RESUMEN DE BENEFICIOS DEL 2024

Presbyterian Dual Plus (HMO D-SNP)

H3204-013-004

Este es un resumen de los beneficios médicos y de medicamentos que cubre Presbyterian Dual Plus (HMO D-SNP) vigentes del 1° de enero del 2024 al 31° de diciembre del 2024. Este plan es un plan de necesidades especiales para las personas con elegibilidad doble [Dual Eligible Special Needs Plan, SNP], es decir, que tienen la cobertura de tanto el Programa Medicare como del Programa Medicaid. Lo que cubre el Programa Medicaid depende de sus ingresos, recursos y otros factores. Algunas personas reciben los beneficios completos del Programa Medicaid. Otras personas solo reciben ayuda para pagar algunos costos del Programa Medicare, los cuales pueden incluir las primas, los deducibles, el coseguro o los copagos.

Para inscribirse en Presbyterian Dual Plus (HMO D-SNP):

- Usted debe tener derecho a la Parte A de Medicare y estar inscrito en la Parte B de Medicare.
- Usted tiene que vivir en uno de estos condados de Nuevo México: **Bernalillo, Catron, Cibola, Colfax, DeBaca, Dona Ana, Eddy, Grant, Guadalupe, Harding, Hidalgo, Lea, Lincoln, Los Alamos, Luna, McKinley, Mora, Otero, Rio Arriba, Sandoval, San Miguel, Santa Fe, Sierra, Socorro, Taos, Torrance, Union, Valencia**.

(La continuación de los requisitos de inscripción se encuentra en la página siguiente)

Y0055_MPC082327_SPAN_Accepted_M_09112023

Usted tiene que calificar para una de las siguientes categorías del Programa Medicaid:

- **Beneficio adicional de beneficiario calificado de Medicare [Qualified Medicare Beneficiary Plus, QMB+]:** Usted recibe la cobertura de Medicaid para pagar los costos compartidos de Medicare y también es elegible para los beneficios completos de Medicaid. Medicaid paga sus primas de la Parte A y la Parte B, los deducibles y las cantidades de coseguro y copagos. Usted no paga nada, salvo los copagos de los medicamentos con receta de la Parte D.
- **Beneficiario calificado de Medicare [Qualified Medicare Beneficiary, QMB]:** Usted recibe la cobertura de Medicaid para cubrir los costos compartidos de Medicare, pero no es elegible para recibir los beneficios completos de Medicaid. Medicaid solo paga los deducibles, el coseguro, los copagos y las primas de la Parte A y la Parte B. Usted no paga nada, salvo los copagos de los medicamentos con receta de la Parte D.
- **Individuo calificado incapacitado que trabaja [Qualified Disabled and Working Individual, QDWI]:** Medicaid solo paga la prima de la Parte A. La oficina estatal de Medicaid no paga sus costos compartidos. Usted no tiene los beneficios completos de Medicaid. Tal vez haya algunos servicios por los cuales los asegurados no tienen que pagar costos compartidos.
- **Individuo calificado [Qualifying Individual, QI]:** Medicaid solo paga la prima de la Parte B. La oficina estatal de Medicaid no paga sus costos compartidos. Usted no tiene los beneficios completos de Medicaid. Usted paga las sumas de costos compartidos que se indican en el resumen de beneficios a continuación. Tal vez haya algunos servicios por los cuales los asegurados no tienen que pagar costos compartidos. La oficina estatal de Medicaid no paga sus costos compartidos. Usted no tiene los beneficios completos de Medicaid.
- **Beneficiario de Medicare Especificado de Bajos Ingresos [Specified Low-Income Medicare Beneficiary, SLMB+]:** Medicaid paga su prima de la Parte B y proporciona los beneficios completos de Medicaid. Usted es elegible para los beneficios completos de Medicaid. A veces también pudiera ser elegible para recibir ayuda limitada de su agencia estatal de Medicaid para pagar las cantidades de sus costos compartidos de Medicare. Por lo general, sus costos compartidos son el 0% si el servicio lo cubre tanto Medicare como Medicaid. A lo mejor habrán casos en los cuales tenga que pagar los costos compartidos si Medicaid no cubre un servicio o beneficio.
- **Beneficiario de Medicare con ingreso bajo especificado [Specified Low-Income Medicare Beneficiary, SLMB]:** Medicaid solo paga la prima de la Parte B.La oficina estatal de Medicaid no paga sus costos compartidos. Usted no tiene los beneficios completos de Medicaid. Tal vez haya algunos servicios por los cuales los asegurados no tienen que pagar costos compartidos.
- **Beneficios completos para personas con elegibilidad doble [Full Benefits Dual Elegible, FBDE]:** Tal vez Medicaid le ayude, de forma limitada, a pagar los costos compartidos de Medicare. Además Medicaid proporciona beneficios completos de Medicaid. Usted es elegible para recibir los beneficios completos de Medicaid. A veces a lo mejor usted también sea elegible para recibir ayuda limitada de la oficina estatal de Medicaid para pagar las sumas que le corresponden de los costos compartidos de Medicare. Por lo general, sus costos compartidos son el 0% si tanto Medicare como Medicaid cubren el servicio. A lo mejor, en algunos casos, usted tenga que pagar costos compartidos si un servicio o beneficio no lo cubre Medicaid.

