



# RESUMEN DE BENEFICIOS DEL 2025

Presbyterian UltraFlex  
(HMO-POS) y  
Presbyterian Senior  
Care (HMO)  
Plan 2 con Rx

Este es un resumen de los beneficios médicos y de medicamentos que cubren Presbyterian UltraFlex (HMO-POS) y Presbyterian Senior Care (HMO) Plan 2, vigentes del 1° de enero del 2025 al 31° de diciembre del 2025.

## Para inscribirse en Presbyterian UltraFlex (HMO-POS):

- Debe tener derecho a la Parte A de Medicare y estar inscrito en la Parte B de Medicare.
- Tiene que vivir en uno de estos condados de Nuevo México: Bernalillo, Cíbola, Curry, Doña Ana, Lincoln, Río Arriba, Sandoval, Santa Fe, Socorro, Torrance, Valencia o Quay.

Este plan cubre los servicios de proveedores de atención médica de la red y, en algunos casos, los servicios de proveedores fuera de la red, con tal que los servicios sean beneficios cubiertos y sean médicamente necesarios. Si opta por recibir atención médica de proveedores fuera de la red, es probable que los gastos de su bolsillo sean más altos.

## Para inscribirse en Presbyterian Senior Care (HMO) Plan 2

- Debe tener derecho a la Parte A de Medicare y estar inscrito en la Parte B de Medicare
- Tiene que vivir en uno de estos condados de Nuevo México: Bernalillo, Cíbola, Río Arriba, Sandoval, Santa Fe, Socorro, Torrance o Valencia.

Este plan tiene una red de médicos, hospitales, farmacias y otros proveedores de atención médica. Si consulta a proveedores de servicios médicos que no forman parte de nuestra red, a lo mejor el plan no pague dichos servicios.

# RESUMEN DE BENEFICIOS

	UltraFlex		Plan 2 con Rx
	Usted paga en la red	Usted paga fuera de la red	Usted paga
<b>Prima mensual del plan</b> (Además, tiene que seguir pagando su prima de la Parte B de Medicare.)	\$0		\$0
<b>Deducible</b>	\$0	\$0	\$0
<b>Responsabilidad del gasto de bolsillo máximo anual</b> (No incluye los medicamentos de la Parte D.)	<b>\$5,700</b>	<b>\$8,950</b> Combina lo de la red y fuera de la red	<b>\$5,000</b>
<b>Atención médica en el hospital para pacientes internados*</b> (por cada ingreso) • Días: 1 – 5 • Días adicionales	\$450 al día \$0	No se cubre	\$375 al día \$0
<b>Cobertura hospitalaria para pacientes ambulatorios y centro de cirugía ambulatoria*</b>	\$350	No se cubre	\$300
<b>Consultas con un médico</b> (no se necesita un referido) • Atención médica primaria • Especialistas • Consultas de telesalud (consultas por vídeo, teléfono o en línea para atención médica primaria, especializada y urgente)	\$0 \$45 \$0	\$45 \$75 No se cubre	\$0 \$30 \$0
<b>Atención médica preventiva y exámenes físicos rutinarios</b>	\$0	\$75	\$0
<b>Atención médica de emergencia</b> (por todo el mundo) (No se tiene que pagar si ingresa al hospital en las siguientes 24 horas.)	\$125	\$125	\$125
<b>Servicios que se necesitan con urgencia</b> • En la red • Fuera de la red • Fuera de los Estados Unidos	\$30 NA \$125	NA \$55 \$125	\$20 \$55 \$125
<b>Servicios diagnósticos, de laboratorio y de toma de imágenes</b> • Pruebas y procedimientos diagnósticos • Servicios de laboratorio • Ecografías IRM [MRI por sus siglas en inglés], TAC [CAT por sus siglas en inglés] • Radiografías	\$0 \$0 \$350 \$30	\$75 \$75 No se cubre \$75	\$0 \$0 \$275 \$30

