Original Medicare. Estos son los montos de costo compartido para 2022 y pueden cambiar para 2023. El plan proporcionará las cuotas actualizadas en <a href="http://ProCareAdvantagePlan.com">ProCareAdvantagePlan.com</a> tan pronto como Medicare las dé a conocer.  \$1,556 de deducible;  \$0 de copago cada día por los días 1 al 60;  \$389 de copago cada día por los días 61 al 90;  \$778 de copago cada día por los días 91 al 150 (días de reserva de por vida).  <i>Se requiere autorización previa.</i></p> <p><b>Dentro de la red</b>  20% de coseguro  <i>Se requiere autorización previa.</i></p> <p><b>Dentro de la red</b>  20% de coseguro  <i>Se requiere autorización previa.</i></p>
<b>Servicios en un centro de atención de enfermería especializada (Skilled Nursing Facility, SNF)</b>	<p><b>Dentro de la red</b>  Usted paga los montos de costo compartido de Original Medicare de 2023. Estos son los montos de costo compartido para 2022 y pueden cambiar para 2023. El plan proporcionará las tasas actualizadas en <a href="http://ProCareAdvantagePlan.com">ProCareAdvantagePlan.com</a> apenas se emitan por Medicare.  \$0 de copago cada día por los días 1 al 20 por cada estadía en un centro de atención de enfermería especializada cubierto por Medicare.  \$194.50 de copago cada día por los días 21 al 100 por cada estadía en un centro de atención de enfermería especializada cubierto por Medicare.  <i>Puede requerir autorización previa. Comuníquese con el plan para obtener detalles adicionales.</i></p>
<b>Fisioterapia</b>	<p><b>Dentro de la red</b>  20% de coseguro  <i>Puede requerir autorización previa. Comuníquese con el plan para obtener detalles adicionales.</i></p>

	<b>ProCare Advantage (HMO-POS I-SNP)</b>
<b>Servicios de ambulancia</b>  Ambulancia terrestre  Ambulancia aérea	<b>Dentro de la red</b> 20% de coseguro <i>Se requiere autorización previa para servicios cubiertos por Medicare que no sean de emergencia.</i>  <b>Dentro de la red</b> 20% de coseguro <i>Se requiere autorización previa para servicios cubiertos por Medicare que no sean de emergencia.</i>
<b>Servicios de transporte (que no sea de emergencia)</b>	<b>Dentro de la red</b> <u>Sin</u> cobertura
<b>Medicamentos con receta de la Parte B de Medicare</b>  Medicamentos para quimioterapia y radiación  Otros medicamentos de la Parte B	<b>Dentro de la red</b> 20% de coseguro <i>Para quimioterapia, se requiere autorización solamente para la aprobación inicial del medicamento.</i>  <b>Dentro de la red</b> 20% de coseguro <i>Se requiere autorización previa para ciertos medicamentos.</i>



	ProCare Advantage (HMO-POS I-SNP)	
Medicamentos con receta para pacientes externos		
	Costo compartido minorista estándar (dentro de la red) (suministro para hasta 30 días)	Costo compartido para atención a largo plazo (Long-term care, LTC) (suministro para hasta 31 días)
Deducible	\$505 para todos los medicamentos con receta de la Parte D.	
Costo compartido para medicamentos cubiertos	25% de coseguro	25% de coseguro
Período sin cobertura	Después de que sus costos totales de medicamentos (incluyendo lo que nuestro plan haya pagado y lo que usted pagó) alcancen \$4,660, usted no pagará más del 25% de coseguro para medicamentos genéricos o 25% de coseguro para medicamentos de marca, para cualquier nivel de medicamentos durante la etapa del período sin cobertura.	
Cobertura en situaciones catastróficas	Después de que los gastos anuales de su bolsillo (incluyendo los medicamentos comprados a través de su farmacia minorista y a través de pedidos por correo) alcancen \$7,400, usted pagará la mayor cantidad de: <ul style="list-style-type: none"><li>• 5% de coseguro, o bien,</li><li>• \$4.15 de copago para los medicamentos genéricos (incluidos los medicamentos de marca tratados como medicamentos genéricos) y \$10.35 de copago para todos los demás medicamentos.</li></ul>	

Costo-compartido basado en el punto de servicio (en tiendas minoristas, Long Term Care (LTC)), infusión a domicilio, si la farmacia está en nuestra red en una red estándar o cuando la receta es de corto plazo (suministro por 30 días) o de largo plazo (suministro de 90 días).