RESUMEN DE BENEFICIOS

Presbyterian Dual Plus (HMO D-SNP)

Beneficios	Usted paga
Prima mensual del plan	**$0 - $35.60** Dependiendo de su nivel de Subsidio por Ingresos Bajos [Low Income Subsidy, LIS], puede ser que Medicare pague la prima de su plan.
Deducible	$226. Se le avisará si Medicare cambia esta cantidad en el 2024. $0 si está inscrito en Medicaid como beneficiario calificado de Medicare (QMB). $0 si está inscrito en Medicaid con los beneficios completos (no QMB). (Dependiendo de su nivel de ayuda por medio del Departamento de Servicios Humanos de Nuevo México.)
Gasto máximo del bolsillo anual	**$8,850** Esta es la cantidad más alta que usted pagará en un año calendario por los servicios médicos y hospitalarios. No incluye los medicamentos con receta.
Atención médica en el hospital para pacientes internados* Deducible Después del deducible • Días 1 – 60 • Días 61 – 90 • Día 91 en adelante	 $1,556 por cada período de beneficios Copago de $0 al día Copago de $389 al día Copago de $778 al día Se le avisará si Medicare cambia esta cantidad en el 2024.
Cirugía para pacientes ambulatorios*	Copago de $0 - coseguro del 20%
Consultas con un médico • Atención médica primaria • Especialistas • Video Visits	Copago de $0 - coseguro del 20%
Atención médica preventiva	Copago de $0

* Se exige la autorización previa.

RESUMEN DE BENEFICIOS

Presbyterian Dual Plus (HMO D-SNP)

Beneficios	Usted paga
Atención médica de emergencia *(No se tiene que pagar el copago si ingresa al hospital.)*	$0 - 20% hasta un copago máximo de $100
Servicios que se necesitan con urgencia	$0 - 20% hasta un copago máximo de $55
Servicios diagnósticos, de laboratorio y de toma de imágenes*	Copago de $0 - coseguro del 20%
Servicios de audición • Examen rutinario anual • Audífonos	 Copago de $0 Prestación máxima de $2,000 cada dos años
Servicios dentales rutinarios	Prestación máxima anual de $3,000 Se cubre la dentadura postiza cada cinco años
Servicios de la vista • Examen anual rutinario • Diagnósticos y tratamientos de enfermedades y problemas de los ojos • Anteojos o lentes de contacto después de la cirugía de cataratas	 Copago de $0 Copago de $0 - coseguro del 20% Copago de $0 - coseguro del 20%
Servicios de salud mental* • Consultas para pacientes internados • Sesiones de terapia en grupo para pacientes ambulatorios • Sesiones de terapia en individual	 Igual a la atención médica en el hospital para pacientes internados Copago de $0 - coseguro del 20% Copago de $0 - coseguro del 20%
Centro de enfermería especializada [Skilled Nursing Facility, SNF]* • Días 1 – 20 • Días 21 – 100 • Día 101 en adelante	 Copago de $0 al día Copago de $194.50 al día El 100% de los costos Se le avisará si Medicare cambia esta cantidad en el 2024.

* Se exige la autorización previa.

