



# Resumen de beneficios para 2024

## 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 2024 al 31 de diciembre de 2024.**

ProCare Advantage (HMO-POS I-SNP) es un plan Medicare Advantage HMO-POS I-SNP (HMO-POS en inglés significa Organización para el mantenimiento de la salud con punto de servicio) (I-SNP en inglés significa Plan institucional de necesidades especiales) que tiene un contrato con 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 enfermería participantes por más de 90 días. El *Directorio de proveedores* del plan tiene una lista de centros de enfermería 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 2024 (Medicare Y Usted 2024)**”. 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> )	\$28.40 Debe seguir pagando su prima de la Parte B de Medicare.
<b>Deducible</b>	El deducible de la Parte B es de \$240. Para el deducible de la Parte A, usted paga los montos de costo compartido de Original Medicare para 2024 para pacientes internados o de salud mental para consultas como paciente internado.  \$1,632 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: \$8,850 De proveedores dentro la red y fuera de la red combinados: \$8,850
<b>Cobertura para pacientes internados en un hospital</b>	Usted paga por los montos de costo compartido de Original Medicare de 2024.  \$1,632 de deducible; \$0 de copago cada día por los días 1 al 60; \$408 de copago cada día por los días 61 al 90; \$816 de copago cada día por los días 91 al 150 (días de reserva de por vida).  Se aplican los periodos de beneficios hospitalarios de Medicare.  El periodo de beneficio comienza el primer día como paciente con cobertura de Medicare internado en un hospital o en un centro de enfermería especializada. El periodo 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 periodo de beneficios ha finalizado, comienza un nuevo periodo. No hay límite para la cantidad de periodos de beneficios que puede tener un paciente.  <i>Se requiere autorización previa.</i>

	<b>ProCare Advantage (HMO-POS I-SNP)</b>
<p><b>Cobertura hospitalaria para pacientes externos</b></p> <p>Servicios hospitalarios para pacientes externos</p> <p>Servicios de observación hospitalaria para pacientes externos</p>	<p>20% de coseguro <i>Se requiere autorización previa.</i></p> <p>20% de coseguro por estadía <i>Se requiere autorización previa.</i></p>
<p><b>Centro quirúrgico para pacientes externos (Ambulatory Surgical Center, ASC)</b></p>	<p>20% de coseguro <i>Se requiere autorización previa.</i></p>
<p><b>Consultas médicas</b></p> <p>Proveedores de atención primaria</p> <p>Especialistas</p>	<p>0% - 20% de coseguro \$0 de copago para consultas de atención primaria en un centro de enfermería especializada (SNF). 20% de coseguro para consultas de atención primaria/consultas en el consultorio.</p> <p><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></p> <p><b>Fuera de la red</b> 20% de coseguro</p>
<p><b>Cuidado preventivo (por ejemplo, vacunas antigripales, pruebas de detección de diabetes)</b></p>	<p>Usted no paga nada.</p>
<p><b>Atención de emergencia</b></p>	<p>\$90 de copago El copago no se aplica si lo internan en un hospital dentro de un plazo de 3 días.</p>
<p><b>Servicios de urgencia necesarios</b></p>	<p>20% de coseguro Hasta un máximo de \$55 por consulta.</p>