**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. Llame a Servicios para los miembros para obtener más información.

**Mensaje importante sobre lo que paga por la insulina:** no pagará más de \$35 por un suministro de un mes de cada producto de insulina cubierto por nuestro plan, sin importar en qué nivel de costo compartido se encuentre, incluso cuando no haya pagado su deducible.

## Beneficios Adicionales

	<b>ProCare Advantage (HMO-POS I-SNP)</b>
<b>Terapia ocupacional</b>	<p><b>Dentro de la red</b>  20% de coseguro  <i>Se requiere autorización previa.</i>  <i>Es posible que se requiera autorización previa. Comuníquese con el plan para obtener detalles adicionales.</i></p>
<p><b>Servicios de podiatría (Cuidado del pie)</b>  Examen y tratamiento del pie</p> <p><i>Beneficio complementario</i>  <b>Atención adicional de rutina para los pies</b></p>	<p><b>Dentro de la red</b>  20% de coseguro por cada servicio cubierto por Medicare.</p> <p><b>Dentro de la red</b>  \$0 de copago  Se limita a 4 consulta(s) cada año</p>

# Lista de verificación previa a la inscripción

## ProCare Advantage (HMO-POS I-SNP)

Antes de tomar una decisión de inscripción, es importante que entienda completamente nuestros beneficios y reglas. Si tiene alguna pregunta, puede llamar y hablar con un representante de servicio al cliente al 1-844-206-3719 (TTY 711).

### Comprensión de los beneficios

- ☐ La Evidencia de cobertura (Evidence of Coverage, EOC) proporciona una lista completa de toda la cobertura y todos los servicios. Importante revisar la cobertura del plan, los costos y los beneficios antes de que se inscriba. Visite [ProCareAdvantagePlan.com](http://ProCareAdvantagePlan.com) o llame al 1-844-206-3719 (TTY 711) para ver una copia de la EOC.
- ☐ Revise el directorio de proveedores (o pídaselo a su médico) para asegurarse de que los médicos a quienes consulte están dentro de la red. Si no aparecen en este documento, significa que es muy probable que tenga que elegir a otro médico.
- ☐ Revise el directorio de farmacias para asegurarse de que la farmacia que usa para obtener cualquier medicamento se encuentra dentro de la red. Si la farmacia no está en este documento, es muy probable que tenga que elegir otra farmacia para obtener sus medicamentos con receta.
- ☐ Revise el formulario para asegurarse de que sus medicamentos están cubiertos.

### Comprensión de las reglas importantes

- ☐ Además de la prima mensual del plan, debe seguir pagando su prima de la Parte B de Medicare. Por lo regular, esta prima se obtiene de su cheque del Seguro Social de cada mes.
- ☐ Los beneficios, las primas y/o los copagos/el coseguro podrían cambiar el 1 de enero de 2024.
- ☐ Excepto de cuando se trata de situaciones de emergencia, no cubrimos los servicios proporcionados por proveedores fuera de la red (médicos que no se encuentran en el directorio de proveedores).
- ☐ **Solamente para quienes están inscritos en planes I-SNP:** Este plan es un plan institucional de necesidades especiales (I-SNP). Su capacidad para inscribirse se basa en la verificación que, durante 90 días o más, usted ha tenido o bien, se espera que necesite el nivel de servicios proporcionados en un centro de enfermería especializada, un centro de enfermería, un centro de cuidado intermedio para personas con discapacidades intelectual y del desarrollo, un hospital o unidad de psiquiatría, un hospital o unidad de rehabilitación, un hospital de atención a largo plazo, un hospital de cama giratoria o un centro aprobado por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (Centers for Medicare and Medicaid Services, CMS) que proporcionen servicios semejantes a estos.
- ☐ **Solamente para quienes están inscritos en planes HMO-POS:** Nuestro plan le permite ver a proveedores fuera de nuestra red (no tienen contrato con nosotros). Sin embargo, pagaremos ciertos servicios cubiertos con los que el proveedor debe estar de acuerdo para darle tratamiento. Salvo cuando se trata de una situación de emergencia o de urgencia, los proveedores que no tienen contrato con nosotros pueden negar la atención.