RESUMEN DE BENEFICIOS

Presbyterian Dual Plus (HMO D-SNP)

Beneficios	Usted paga
Servicios de rehabilitación • Rehabilitación cardíaca y pulmonar • Consultas de terapia ocupacional, física y del habla y lenguaje	Copago de $0 - coseguro del 20% Copago de $0 - coseguro del 20%
Ambulance	Copago de $0 - coseguro del 20%
Transporte	50 viajes de ida por año a consultas médicas, dentales y farmacéuticas con tal que se hayan aprobado.
Quimioterapia y medicamentos de la Parte B de Medicare	Copago de $0 - coseguro del 20%
Cuidados de los pies *(Los servicios de podología cubiertos por Medicare)* • Exámenes y tratamientos de los pies	Copago de $0 - coseguro del 20%
Equipos/suministros médicos* • Equipos médicos duraderos *(p.ej., sillas de ruedas, oxígeno)* • Protésicos	Copago de $0 - coseguro del 20%
Suministros y servicios para la diabetes • Tiras de pruebas, lancetas y medidores • Monitores de la glucosa continuo [CGM por sus siglas en inglés] - se limita la cobertura a los productos de Freestyle Libre	Copago de $0 Copago de $0 - coseguro del 20%
Servicios quiroprácticos • Para corregir la subluxación • Rutinario *(se limita a 25 consultas al año)*	Copago de $0 - coseguro del 20% Copago de $0
Atención médica en casa*	Copago de $0

* Se exige la autorización previa.

RESUMEN DE BENEFICIOS

Presbyterian Dual Plus (HMO D-SNP) Cobertura de medicamentos con receta

Deducible	Dependiendo de su nivel de Subsidio por Ingresos Bajos [Low Income Subsidy, LIS] – usted paga: $0 - $545 niveles 2 - 5
Cobertura inicial	Dependiendo de su nivel de Subsidio por Ingresos Bajos [Low Income Subsidy, LIS], usted paga los siguiente: Medicamentos genéricos (incluso los medicamentos de marca que se tratan como genéricos), ya sea • copago de $0; o • copago de $1.55; o • copago de $4.50 Por todos los otros medicamentos, ya sea • copago de $0; o • copago de $4.60; o • copago de $11.20 Usted puede conseguir sus medicamentos tanto por correo como en farmacias de venta al por menor de la red. Su plan tiene una farmacia de encargos por correo preferencial que ofrece ahorros por los suministros de 90 días. Si usted vive en un centro de atención médica a largo plazo, usted paga lo mismo que en las farmacias de venta al por menor. Usted puede conseguir medicamentos de una farmacia que no forme parte de la red al mismo costo que de una farmacia de la red. Su copago no será más de $35 por un suministro de 30 días de insulinas cubiertas.
Cobertura catastrófica	Una vez que los costos de sus gastos del bolsillo anual por medicamentos (incluso los medicamentos que compre tanto por correo como en farmacias de venta al por menor) alcancen $8,000, usted ya no pagará nada por todos sus medicamentos.

RESUMEN DE BENEFICIOS

Presbyterian Dual Plus (HMO D-SNP)

Beneficios suplementarios	Beneficio
Comidas Se entregan a su domicilio un máximo de 20 comidas	• Usted paga el copago de $0. • Se entregarán a su domicilio un máximo de 20 comidas después de una estancia en el hospital. • Este programa se ha elaborado exclusivamente para mantenerle sano y fuerte cuando se esté recuperando de una estancia en el hospital como paciente internado. • El beneficio de comidas está a su disposición en las cuatro (4) semanas justo después de una estancia en el hospital. • Este beneficio se ofrece mediante el programa Meals on Wheels.
Tarjeta de débito para medicamentos de venta libre [Over-the-Counter, OTC] (Prestación de $315 cada trimestre / Prestación de $1,260 cada año)	• Usted recibe una tarjeta de débito para medicamentos de venta libre que se puede utilizar para comprar medicamentos de venta libre y artículos relacionados con la salud. • Se carga la tarjeta de débito de OTC con **$315 cada trimestre**. • Todo saldo sin usar se transfiere de un mes a otro hasta el final del año. • Puede usar la tarjeta de débito de OTC en Walgreens, Walmart, CVS, Dollar General y otras tiendas de la red. • Además tiene la opción de encargarlos en línea o por teléfono de un catálogo.
Prestación para anteojos	Usted recibirá un subsidio de $275 al año.
Programas de bienestar	Se incluye el programa SilverSneakers®. Este programa de acondicionamiento físico le ayuda a vivir una vida más sana y más activa con conexión social y acondicionamiento físico. Este beneficio de acondicionamiento físico está disponible en línea y en los locales participantes. La membresía incluye las clases en grupo de acondicionamiento físico de SilverSneakers guiadas por un instructor. Las clases varían de un local a otro y se pueden buscar si visita **www.silversneakers.com**.

