



## **Resumen de beneficios de 2024**

Plan Medicare Advantage con la Cobertura de Medicamentos Recetados de la Parte D

---

### **FHCP Medicare Flagler Advantage (HMO) H1035-016**

1/1/2024 al 12/31/2024

El área de servicio del plan incluye lo siguiente:

**Condado de St. Johns**

La información sobre beneficios que se proporciona es un resumen de lo que cubrimos y de lo que usted paga. Para obtener una lista completa de los servicios que cubrimos, llámenos y pregunte sobre la “**Evidencia de cobertura.**” También puede consultar la “Evidencia de cobertura” para este plan en nuestro sitio web, [www.fhcpmedicare.com](http://www.fhcpmedicare.com).

Si desea saber más acerca de la cobertura y costos de Original Medicare, consulte su Manual de *Medicare y Usted* 2024. Consúltelo en línea en [www.medicare.gov](http://www.medicare.gov) o consiga una copia llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

## ¿Quién puede inscribirse?

Para unirse, usted debe hacer lo siguiente:

- tener derecho a la Parte A de Medicare; y
- estar inscrito a la Parte B de Medicare y
- vivir dentro de **nuestra área de servicio.**

Nuestra área de cobertura incluye los siguientes **condados de Florida: St. Johns.**

## ¿Qué médicos, hospitales y farmacias puedo usar?

Tenemos una red de médicos, hospitales, farmacias y otros proveedores. Si utiliza proveedores que no están en nuestra red, el plan podría no pagar por estos servicios.

- Puede ver nuestro directorio de proveedores y farmacias del plan en nuestro sitio web ([www.fhcpmedicare.com](http://www.fhcpmedicare.com)). O llámenos y le enviaremos una copia de los directorios de proveedores y farmacias.

## ¿Tiene alguna pregunta? Llámenos

- **Si es miembro de este plan, llámenos al 1-833-866-6559, TTY: 1-800-955-8770.**
- **Si no es miembro de este plan, llámenos al 1-855-462-3427, TTY: 1-800-955-8770.**
  - o Nuestro horario de atención es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local, los siete días de la semana, desde el 1.º de octubre hasta el 31 de marzo, excepto el día de Acción de Gracias (Thanksgiving) y el día de Navidad.
  - o Desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre, nuestro horario de atención es de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local, excepto los días feriados principales.
- O visite nuestro sitio web en [www.fhcpmedicare.com](http://www.fhcpmedicare.com).

## Información importante

En este documento, verá los símbolos a continuación.

- \* Los servicios con este símbolo pueden requerir aprobación por adelantado (una derivación) de su médico de atención primaria (Primary Care Physician, PCP) para que el plan los cubra.
- ◇ Los servicios con este símbolo pueden requerir autorización previa del plan antes de recibirlos.

Si usted no obtiene una derivación o autorización previa cuando se requiere, es posible que deba pagar el costo total de los servicios. Comuníquese con su PCP o consulte la Evidencia de cobertura (Evidence of Coverage, EOC) para obtener más información sobre los servicios que requieren una derivación o autorización previa del plan.

## Prima mensual, deducible y límites

<b>Prima mensual del plan</b>	\$0 Debe continuar pagando la Parte B de Medicare.
<b>Deducible</b>	\$0 por año para los servicios de salud  \$0 por año para los medicamentos recetados de la Parte D.  No hay deducible para insulinas.
<b>Responsabilidad máxima de gastos a su cargo</b>	\$3,650 es lo máximo que paga por copagos, coseguros y otros costos por servicios médicos cubiertos por Medicare de proveedores dentro de la red durante el año.

## Beneficios médicos y hospitalarios

<b>Cobertura hospitalaria para pacientes hospitalizados *◇</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• \$215 de copago por día del día 1 al 5</li> <li>• \$0 de copago por día, después del día 5</li> </ul>
<b>Cobertura hospitalaria para pacientes ambulatorios *◇</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• \$150 de copago por consulta para servicios cubiertos por Medicare</li> <li>• \$150 de copago por estadía para servicios de observación cubiertos por Medicare</li> </ul>
<b>Servicios de un centro quirúrgico ambulatorio (Ambulatory Surgical Center, ASC) *◇</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• \$75 de copago por servicios de cirugía proporcionados en un centro quirúrgico ambulatorio</li> </ul>
<b>Visitas al médico</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• \$0 de copago por visita de atención primaria</li> <li>• \$15 de copago por visita al especialista *◇</li> </ul>