	<b>ProCare Advantage (HMO-POS I-SNP)</b>
	El coseguro no se aplica si lo internan en un hospital dentro de un plazo de 3 días.
<b>Servicios de diagnóstico, análisis de laboratorio/diagnóstico por imagen</b>  Pruebas y procedimientos de diagnóstico  Servicios radiológicos de diagnóstico (ej., resonancias magnéticas [MRI], tomografías computarizadas [CAT Scan])  Servicios de laboratorio  Radiografías para pacientes externos  Radiología terapéutica	20% de coseguro <i>No se requiere autorización para servicios proporcionados en un centro de enfermería o en el consultorio del médico.</i>  20% de coseguro <i>Se requiere autorización para servicios radiológicos de diagnóstico y terapéuticos en un centro de enfermería o en el consultorio del médico.</i>  \$0 de copago <i>No se requiere autorización para servicios de laboratorio, con excepción de las pruebas genéticas, las cuales sí requieren autorización.</i>  20% de coseguro <i>Excepción de autorización: las radiografías no requieren autorización cuando el servicio se presta en un centro de enfermería o en el consultorio del médico. Todos los demás servicios radiológicos de diagnóstico y terapéuticos requieren autorización.</i>  20% de coseguro <i>Se requiere autorización previa.</i>
<b>Servicios auditivos</b>  Evaluación auditiva	20% de coseguro por cada servicio cubierto por Medicare
<b>Servicios dentales</b>  Servicios dentales cubiertos por Medicare  <i>Beneficios complementarios</i> Servicios dentales preventivos	20% de coseguro por cada servicio cubierto por Medicare <i>Se requiere autorización previa solamente para los servicios dentales integrales cubiertos por Medicare.</i>  1 examen (exámenes) oral(es) cada 6 meses; 1 limpieza(s) cada seis meses; 1 tratamiento con fluoruro cada año. Las limitaciones para radiografías dentales están incluidas en la <i>Evidencia de cobertura.</i>

	<p><b>ProCare Advantage (HMO-POS I-SNP)</b></p>
	<p>Todos los servicios deben ser proporcionados por <b>Liberty Dental</b>.</p> <p>Nuestro plan está asociado con Liberty Dental para proporcionarle sus beneficios dentales. Para encontrar un proveedor dentro de la red o para revisar las Pautas clínicas del plan de Liberty Dental, puede llamar a Servicios para los miembros al 1-866-544-1942 o buscar en línea el directorio de proveedores de Liberty Dental en <a href="http://libertydentalplan.com/procareadvantage">libertydentalplan.com/procareadvantage</a>. Si usted elige recibir atención de un proveedor fuera de la red, los servicios que reciba no estarán cubiertos. Es posible encontrar Limitaciones y exclusiones adicionales en la <i>Evidencia de cobertura</i>.</p>
<p><b>Atención de la vista</b></p> <p>Examen para diagnosticar y tratar enfermedades y afecciones de la vista</p> <p>Para las personas con diabetes, se cubre una prueba de detección de retinopatía diabética por año.</p> <p>Anteojos o lentes de contacto después de la cirugía de cataratas</p> <p>Prueba de detección de glaucoma</p> <p><i>Beneficios complementarios</i></p> <p>Examen de la vista de rutina</p> <p><b>Exámenes adicionales de rutina para anteojos o lentes de contacto</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Lentes de contacto</li> <li>○ Anteojos (lentes y marcos)</li> </ul>	<p>20% de coseguro por cada servicio cubierto por Medicare</p> <p>20% de coseguro por cada servicio cubierto por Medicare</p> <p>20% de coseguro por cada servicio cubierto por Medicare</p> <p>\$0 de copago por cada servicio cubierto por Medicare</p> <p>\$0 de copago Se limita a 1 consulta cada año</p> <p>Hasta \$175 de crédito combinado cada año.</p>

	<b>ProCare Advantage (HMO-POS I-SNP)</b>
<p><b>Servicios de atención de la salud mental</b></p> <p>Consultas como paciente hospitalizado</p> <p>Consulta de terapia grupal como paciente externo</p> <p>Consulta de terapia individual como paciente externo</p>	<p>Usted paga por los montos de costo compartido de Original Medicare de 2024.</p> <p>\$1,632 de deducible;  \$0 de copago cada día por los días 1 al 60;  \$408 de copago cada día por los días 61 al 90;  \$816 de copago cada día por los días 91 al 150 (días de reserva de por vida).</p> <p><i>Se requiere autorización previa.</i></p> <p>20% de coseguro  <i>Se requiere autorización previa.</i></p> <p>20% de coseguro  <i>Se requiere autorización previa.</i></p>
<p><b>Servicios en un centro de atención de enfermería especializada (Skilled Nursing Facility, SNF)</b></p>	<p>Usted paga por los montos de costo compartido de Original Medicare de 2024.</p> <p>\$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.  \$204 de copago cada día por los días 21 al 100 por cada estadía en un centro de atención de enfermería especializada cubierto por Medicare.</p> <p><i>Puede requerir autorización previa. Comuníquese con el plan para obtener detalles adicionales.</i></p>
<p><b>Fisioterapia</b></p>	<p>20% de coseguro  <i>Puede requerir autorización previa. Comuníquese con el plan para obtener detalles adicionales.</i></p>
<p><b>Servicios de ambulancia</b></p> <p>Ambulancia terrestre</p>	<p>20% de coseguro  <i>Se requiere autorización previa para servicios de Medicare que no sean de emergencia.</i></p>