RESUMEN DE BENEFICIOS

La buena audición ayuda a mantenerle bien conectado e involucrado en los momentos especiales de la vida. Por eso ofrecemos una solución de atención de audisción completa con TruHearing®.

Los audífonos pueden ser caros (un precio promedio de $2,000 por cada audífono), pero con este beneficio de audición, tratar la pérdida de audición es más económico. Puede ahorrar hasta más si combina su prestación de $2,000 para los audífonos con los precios rebajados de TruHearing.

Ejemplo de ahorros (por cada par):

Producto de muestra	Precio promedio en las tiendas	Precio de TruHearing	Prestación	Usted paga
TruHearing Standard	$3,438	$1,590	$2,000	$0
Signia® 2AX	$4,300	$1,990	$2,000	$0
Widex Moment® Sheer™ 110	$3,524	$1,790	$2,000	$0
Starkey Evolv® AI 1000	$3,600	$1,930	$2,000	$0
Resound Key™ 4	$3,440	$1,990	$2,000	$0

Los precios y los productos están sujetos a cambios. Para más información, visite ***TruHearing.com/GetStarted****.*

Se tienen que hacer todos los exámenes y compras de audífonos por medio de TruHearing.

Llame a TruHearing para más información y para programar una cita.
1-833-759-6823 | TTY 711 | 8 a .m .- 8 p .m ., de lunes a viernes

Subsidio por bajos ingresos y otros programas de ahorros de Medicare/Medicaid

Si califica para el subsidio por bajos ingresos [Low-Income Subsidy, LIS], se elimina el lapso sin cobertura (que se conoce como "donut hole" en inglés) de su cobertura de medicamentos recetados. Además, tal vez pague copagos reducidos por sus medicamentos de la Parte D. Los que califiquen para el programa Extra Help [ayuda adicional] a lo mejor también califiquen para los programas de ahorros de Medicare que ayudan a pagar las primas de la Parte A y/o la Parte B. Los programas de Medicaid también pudieran reducir sus copagos, dependiendo del nivel para el cual califique.

Averigüe si califica para recibir ayuda

- 1-800-Medicare (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los siete días de la semana (TTY 1-877-486-2048).
- Seguro Social, 1-800-772-1213 de 8 a.m. a 7 p.m., de lunes a viernes para hablar con un representante (TTY 1-800-325-0778). Los mensajes automatizados están disponibles las 24 horas del día.
- Departamento de Servicios Humanos del Estado de Nuevo México, 1-888-997-2583 (TTY 1-855-227-5485).

1° de enero al 31° de diciembre del 2024

RESUMEN DE BENEFICIOS DE LOS PROGRAMAS MEDICARE/MEDICAID DE NUEVO MÉXICO

Su programa Medicaid estatal se llama Centennial Care.

Una persona quien tenga derecho tanto al Programa Medicare como a la asistencia médica de un plan de Programa Medicaid estatal se considera ser elegible dual. Como beneficiario elegible dual sus servicios los paga primero el Programa Medicare y luego el Programa Medicaid.

Cobertura de beneficios

Centennial Care ofrece un conjunto completo de servicios que incluye la salud de comportamiento, la salud física y el apoyo y los servicios de atención médica a largo plazo [long-term care services and supports, LTSS]. Los asegurados que califiquen para un nivel de atención médica en un centro de servicios de enfermería [Nursing Facility Level of Care, NF LOC] pueden obtener acceso a LTSS mediante los servicios del beneficio en la comunidad [Community Benefit, CB] (p. ej., servicios basados en la casa y la comunidad) sin puesto de exención. El beneficio en la comunidad está a su disposición mediante los servicios del Programa de Beneficios Comunitarios basados en Agencias [Agency-Based Community Benefit, ABCB] (servicios que presta una agencia proveedora) y los servicios del Programa de Beneficios Comunitarios Auto- Dirigidos [Self-Directed Community Benefit SDCB] (servicios que controla y dirige un participante). Las personas menores de 21 años de edad quienes estén inscritos en el Programa Medicaid o en el Programa de Seguro Médico para Niños [Children's Health Insurance Program, CHIP] reciben servicios de pruebas periódicas y anticipadas de detección, diagnósticos y tratamiento [Early and Periodic Screening, Diagnosis and Treatment, EPSDT].