## Beneficios médicos y hospitalarios (continuación)

<b>Atención preventiva</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• \$0 de copago por los servicios cubiertos por Medicare <ul style="list-style-type: none"> <li>• Exámenes de detección de aneurisma de aorta abdominal</li> <li>• Visita anual de bienestar</li> <li>• Densitometría ósea</li> <li>• Exámenes de detección de cáncer de seno (mamografías)</li> <li>• Visita para disminución del riesgo de enfermedades</li> </ul> </li> </ul>
----------------------------	---

## Beneficios médicos y hospitalarios (continuación)

cardiovasculares (tratamiento de enfermedades cardiovasculares)

- Exámenes de detección de enfermedades cardiovasculares
- Exámenes de detección de cáncer de cuello uterino y vaginal
- Exámenes de detección de cáncer colorrectal
- Exámenes de detección de la depresión
- Examen de detección de la diabetes
- Servicios, suministros y capacitación para el automanejo de la diabetes
- Programas de educación para la salud y el bienestar
- Detección de la hepatitis C
- Pruebas de detección del VIH
- Vacunas
- Terapia nutricional médica
- Programa de prevención de la diabetes de Medicare (Medicare Diabetes Prevention Program, MDPP)
- Exámenes de detección de la obesidad y tratamiento para estimular la pérdida sostenida de peso
- Exámenes para la detección del cáncer de próstata
- Evaluación y orientación para disminuir el consumo excesivo de alcohol
- Exámenes de detección de cáncer de pulmón con tomografía computarizada de dosis baja (low dose computed tomography, LDCT)
- Exámenes para la detección de enfermedades venéreas y orientación para prevenirlas
- Cese del consumo de tabaco y del hábito de fumar (asesoramiento para dejar de fumar)
- Cuidados de la vista: detección del glaucoma
- Visita preventiva de "Bienvenida a Medicare"

---

### Atención de emergencia

#### Atención de emergencia cubierta por Medicare

- \$125 de copago por visita dentro o fuera de la red  
No se aplica este copago si es admitido en el hospital dentro de las 24 horas posteriores a una visita a la sala de emergencia por la misma afección.

#### Servicios de atención médica de emergencia a nivel internacional

- \$125 de copago por atención de emergencia a nivel internacional
  - \$25,000 de límite anual combinado para atención de emergencia a nivel internacional, servicios de urgencia necesarios a nivel internacional y servicios de ambulancia a nivel internacional
-

## Beneficios médicos y hospitalarios (continuación)

### Servicios de urgencia necesarios

#### Servicios que se necesitan con urgencia cubiertos por Medicare

Los servicios de urgencia necesarios se proporcionan para tratar una enfermedad, lesión o afección médica inesperada que no constituye una emergencia y que requiere atención médica inmediata.

- \$0 de copago por visita en un centro de atención de horario extendido de FHCP
- \$10 de copago en un centro de atención de urgencias, dentro o fuera de la red

#### Servicios de urgencia necesarios a nivel internacional

- \$10 de copago por servicios de urgencia necesarios a nivel internacional
- \$25,000 de límite anual combinado para atención de emergencia a nivel internacional, servicios de urgencia necesarios a nivel internacional y servicios de ambulancia a nivel internacional

---

### Servicios de diagnóstico/laboratorio/escáner \*◇

#### Servicios de laboratorio

- \$0 de copago

#### Radiografías

- \$10 de copago

#### Servicios radiológicos de diagnóstico

Incluye servicios como imágenes por resonancia magnética (MRI), tomografía por emisión de positrones (PET) y tomografía computarizada (CT).