# RESUMEN DE BENEFICIOS

	UltraFlex		Plan 2 con Rx
	Usted paga en la red	Usted paga fuera de la red	Usted paga
<b>Servicios de audición</b> <i>(no se cuenta con respecto a la responsabilidad del gasto de bolsillo máximo)</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>Examen de audición</li> <li>Audífonos (de TruHearing®)</li> </ul>	\$0 \$499 - \$999	No se cubre NA	\$0 \$499 - \$999
<b>Servicios dentales</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Servicios dentales que cubre Medicare</li> <li>Servicios dentales básicos</li> <li>Servicios dentales completos</li> </ul> <b>\$25.90/prima mensual</b>	\$55 \$0 0%-50% coseguro por servicios	No se cubre No se cubre No se cubre	\$50 \$0 0%-50% coseguro por servicios
<b>Servicios de la vista</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Examen rutinario anual</li> <li>Diagnóstico/tratamiento de las enfermedades y los problemas de los ojos</li> <li>Anteojos o lentes de contacto después de la cirugía de cataratas</li> <li>Anteojos o lentes de contacto</li> </ul>	\$0 \$10 20% Se incluye en los dólares de su tarjeta de Flex	No se cubre No se cubre No se cubre Se incluye en los dólares de su tarjeta de Flex	\$0 \$5 20% \$265 es la prestación
<b>Servicios de salud mental</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Sesiones de terapia en grupo para pacientes ambulatorios</li> <li>Sesiones de terapia individual para pacientes ambulatorios (incluso sesiones virtuales)</li> </ul>	\$0 \$0	\$75 \$75	\$0 \$0
<b>Centro de enfermería especializada [Skilled Nursing Facility, SNF]*</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Días: 1 - 20</li> <li>Días: 21 - 100</li> </ul>	\$0 al día \$210 al día	No se cubre	\$0 al día \$195 al día
<b>Servicios de rehabilitación</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Rehabilitación cardíaca y pulmonar <i>(se limita a 36 consultas al año)</i></li> <li>Consultas de terapia ocupacional, física y del habla y lenguaje <i>(\$0 por las consultas de telesalud)</i></li> </ul>	\$0 \$25	No se cubre No se cubre	\$0 \$20

\* Se exige la autorización previa.

# SUMMARY OF BENEFITS

	UltraFlex		Plan 2 con Rx
	Usted paga en la red	Usted paga fuera de la red	Usted paga
<b>Ambulancia (terrestre y aérea)</b>	\$420	\$420	\$350
<b>Transporte rutinario</b>	No se cubre	No se cubre	No se cubre
<b>Medicamentos de la Parte B de Medicare*</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Medicamentos de quimioterapia y otros medicamentos administrados por un profesional médico</li> <li>• Comprados en farmacia de venta al por menor</li> </ul>	0% - 20%	No se cubre	0% - 20%
	\$10	No se cubre	\$10
<b>Cuidados de los pies</b> (servicios de podología) <ul style="list-style-type: none"> <li>• Exámenes y tratamientos de los pies (cubiertos por Medicare)</li> </ul>	\$0	No se cubre	\$0
<b>Equipos/suministros médicos*</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Equipos médicos duraderos (p.ej., sillas de ruedas, oxígeno)</li> <li>• Protésicos</li> </ul>	20%	No se cubre	20%
	20%	No se cubre	20%
<b>Suministros y servicios para la diabetes</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tiras de pruebas, lancetas y medidores (se limita la cobertura a los productos de marca Accu-Chek)</li> <li>• Monitor continuo de glucosa [CGM por sus siglas en inglés] (se limita la cobertura a los productos de marca Freestyle)</li> </ul>	\$0	No se cubre	\$0
	20%	No se cubre	20%
<b>Programas de bienestar</b> (p.ej., acondicionamiento físico) Incluye el programa de acondicionamiento físico SilverSneakers®. Para los locales participantes consulte <a href="http://www.silversneakers.com">www.silversneakers.com</a> .	\$0	\$0	\$0
	Tiene que usar solo los lugares participantes del programa SilverSneakers®		

# RESUMEN DE BENEFICIOS

	UltraFlex		Plan 2 con Rx
	Usted paga en la red	Usted paga fuera de la red	Usted paga
<b>Acupuntura</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Lo que cubre Medicare</li> <li>Rutinarios (<i>se limita a 25 consultas al año</i>)</li> </ul>	\$25 \$25	No se cubre No se cubre	\$25 \$25
<b>Servicios quiroprácticos</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Para corregir la subluxación (<i>se limita a 20 consultas al año</i>)</li> <li>Rutinarios (<i>se limita a 25 consultas al año</i>)</li> </ul>	\$20 \$20	No se cubre No se cubre	\$20 \$20
<b>Atención médica en casa*</b>	\$0	No se cubre	\$0
<b>Diálisis renal</b>	20%	No se cubre	20%
<b>Radioterapia*</b>	0% - 20%	No se cubre	0% - 20%
<b>Comidas</b> Se le llevan hasta 30 comidas a su domicilio durante el periodo de 30-día después de la estancia en el hospital como paciente internado. Se ha elaborado este programa para mantenerle sano y fuerte mientras se recupera de la estancia en el hospital. Meals on Wheels ofrece este beneficio.	\$0	No se cubre	\$0
<b>Productos sin receta [Over-the-Counter, OTC]</b>	Se puede usar la tarjeta de Flex para los productos OTC. Consulte la página 6 para los detalles		\$20 per por trimestre

\* Se exige la autorización previa.