	<b>ProCare Advantage (HMO-POS I-SNP)</b>
Ambulancia aérea	20% de coseguro <i>Se requiere autorización previa para servicios de Medicare que no sean de emergencia.</i>
<b>Servicios de transporte (que no sea de emergencia)</b>	<u>Sin</u> cobertura
<b>Medicamentos con receta de la Parte B de Medicare</b>	
Medicamentos para quimioterapia y radiación	0% - 20% de coseguro <i>Para quimioterapia, se requiere autorización solamente para la aprobación inicial del medicamento.</i>
Otros medicamentos de la Parte B	0% - 20% de coseguro <i>Se requiere autorización previa para ciertos medicamentos.</i>

	<b>ProCare Advantage (HMO-POS I-SNP)</b>	
<b>Medicamentos con receta para pacientes externos</b>		
	<b>Costo compartido estándar para minoristas</b> (dentro de la red) (para un suministro de hasta 30 días)	<b>Costo compartido para atención a largo plazo (LTC)</b> (para un suministro de hasta 31 días)
<b>Deducible</b>	\$545 por todos los medicamentos con receta de la Parte D.	
<b>Costo compartido para medicamentos cubiertos</b>	25% de coseguro	25% de coseguro
<b>Periodo sin cobertura</b>	Después de que los costos totales de sus medicamentos (incluido lo que nuestro plan haya pagado y lo que usted pagó) alcancen \$5,030, usted no pagará más del 25% de coseguro por medicamentos genéricos o 25% de coseguro por medicamentos de marca, para cualquier nivel de medicamentos durante la etapa del periodo sin cobertura.	
<b>Cobertura en situaciones catastróficas</b>	Después de que los costos anuales de los medicamentos que paga de su bolsillo (incluidos los medicamentos comprados a través de	

ProCare Advantage (HMO-POS I-SNP)		
<b>Medicamentos con receta para pacientes externos</b>		
	<b>Costo compartido estándar para minoristas</b> (dentro de la red) (para un suministro de hasta 30 días)	<b>Costo compartido para atención a largo plazo (LTC)</b> (para un suministro de hasta 31 días)
	su farmacia minorista y a través del pedido por correo) alcancen \$8,000, usted no pagará nada.	

El costo compartido puede variar según el punto de servicio (minoristas, atención a largo plazo (Long Term Care, LTC)), infusión en el hogar, si la farmacia está en nuestra red estándar, o si la receta es de corto plazo (suministro para 30 días) o de largo plazo (suministro para 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 para 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

ProCare Advantage (HMO-POS I-SNP)	
<b>Beneficio de servicios de apoyo a domicilio</b>	\$0 de copago Los miembros son elegibles para recibir hasta \$200 cada año en concepto de servicios de apoyo a domicilio. Este beneficio proporciona asistencia con tareas generales como mandados, limpieza ligera, acompañamiento a citas, asistencia tecnológica y arreglar citas.
<b>Terapia ocupacional</b>	20% de coseguro <i>Puede requerir autorización previa. Comuníquese con el plan para obtener detalles adicionales.</i>
<b>Beneficio de artículos de venta libre (Over-The-Counter, OTC)</b>	\$0 de copago Usted es elegible para \$20 de crédito cada mes para la compra de artículos de venta libre (Over-The-Counter, OTC) de salud y bienestar. Comuníquese con el plan para más información.