- \$10 a \$175 de copago

#### Pruebas de diagnóstico y procedimientos

- \$0 a \$200 de copago

#### Radioterapia

- \$10 a \$50 de copago

---

### Servicios de la audición

#### Servicios de la audición cubiertos por Medicare\*

- \$45 de copago por exámenes cuyo fin sea diagnosticar y tratar problemas de audición y equilibrio

#### Servicios de la audición adicionales

- \$0 de copago por un examen auditivo de rutina por año
  - \$0 de copago evaluación y ajuste de audífonos
  - \$300 por oído. Usted paga un copago de \$0 para 2 audífonos como máximo por año, con un máximo beneficio de asignación de \$300 por oído.
  - NOTA: Para tener acceso al beneficio, debe comprar los audífonos a través de nuestro proveedor participante.
  - El miembro es responsable de cualquier monto después de que se haya aplicado el beneficio de asignación. Sujeto al máximo de
-

## Beneficios médicos y hospitalarios (continuación)

	beneficios.
<b>Servicios dentales</b>	<b>Servicios dentales cubiertos por Medicare</b> ◇ <ul style="list-style-type: none"><li>• \$20 de copago por atención dental que no es de rutina</li></ul> <b>Servicios dentales adicionales</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• \$0 de copago por servicios dentales preventivos cubiertos</li><li>• \$0 de copago por servicios dentales integrales cubiertos</li></ul>
<b>Servicios de la vista</b>	<b>Servicios de la vista cubiertos por Medicare</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• \$0 de copago por servicios de optometría cuyo fin sea diagnosticar y tratar enfermedades y afecciones de los ojos</li><li>• \$15 de copago por servicios de oftalmología cuyo fin sea diagnosticar y tratar de enfermedades y afecciones de los ojos</li><li>• \$0 de copago por pruebas de detección de glaucoma (una vez al año para los miembros con alto riesgo de glaucoma)</li><li>• \$0 de copago por un examen de la retina para diabéticos por año</li><li>• \$0 de copago por un par de anteojos o lentes de contacto después de cada cirugía de cataratas</li></ul> <b>Servicios de la vista adicionales</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• \$0 de copago por un examen de la vista de rutina anual</li><li>• El plan paga hasta \$180 cada 2 años para la compra de anteojos (lentes y marcos) en un optometrista participante</li></ul>
<b>Servicios de salud mental *◇</b>	<b>Servicios de salud mental para pacientes hospitalizados</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• \$215 de copago por día del día 1 al 5</li><li>• \$0 de copago por día del día 6 al 90</li><li>• Un máximo total de beneficios de por vida de 190 días en un hospital psiquiátrico</li></ul> <b>Servicios de salud mental para pacientes ambulatorios</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• \$15 de copago</li></ul>
<b>Centro de enfermería especializada (Skilled Nursing Facility, SNF) *◇</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• \$0 de copago por día desde el día 1 hasta el día 20</li><li>• \$150 de copago por día desde el día 21 hasta el día 100</li></ul> Nuestro plan cubre un máximo de 100 días en un centro de enfermería especializada (Skilled Nursing Facility, SNF) por período de beneficio. No es necesaria una hospitalización previa.
<b>Fisioterapia *◇</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• \$20 de copago por visita.</li></ul>
<b>Ambulancia ◇</b>	<b>Servicios de ambulancia cubiertos por Medicare</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• \$265 de copago por cada traslado cubierto por Medicare (un solo tramo)</li></ul> <b>Servicios de ambulancia a nivel internacional</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• \$265 copago por servicios de ambulancia de emergencia a nivel internacional</li><li>• \$25,000 de límite anual combinado para atención de emergencia a nivel internacional, servicios de urgencia necesarios a nivel internacional y servicios de ambulancia a nivel internacional</li></ul>
<b>Transporte</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Sin cobertura</li></ul>

## Beneficios médicos y hospitalarios (continuación)

### Medicamentos de la Parte B de Medicare ◇

- 0 % de coseguro por los siguientes medicamentos de la Parte B (albuterol, ipratropium, albuterol-ipratropium)
- Hasta 20 % de coseguro para medicamentos de quimioterapia, de infusión, y todos los demás medicamentos cubiertos por la Parte B
- 20 % hasta \$35 al mes para las insulinas a través de equipos médicos duraderos (Durable Medical Equipment, DME)

## Beneficios adicionales

### Suministros para la diabetes

### Suministros para control de la diabetes cubiertos por Medicare

- 20 % del costo total de 50 tiras reactivas/sensores
- 20 % del costo total de las lancetas
- 0 % del costo total del glucómetro

### Podología

### Servicios de podología cubiertos por Medicare

- \$15 de copago por cada visita a un podólogo cubierta por Medicare

### Quiropráctico

- \$20 de copago por cada visita quiropráctica cubierta por Medicare

### Equipos y suministros médicos ◇

- 20 % del costo por equipo médico duradero aprobado por el plan y cubierto por Medicare

## Beneficios adicionales (continuación)

### Terapia ocupacional y del habla para pacientes ambulatorios \*◇

- \$20 de copago por visita.