# RESUMEN DE BENEFICIOS

## Presbyterian UltraFlex (HMO-POS)

### Flex Card [tarjeta flexible] exclusivamente para los asegurados de UltraFlex

Con Presbyterian UltraFlex (HMO-POS), recibirá una "tarjeta de Flex" con \$90 por trimestre para utilizarla para los siguientes gastos de bolsillo:

- **Audición:** Los audífonos y las pilas y otros servicios de audición.
- **Dental:** Su plan no cubre muchos servicios dentales; por ejemplo, los que prestan los proveedores de servicios dentales fuera de la red.
- **Vista:** Monturas, lentes, así como mejoras en los anteojos (resistentes a los arañazos, anteojos de sol graduados, etc.) y lentes de contacto, incluso las adaptaciones con cualquier proveedor de servicios de la vista aprobado por Medicare que acepte VISA\*.
- **Productos de salud sin receta [Over-the-Counter, OTC]:** Los medicamentos sin receta y otros productos de salud CMS-aprobados se pueden comprar por medio del programa de encargos por correo o en tiendas participantes, incluso Dollar General, Walgreens, Walmart, Albertsons y CVS.

Se transfiere todo saldo sin usar al próximo trimestre del año calendario, pero caduca el 31° de diciembre de cada año. Se puede utilizar los \$90 cada trimestre o se pueden guardar y utilizarlos al acumularse. Además, se pueden combinar los gastos que califiquen, o todos los \$360 se pueden ahorrar y utilizarlos todo a la vez a fin de año. Puede consultar el saldo de su cuenta y encontrar las tiendas participantes en línea si inicia sesión en [mypres.phs.org](https://mypres.phs.org) o en la aplicación móvil HealthyBenefits +, o llamando al teléfono de servicio al cliente al 1-866-757-2043.



# RESUMEN DE BENEFICIOS

## La cobertura de medicamentos recetados forma parte de Presbyterian UltraFlex (HMO-POS) y Presbyterian Senior Care (HMO) Plan 2

- No hay deducible por ninguno de los niveles.
- Su copago no será más de \$35 por un suministro de 30 días de insulinas cubiertas.
- Puede conseguir los medicamentos tanto de las farmacias de encargos por correo como de las tiendas de farmacia de la red.
- Su plan tiene una farmacia de encargos por correo preferencial que ofrece ahorros por los suministros de 90 días.
- Si vive en un centro clínico de atención médica a largo plazo, paga lo mismo que en una tienda de farmacia.
- Puede conseguir los medicamentos de una farmacia fuera de la red al mismo costo que de una farmacia de la red.
- Plan de pago de medicamentos recetados de Medicare [Medicare Prescription Payment Plan]: El plan de pago de medicamentos recetados de Medicare es una nueva opción de pago que funciona con su cobertura actual de medicamentos y puede ayudarle a manejar los costos de sus medicamentos, repartiéndolos en pagos mensuales que varían a lo largo del año (de enero a diciembre). Para más información, vaya a [phs.org/Medicare](http://phs.org/Medicare) o llame al (505) 923-6060.

Medicamentos cubiertos de la Parte D	UltraFlex		Plan 2 con Rx		Cobertura catastrófica
	Suministro de 30 días	Suministro de 90 días por correo (preferencial)	Suministro de 30 días	Suministro de 90 días por correo (preferencial)	UltraFlex y Plan 2 con Rx
<b>Nivel 1:</b> Genéricos preferenciales	\$4	\$8	\$0	\$0	\$0 por medicamentos genéricos y de marca  La cobertura catastrófica comienza una vez que haya pagado \$2,000 dólares de su bolsillo por los medicamentos de la Parte D
<b>Nivel 2:</b> Genéricos no preferenciales	\$10	\$20	\$10	\$20	
<b>Nivel 3:</b> Marca preferenciales	\$45	\$112.50	\$45	\$112.50	
<b>Nivel 4:</b> Marca no preferenciales	50%	50%	50%	50%	
<b>Nivel 5:</b> Medicamentos especializados	33%	NA	33%	NA	

# RESUMEN DE BENEFICIOS

## Más información sobre los programas de ahorros y cómo cumplir los requisitos.

### Subsidio por bajos ingresos [Low-Income Subsidy, LIS] y otros programas de ahorros de Medicare/Medicaid

Si reúne los requisitos para el subsidio por bajos ingresos, que también se conoce como “ayuda adicional” [Extra Help], puede pagar copagos y deducibles reducidos por sus medicamentos de la Parte D. Los que reúnen los requisitos para ayuda adicional a lo mejor también tengan derecho a los programas de ahorros de Medicare que ayudan a pagar las primas de la Parte A y/o Parte B. Los programas de Medicaid también pueden reducir sus copagos, dependiendo del nivel para el que cumpla los requisitos.