# **Lista de verificación previa a la inscripción**

## **ProCare Advantage (HMO-POS I-SNP)**

ProCare Advantage es un plan HMO POS I-SNP que tiene contrato con Medicare. La inscripción en ProCare Advantage depende de la renovación del contrato.

Los proveedores que no se encuentran en nuestra red/que no tienen contrato con nosotros, no tienen obligación alguna de tratar a miembros de ProCare Advantage, salvo cuando se trate de situaciones de emergencia. Evidencia de cobertura para obtener más información, incluido el costo compartido que aplica a los servicios que se encuentran fuera de la red.

ProCare Advantage cumple con las leyes federales aplicables de los derechos civiles y no discrimina con base en la raza, el color, la nacionalidad de origen, la edad, la discapacidad o el sexo.

ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia Llame al 1-844-206-3719 (TTY 711).

CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 1- 844-206-3719 (TTY 711).

## Multi-Language Insert

### Multi-language Interpreter Services

**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 1-844-206-3719. Someone who speaks English/Language can help you. This is a free service.

**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 1-844-206-3719. 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 1-844-206-3719。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 1-844-206-3719。我們講中文的人員將樂意為您提供幫助。這是一項免費服務。

**Tagalog:** Mayroon kaming libreng serbisyo sa pagsasaling-wika upang masagot ang anumang mga katanungan ninyo hinggil sa aming planong pangkalusugan o panggagamot. Upang makakuha ng tagasaling-wika, tawagan lamang kami sa 1-844-206-3719. Maaari kayong tulungan ng isang nakakapagsalita ng Tagalog. Ito ay libreng serbisyo.

**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 1-844-206-3719. Un interlocuteur parlant Français pourra vous aider. Ce service est gratuit.

**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 quý vị cần thông dịch viên xin gọi 1-844-206-3719 sẽ có nhân viên nói tiếng Việt giúp đỡ quý vị. Đây là dịch vụ miễn phí.

**German:** Unser kostenloser Dolmetscherservice beantwortet Ihren Fragen zu unserem Gesundheits- und Arzneimittelplan. Unsere Dolmetscher erreichen Sie unter 1-844-206-3719. Man wird Ihnen dort auf Deutsch weiterhelfen. Dieser Service ist kostenlos.

**Korean:** 당사는 의료 보험 또는 약품 보험에 관한 질문에 답해 드리고자 무료 통역 서비스를 제공하고 있습니다. 통역 서비스를 이용하려면 전화 1-844-206-3719 번으로 문의해 주십시오. 한국어를 하는 담당자가 도와 드릴 것입니다. 이 서비스는 무료로 운영됩니다.

**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 1-844-206-3719. 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 سيقوم شخص ما يتحدث العربية 1-844-206-3719 على مترجم فوري، ليس عليك سوى الاتصال بنا على 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 1-844-206-3719 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 1-844-206-3719. Un nostro incaricato che parla Italianovi fornirà l'assistenza necessaria. È un servizio gratuito.

**Português:** 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 1-844-206-3719. Irá encontrar alguém que fale o idioma Português para o ajudar. Este serviço é gratuito.

**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 1-844-206-3719. Yon moun ki pale Kreyòl kapab ede w. Sa a se yon sèvis ki gratis.

**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 1-844-206-3719. 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。通訳をご用命になるには、1-844-206-3719 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。