### Telesalud

### Telesalud a través del proveedor con contrato de FHCP Medicare:

- \$10 de copago por una visita al PCP
- \$30 de copago por una visita al psicólogo

### Visitas de telesalud con un proveedor del personal de FHCP:

- \$0 de copago por visita para el médico de atención primaria; el especialista; las sesiones de salud mental para pacientes ambulatorios y servicios psiquiátricos (solo sesiones individuales); los servicios del programa de tratamiento con opioides; la atención de abuso de sustancias para pacientes ambulatorios (solo sesiones individuales); servicios de nutricionistas y capacitación para el automanejo de la diabetes (a través del personal clínico de FHCP Medicare solo con cita previa)

## Beneficios adicionales (continuación)

---

### Artículos de venta libre

- Asignación trimestral de \$60 para la compra de artículos sin receta, como vitaminas y aspirina
- Cualquier saldo no utilizado para un trimestre no se transferirá al siguiente trimestre.

---

### Programa de acondicionamiento físico preferido

- Visitas ilimitadas gratuitas a los centros de acondicionamiento físico y gimnasios participantes en el área de servicio de FHCP Medicare

---

### Recompensas de FHCP Medicare

- Recompensas por completar ciertos exámenes médicos preventivos
-

## Beneficios de los medicamentos recetados de la Parte D

### Etapa de deducible

Este plan no tiene deducible. No hay deducible para insulinas.

### Etapa de Cobertura Inicial

Usted comienza a estar en esta etapa cuando obtiene su primer medicamento recetado del año. Durante esta etapa, el plan paga su parte del costo de sus medicamentos y usted paga su parte del costo.

Usted permanece en esta etapa hasta que su costo total de medicamentos del año (sus pagos más cualquier pago de la Parte D del plan) alcance los **\$5,030**. Puede obtener sus medicamentos en farmacias minoristas de la red y en farmacias con servicio de orden por correo.

<i>Consulte la Evidencia de cobertura para obtener más detalles.</i>	<b>Minorista preferido (suministro de 31 días)</b>	<b>Minorista estándar/LTC (suministro de 31 días)</b>	<b>Pedido por correo (suministro de 93 días)</b>
<b>Nivel 1 - Genéricos preferidos</b>	\$0 de copago	\$10 de copago	\$0 de copago
<b>Nivel 2 - Genéricos</b>	\$5 de copago	\$20 de copago	\$12 de copago
<b>Nivel 3 - Medicamentos de marca preferidos</b>	\$44 de copago \$35 de copago por insulinas	\$47 de copago \$35 de copago por insulinas	\$129 de copago \$105 de copago por insulinas
<b>Nivel 4 - Medicamentos no preferidos</b>	\$95 de copago \$35 de copago por insulinas	\$100 de copago \$35 de copago por insulinas	\$282 de copago \$105 de copago por insulinas
<b>Nivel 5 - Medicamentos especializados</b>	33 % de coseguro \$35 de copago por insulinas	33 % de coseguro \$35 de copago por insulinas	No es aplicable
<b>Nivel 6 - Vacunas (\$0 de costo compartido)</b>	\$0 de copago	\$0 de copago	No es aplicable

### Etapa de brecha en la cobertura

La mayoría de los planes de medicamentos de Medicare tienen una brecha en la cobertura (también llamado "donut hole"). Esto significa que hay un cambio temporal en lo que usted paga por sus medicamentos. La etapa de brecha en la cobertura comienza después de que los costos anuales totales de medicamentos (sus pagos más cualquier pago de la Parte D del plan) alcanzan los **\$5,030**. Puede permanecer en esta etapa hasta que los costos de su bolsillo del año a la fecha alcancen el total de **\$8,000**.