Prima mensual (100% del nivel de LIS)	
\$0	
Niveles de ingresos que cumplen los requisitos en el 2024 Sus ingresos y recursos/bienes tienen que ser iguales o menos de:	
INDIVIDUAL ingresos anuales en el 2024: \$22,590 Recursos/Bienes: \$15,720	CASADO ingresos anuales en el 2024: \$30,660 Recursos/Bienes: \$31,360

### Importante:

- La casa en la que vive, su(s) vehículo(s), las pólizas de seguro de vida y los gastos de entierro no cuentan para el límite de recursos/bienes. Póngase en contacto con la Administración de Seguro Social para informarse referente a otras exclusiones de ingresos/recursos.
- Los límites de ingresos pueden aumentar en el 2025. Los límites de ingresos pueden ser más altos si hay más de dos familiares en su hogar.

### Averigüe si cumple los requisitos para recibir ayuda

- 1-800-Medicare (1-800-633-4227), 24 horas al 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 estatal de Servicios Humanos de NM [NM State Human Services Department], 1-888-997-2583 (TTY 1-855-227-5485)
- Autoridad de Atención Médica de Nuevo México [New Mexico Health Care Authority, HCA], 1-800-283-4465 (TTY 711)



## RESUMEN DE BENEFICIOS

### Mejore su acondicionamiento físico con las membresías gratuitas del Programa SilverSneakers®

El programa de acondicionamiento físico SilverSneakers se incluye sin costarle nada más a usted.

Puede visitar más de 15,000 locales participantes por todo el país, incluso Planet Fitness, Anytime Fitness, Defined Fitness, Chuze Fitness, YMCA y otros más.

- Se puede matricular en varios locales en cualquier momento.
- Logre y mantenga un peso corporal sano.
- Tome clases de acondicionamiento físico en lugares convenientes.
- Amplíe su círculo de amigos y disfrute las actividades sociales.

Para los locales participantes visite [www.silversneakers.com](http://www.silversneakers.com).



# RESUMEN DE BENEFICIOS

## Cobertura dental que le hará sonreír

Su plan de Presbyterian Medicare Advantage incluye la cobertura dental básica y la opción de comprar cobertura dental completa, cada una con una red robusta de proveedores de servicios dentales de la red por todo Nuevo México. Visite <https://www.dentaquest.com/en/find-a-dentist> para conseguir una lista de dichos proveedores.

### Servicios básicos incluidos

La cobertura dental básica se **incluye** en su plan y cubre el 100% de todos los servicios dentales preventivos con tal que se presten dentro de la red.

- Exámenes orales (dos cada 12 meses)
- Limpiezas (dos cada 12 meses)
- Radiografías dentales (varía la frecuencia dependiendo del tipo)
- Tratamientos de fluoruro (dos cada 12 meses)
- Mantenimiento periodontal (cuatro cada 12 meses)
- Tratamientos de dolores leves en casos de emergencia



### Plan completo opcional

La cobertura dental completa está a su disposición por una prima mensual adicional de **\$25.90 por cada asegurado**. Se tienen que conseguir los servicios de un proveedor de servicios dentales de la red.

- Los asegurados pagan el coseguro del 20% por empastes, extracciones y ajustes/reparación de la dentadura postiza
- Los asegurados pagan el coseguro del 50% por los reconstituyentes mayores (por ejemplo, coronas, puentes, endodoncia, dentadura postiza, periodoncia, implantes, anestesia)
- Un beneficio máximo de \$4,000 por año calendario
- No hay deducible ni período de espera

*Este resumen es solo una descripción breve de sus beneficios dentales. Favor de consultar su Evidencia de Cobertura para conseguir los detalles completos, incluso las limitaciones y las exclusiones.*

# RESUMEN DE BENEFICIOS

## Disfrute la capacidad de oír mejor y la atención auditiva integral

Es importante poder oír bien para su salud general. Por eso cubrimos un examen de audición rutinario anual sin copago.



**TruHearing**® Select

### Cobertura de aparatos auditivos en el 2025

Su plan cubre hasta dos aparatos auditivos al año (uno para cada oído por año).