	<b>ProCare Advantage (HMO-POS I-SNP)</b>
	Los créditos no utilizados no se transfieren al siguiente periodo.
<b>Servicios de podiatría (Cuidado del pie)</b> Examen y tratamiento del pie  <i>Beneficio complementario</i> <b>Atención adicional de rutina para los pies</b>	20% de coseguro por cada servicio cubierto por Medicare  \$0 de copago Se limita a 4 consulta(s) cada año
<b>Medicamentos con receta en un hospicio</b>	5% de coseguro por hasta un máximo de \$5.  El costo compartido es el mismo para proveedores dentro de la red y para proveedores fuera de la red.
<b>Cuidado de relevo</b>	5% de coseguro  El costo compartido es el mismo para proveedores dentro de la red y para proveedores fuera de la red.

# Lista de verificación de preinscripción

ProCare Advantage (HMO-POS I-SNP)

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

## Comprender los beneficios

- La evidencia de cobertura (EOC) proporciona una lista completa de toda la cobertura y los servicios. Es importante revisar la cobertura, los costos y los beneficios del plan antes de inscribirse. 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 consulte con su médico) para asegurarse de que los médicos que consulta ahora estén en la red. Si no figuran en la lista, significa que probablemente tendrá que seleccionar un nuevo médico.
- Revise el directorio de farmacias para asegurarse de que la farmacia que utiliza para cualquier medicamento recetado esté en la red. Si la farmacia no figura en la lista, probablemente tendrá que seleccionar una nueva farmacia para sus recetas.
- Revise el formulario para asegurarse de que sus medicamentos estén cubiertos.

## Comprender las reglas importantes

- Efecto sobre la cobertura actual.** Su cobertura de atención médica actual finalizará una vez que comience su nueva cobertura de Medicare. Por ejemplo, si está en Tricare o en un plan de Medicare, ya no recibirá beneficios de ese plan una vez que comience su nueva cobertura.
- Además de la prima mensual de su plan, debe continuar pagando su prima de la Parte B de Medicare. Esta prima normalmente se descuenta de su cheque del Seguro Social cada mes.
- Los beneficios, primas o copagos/coseguros pueden cambiar el 1 de enero de 2025.
- Excepto en situaciones de emergencia o urgencia, no cubrimos servicios de proveedores fuera de la red (médicos que no figuran en el directorio de proveedores).
- Solo para afiliados a I-SNP:** Este plan es un plan institucional de necesidades especiales (I-SNP). Su aptitud para inscribirse se basará en la verificación de que usted, durante 90 días o más, ha tenido o se espera que necesite el nivel de servicios brindados en un centro de enfermería especializada, un centro de enfermería, un centro de atención intermedia para personas con discapacidad intelectual y del desarrollo, un hospital o unidad psiquiátricos, un hospital o unidad de rehabilitación, un hospital de atención a largo plazo, un hospital con camas multipropósito, o un centro aprobado por los CMS que proporcione servicios similares.
- Solo para afiliados a HMO-POS:** Nuestro plan le permite consultar proveedores fuera de nuestra red (proveedores no contratados). Sin embargo, si bien pagaremos por ciertos servicios cubiertos, el proveedor debe aceptar tratarlo. Excepto en una situación de emergencia o urgencia, los proveedores no contratados pueden negar la atención.

# Lista de verificación de preinscripción

ProCare Advantage (HMO-POS I-SNP)

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

Los proveedores fuera de la red o no contratados no tienen la obligación de tratar a los miembros de ProCare Advantage, excepto en situaciones de emergencia. Llame a nuestro número de servicio al cliente o consulte su evidencia de cobertura para obtener más información, incluido el costo compartido que se aplica a los servicios fuera de la red.

ProCare Advantage cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, origen nacional, edad, discapacidad o sexo.

**ATENCIÓN:** Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. 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 لإجابة 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 या दवा की योजनाक बारे म आपके ककसी भी प्रेकजवाब देक िकए हमारे पास मु दु भािकिया सेवाएँ उिप ह. एक दु भािकिया प्रा करनके िकए, बस हम 1-844-206-3719 पर फोन कर. कोई जो कही बोिंता है आपकी मदद कर सकता है. यह एक मु 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.

**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 1-844-206-3719. 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。