#### Durante la etapa de brecha en la cobertura

- Para medicamentos en el Nivel 1 (medicamentos genéricos preferidos) y Nivel 2 (medicamentos genéricos), paga los mismos copagos que en la etapa de cobertura inicial o el 25 % de los costos, lo que sea menor.
- Por los medicamentos genéricos en todos los demás niveles, usted paga el 25 % de los costos.
- Por los medicamentos de marca, usted paga el 25 % del costo (más una parte de la tarifa de suministro).
- Por las insulinas, usted no pagará más de \$35 de copago por un suministro de un mes de cada insulina.

### **Etapas de cobertura para eventos médicos catastróficos**

Después de alcanzar el límite anual de \$8,000 en costos de bolsillo por medicamentos, usted paga:

- \$0 de copago para todos los medicamentos de la Parte D en todos los niveles.

### **Cobertura adicional de medicamentos**

- Llámenos o consulte la "*Evidencia de cobertura*" del plan en nuestro sitio web ([www.fhcpmedicare.com](http://www.fhcpmedicare.com)) si busca información completa sobre los costos de sus medicamentos cubiertos. Si solicita una excepción del formulario y el plan aprueba dicha excepción, pagará el costo compartido del Nivel 4 (medicamentos no preferidos).
- Su costo compartido puede ser diferente si usa una farmacia de cuidado a largo plazo, una farmacia de infusión en casa o una farmacia fuera de la red, o si compra un suministro a largo plazo (hasta 93 días) de un medicamento.
- Nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas de la Parte D sin costo para usted, incluidas las vacunas contra el herpes zóster, el tétanos y las vacunas de viaje. Las vacunas sin costo se enumeran en el formulario de FHCP Medicare en el Nivel 6.

## **Descargos de responsabilidad**

FHCP Medicare es un plan HMO que tiene un contrato con Medicare. La inscripción en FHCP Medicare depende de la renovación del contrato.

Esta información no es una descripción completa de los beneficios. Llame a nuestro Centro de servicio al 1-855-462-3427 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-955-8770) para obtener más información.

La red de farmacias de FHCP Medicare incluye un número restringido de farmacias preferidas de menor costo en los condados de Brevard, Flagler, Seminole, St. Johns y Volusia, Florida. Es posible que los costos bajos que se ofrecen en estas farmacias y que se promocionaron en los materiales de nuestro plan no estén disponibles en la farmacia que usa. Para obtener información actualizada sobre las farmacias de nuestra red, incluso si hay farmacias preferidas de menor costo en su área, llame al 1-833-866-6559 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-955-8770) o consulte el directorio de farmacias en línea en [www.fhcpmedicare.com](http://www.fhcpmedicare.com).

La cobertura HMO se ofrece a través de Florida Blue Medicare, Inc., un licenciataria independiente de Blue Cross and Blue Shield Association, cuyo nombre comercial es FHCP Medicare.

Los planes pueden ofrecer beneficios complementarios además de los beneficios de la Parte C y la Parte D.

Cumplimos con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discriminamos por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. Visite [fhcpmedicare.com/ndnotice](https://fhcpmedicare.com/ndnotice) ENG para obtener información acerca de nuestros servicios gratuitos de asistencia lingüística.

Nosotros cumplimos con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discriminamos por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. Para información sobre nuestros servicios gratuitos de asistencia lingüística, visite [fhcpmedicare.com/ndnotice](https://fhcpmedicare.com/ndnotice) SPA.

## Servicios de intérprete en varios 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 1-833-866-6559. (TTY users should call 1-800-955-8770). 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 1-833-866-6559. (TTY: 1-800-955-8773). 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1-833-866-6559。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1-833-866-6559。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 panggamot. Upang makakuha ng tagasaling-wika, tawagan lamang kami sa 1-833-866-6559. 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 1-833-866-6559. 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 1-833-866-6559. 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 1-833-866-6559. 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 1-833-866-6559. 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 1-833-866-6559. 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 1-833-866-6559 على مترجم فوري، ليس عليك سوى الاتصال بنا على بمساعدتك. هذه خدمة مجانية شخص ما يتحدث العربية.

**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 1-833-866-6559 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 1-833-866-6559. Un nostro incaricato che parla Italiano fornirà l'assistenza necessaria. È un servizio gratuito.

**Portuguese:** 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 1-833-866-6559. 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 1-833-866-6559. 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 1-833-866-6559. 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、1-833-866-6559. 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。