Actualmente, conforme a Centennial Care, la mayoría de los adultos quienes están inscritos en la categoría de expansión del Programa Medicaid reciben servicios mediante un Plan Alternativo de Beneficios [Alternative Benefit Plan, ABP]. El ABP es un conjunto completo de beneficios que cubre todos los servicios que se definen en a la Ley de Cuidado de Salud a Bajo Precio y de Protección de Pacientes [Patient Protection and Affordable Care Act, ACA] como "beneficios de salud esenciales," además de servicios dentales para adultos. Centennial Care 2.0 propone elaborar de nuevo el ABP en un solo conjunto completo de beneficios para adultos que cubriría tanto la categoría de expansión del programa Medicaid como los adultos que tienen la cobertura del Programa Medicaid conforme a la categoría de Padres/Cuidadores. El estado propone agregar un beneficio de la vista limitado al ABP y exentar de los servicios EPSDT a las personas de 19 a 20 años de edad quienes estén cubiertos conforme a las categorías de Padres/Cuidadores o de expansión de adultos. Los adultos que se consideran "medicamente delicados" están exentos del ABP y pudieran recibir el conjunto de beneficios ordinario del Programa Medicaid, incluso acceso a los servicios del beneficio en la comunidad y atención en un centro de servicios de enfermería para las personas quienes cumplan los criterios de NF LOC. Si usted actualmente tiene derecho a recibir beneficios completos del Programa Medicaid, consulte su manual de asegurado de Medicaid u otros documentos estatales de Medicaid para obtener los detalles completos sobre los beneficios de Medicaid, así como las limitaciones, restricciones y exclusiones.

RESUMEN DE BENEFICIOS

Si desea informarse más a fondo sobre los planes de Presbyterian Medicare Advantage, favor de llamarnos a los números teléfono que se indican a continuación o visítenos en **www.phs.org/medicare**.

Asesores de Presbyterian Dual Plus
(505) 923-5264 o 1-866-757-5264 (TTY 711)

Centro de Servicio al Cliente de Presbyterian (para los asegurados)
(505) 923-7675 o 1-855-465-7737 (TTY 711)

Horario: De las 8:00 de la mañana a las 8:00 de la noche, los siete días de la semana del 1° de octubre al 31° de marzo, y de lunes a viernes (salvo los días feriados) del 1° de abril al 30 de septiembre.

Usted puede consultar la guía de proveedores de servicios médicos y farmacias en nuestro sitio web, **www.phs.org/medicare** y luego seleccione **Provider Directory [Guía de Proveedores de Atención Médica]** del panel de **Resources [Recursos]**.

Si desea informarse sobre la cobertura y los costos del Plan Original de Medicare, consulte su guía actual de **Medicare & You** [Usted y Medicare]. La puede consultar en línea en **www.medicare.gov** o puede pedir una copia si llama al 1-800-MEDICARE (1- 800-633-4227), las 24 horas del día, los siete días de la semana. Las personas que utilizan la línea telefónica TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Para informarse sobre cómo salvaguardamos la información protegida sobre su salud [Protected Health Information] y sus derechos, llámenos al (505) 923-7675 o 1-855-465- 7737 (TTY 711) o visite el sitio web, **www.phs.org/medicare** y seleccione **Privacy [Privacidad]** al pie de la página.

Los proveedores de servicios médicos que no forman parte de la red o no que estén contratados por el plan no están bajo ninguna obligación de tratar a los asegurados de Presbyterian Dual Plus (HMO D-SNP), salvo en situaciones de emergencia. Favor de llamar al número local de nuestro Centro de Servicio al Cliente de Presbyterian (servicio al cliente) o consulte su Evidencia de Cobertura si desea conseguir más información, incluso los costos compartidos que le corresponden pagar por los servicios que se reciban fuera de la red.