TruHearing Standard	TruHearing Advanced	Prima de TruHearing	Examen rutinario
16 Canales   7 estilos	32 Canales   11 estilos	48 Canales   14 estilos	Proveedor de la red de TruHearing
\$499 copago/ aparato auditivo	\$699 copago/ aparato auditivo	\$999 copago/ aparato auditivo	\$0 copago por el examen

### Su beneficio de audición integral incluye:

#### Tecnología de última generación

- Disfrute sonido natural y realista en casi todas las situaciones auditivas.
- Oiga el habla claramente, aun en ambientes ruidosos.
- Transmita el audio y las llamadas telefónicas directamente a sus oídos con la mayoría de los teléfonos inteligentes.

#### Atención personalizada

- Orientación y ayuda de un asesor de TruHearing.
- Atención profesional y local de un proveedor acreditado donde usted vive.
- Un examen de audición más un año de consultas de seguimiento para hacer pruebas y ajustes.

#### Ayuda a lo largo del camino

- Una compra libre de preocupaciones con un plazo de prueba de 60 días más una garantía de tres años.
- Se incluyen 80 pilas gratuitas para cada aparato auditivo de los modelos no recargables.
- Guías para ayudarle a adaptarse a sus aparatos auditivos nuevos en [TruHearing.com/Presbyterian](https://www.TruHearing.com/Presbyterian).



Llame a TruHearing para informarse más a fondo y programar una cita.

1-866-202-0110 | TTY 711 | de las 8:00 de la mañana a las 8:00 de la noche, de lunes a viernes

## PRODUCTOS Y SERVICIOS DE VALOR AGREGADO

### Viaje por todo el mundo y será protegido por Assist America®

Disfrute la protección de los servicios mundiales de ayuda de emergencia al viajar, las 24 horas del día, los 365 días del año, por hasta 90 días. Este programa único le pone en contacto enseguida con médicos, hospitales, farmacias y otros servicios si tiene una emergencia médica cuando esté de viaje a una distancia de 100 millas o más de su domicilio permanente o en otro país.

Los servicios incluyen:

- Evacuaciones médicas de emergencia y repatriación
- Ayuda con las recetas médicas
- Seguimiento médico
- Referidos legales y a intérpretes
- Devolución de los restos mortales
- Aplicación móvil y mucho más

Para los detalles de los beneficios, visite [www.assistamerica.com](http://www.assistamerica.com) o llame al 1-800-872-1414.

*Estos servicios/artículos adicionales no forman parte del conjunto de beneficios del plan ni del beneficio del Programa Medicare.*



# 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](http://www.phs.org/medicare).

## Consultores de Ventas de Presbyterian Medicare

(505) 923-8458 o 1-800-347-4766 (TTY 711)

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

## Centro de Servicio al Cliente de Presbyterian (para los asegurados)

(505) 923-6060 o 1-800-797-5343 (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](http://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](http://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) 923-6060 o 1-800-797-5343 (TTY 711) o visite el sitio web, [www.phs.org/medicare](http://www.phs.org/medicare) y seleccione **Privacy [Privacidad]** al pie de la página.

Los proveedores de atención médica 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 Senior Care (HMO-POS) o Presbyterian Senior Care (HMO), 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.

Para conseguir una lista completa de los 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](http://www.phs.org/medicare), seleccione **Forms, Plan Information, Policies [Formularios, información del plan y políticas]** del panel de **Resources [Recursos]**. Además, puede pedir una copia si llama al centro de servicio al cliente.

Presbyterian UltraFlex (HMO-POS) y Presbyterian Senior Care (HMO) son planes de Medicare Advantage que tienen contrato con el Programa Medicare. La inscripción en el plan depende de que se renueve el contrato.

---

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'déé', t'áá jiiik'eh, éí ná hóló, kójjí' hódíłnih (505) 923-5420, 1-855-592-7737 (TTY: 711). Para más información, visite <https://www.phs.org/nondiscrimination>.

## 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'ííís dóó azee' bínda'í díłkidgo, Dinék'ehjí yadałti'iigi ła' bich'í 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 quý vị cần thông dịch viên xin gọi 1-855-592-7737 (TTY: 711) 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 1-855-592-7737 (TTY: 711). Man wird Ihnen dort auf Deutsch weiterhelfen. Dieser Service ist kostenlos.

**Korean:** 당사는 의료 보험 또는 약품 보험에 관한 질문에 대해 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 (TTY: 711) 1-855-592-7737. 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。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。日本語を話す人が支援いたします。これは無料のサービスです。