Si desea conseguir una lista completa de los beneficios y servicios que cubrimos, favor de comunicarse con el plan o de consultar la Evidencia de Cobertura. Usted puede bajar fácilmente una copia de la Evidencia de Cobertura en nuestro sitio web, **www.phs.org/medicare**, y seleccione **Forms, Plan Information, Policies [Formularios, información del plan y políticas]** del panel de **Resources [Recursos]**. Además puede pedir una copia.

Presbyterian Dual Plus es un HMO Special Needs Plan (SNP) [plan de necesidades especiales de la Organización para el Mantenimiento de la Salud] que tiene contrato con el Programa Medicare y contrato con el Programa Medicaid del Departamento Estatal de Servicios Humanos de Nuevo México. La inscripción en Presbyterian Dual Plus (HMO D-SNP) depende de la renovación del contrato.

Basado en la revisión del modelo de atención médica, el Comité Nacional de Control de Calidad [National Committee for Quality Assurance, NCQA] ha aprobado a Presbyterian Dual Plus (HMO D-SNP) para operar un plan de necesidades especiales [Special Needs Plan, SNP] hasta el 2025.

NOTAS

NOTAS

NOTAS

Presbyterian cumple las leyes de derechos civiles y no discrimina por motivos de estatus protegido, incluso entre otros, raza, color, origen nacional, edad, discapacidad u orientación sexual o expresión de género. Si necesita ayuda lingüística, están a su disposición dichos servicios sin costo alguno. Llame al (505) 923-5420, 1-855-592-7737 (TTY: 711).

ATENCIÓN: Si usted prefiere hablar en español, están a su disposición servicios gratuitos de ayuda lingüística. Llame al (505) 923-5420, 1-855-592-7737 (TTY: 711).

Díí baa akó nínízin: Díí saad bee yáníłti'go Diné Bizaad, saad bee áká'ánída'áwo'dę́ę́', t'áá jiik'eh, éí ná hółǫ́, kojį' hódíílnih (505) 923-5420, 1-855-592-7737 (TTY: 711).

Para más información, visite **https://www.phs.org/pages/nondiscrimination.aspx.**

Encarte multilingüe

Servicios de intérpretes multilingües

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 1-855-592-7737 (TTY: 711). 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 1-855-592-7737 (TTY: 711). Alguien que hable español le podrá ayudar. Este es un servicio gratuito.

Navajo/Diné: Díí ats'íís dóó azee' bínda'í díłkidgo, Dinék'ehjí yadałti'iigi ła' bich'į' hadíídzih. Béésh bee hane'é t'áá jíík'e be' hódíílnih 1-855-592-7737 (TTY: 711).

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 1-855-592-7737 (TTY: 711)。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 1-855-592-7737 (TTY: 711)。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 1-855-592-7737 (TTY: 711). 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 1-855-592-7737 (TTY: 711). 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 quí vị cần thông dịch viên xin gọi 1-855-592-7737 (TTY: 711) sẽ có nhân viên nói tiếng Việt giúp đỡ quí vị. Đây là dịch vụ miễn phí.

German: Unser kostenloser Dolmetscherservice beantwortet Ihren Fragen zu unserem Gesundheits- und Arzneimittelplan. Unsere Dolmetscher erreichen Sie unter 1-855-592-7737 (TTY: 711). 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 1-855-592-7737 (TTY: 711) 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 1-855-592-7737 (TTY: 711). 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 على مترجم فوري، ليس عليك سوى الاتصال بنا على 1-855-592-7737 (TTY: 711). سيقوم شخص ما يتحدث العربية 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 1-855-592-7737 (TTY: 711) 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 1-855-592-7737 (TTY: 711). Un nostro incaricato che parla Italianovi 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 1-855-592-7737 (TTY: 711). 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 1-855-592-7737 (TTY: 711). 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 1-855-592-7737 (TTY: 711). Ta usługa jest bezpłatna.

Japanese: 当社の健康 健康保険と薬品 処方薬プランに関するご質問にお答えするために、無料の通訳サービスがありますございます。通訳をご用命になるには、1-855-592-7737 (TTY: 711) 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。

PRESBYTERIAN
Health Plan, Inc.