

Danh sách Kiểm tra

Trước Ghi danh



Trước khi đưa ra quyết định ghi danh, điều quan trọng là quý vị phải hiểu đầy đủ các quyền lợi và quy tắc của chúng tôi. Nếu quý vị có bất kỳ câu hỏi nào, quý vị có thể gọi điện và nói chuyện với đại diện dịch vụ khách hàng theo số **503-574-8000** hoặc **1-800-603-2340** (TTY: 711), 8 a.m. đến 8 p.m. (Giờ Thái Bình Dương), bảy ngày một tuần.

Hiểu về các Quyền lợi

- ✓ Chứng từ Bảo hiểm (EOC) cung cấp một danh sách đầy đủ tất cả các bảo hiểm và dịch vụ. Điều quan trọng là phải xem xét phạm vi bảo hiểm, chi phí và quyền lợi của chương trình trước khi quý vị ghi danh. Truy cập [ProvidenceHealthAssurance.com/EOC](https://www.providencehealthassurance.com/EOC) hoặc gọi số **503-574-8000** hoặc **1-800-603-2340** (TTY: 711) để xem bản sao của EOC.
- ✓ Xem lại danh bạ nhà cung cấp dịch vụ (hoặc hỏi bác sĩ của quý vị) để đảm bảo rằng các bác sĩ mà quý vị thăm khám hiện đang nằm trong mạng lưới. Nếu họ không có trong danh sách, điều đó nghĩa là quý vị sẽ có thể phải chọn một bác sĩ mới.
- ✓ Xem lại danh mục hiệu thuốc để đảm bảo hiệu thuốc quý vị mua bất kỳ loại thuốc kê đơn nào là hiệu thuốc nằm trong mạng lưới. Nếu hiệu thuốc không có trong danh sách, quý vị có thể sẽ phải chọn một hiệu thuốc mới để mua đơn thuốc của mình.
- ✓ Xem lại danh mục thuốc để đảm bảo thuốc của quý vị được đài thọ.

Hiểu các Quy tắc Quan trọng

- ✓ Ngoài phí bảo hiểm hàng tháng của quý vị (bao gồm các chương trình trả phí \$0), quý vị phải tiếp tục trả phí bảo hiểm Medicare Part B của mình. Phí bảo hiểm này thường được lấy ra từ séc An sinh Xã hội của quý vị mỗi tháng. Phí bảo hiểm Part B được đài thọ cho những người ghi danh kép đủ điều kiện cho chương trình Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP).
- ✓ Quyền lợi, phí bảo hiểm và/hoặc khoản đồng thanh toán/đồng bảo hiểm có thể thay đổi hàng năm.
- ✓ Khi chọn một sản phẩm HMO, hãy lưu ý rằng ngoại trừ những trường hợp cấp cứu hoặc khẩn cấp, chúng tôi không chi trả cho các dịch vụ của các nhà cung cấp ngoài mạng lưới (các bác sĩ không được liệt kê trong danh sách nhà cung cấp).
- ✓ Các chương trình HMO-POS của chúng tôi cho phép quý vị thăm khám tại các nhà cung cấp bên ngoài mạng lưới của chúng tôi (các nhà cung cấp không có hợp đồng). Tuy nhiên, mặc dù chúng tôi sẽ thanh toán cho một số dịch vụ được đài thọ, nhà cung cấp phải đồng ý điều trị cho quý vị. Ngoại trừ trong trường hợp cấp cứu hoặc khẩn cấp, các nhà cung cấp dịch vụ không có hợp đồng có thể từ chối cung cấp dịch vụ chăm sóc. Ngoài ra, quý vị sẽ trả một khoản đồng thanh toán cao hơn cho các dịch vụ được các nhà cung cấp không có hợp đồng thực hiện.
- ✓ Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP) là một chương trình nhu cầu đặc biệt với điều kiện hội đủ kép (D-SNP). Khả năng ghi danh của quý vị sẽ dựa trên kết quả xác minh rằng quý vị được hưởng cả Medicare và hỗ trợ y tế từ một chương trình của tiểu bang theo Medicaid.
- ✓ Ảnh hưởng đến bảo hiểm hiện tại. Nếu quý vị hiện đang ghi danh một chương trình Medicare Advantage, thì bảo hiểm Chăm sóc Sức khỏe Medicare Advantage hiện tại của quý vị sẽ kết thúc sau khi bảo hiểm Medicare Advantage mới của quý vị bắt đầu. Nếu quý vị có Tricare, bảo hiểm của quý vị có thể bị ảnh hưởng khi bảo hiểm Medicare Advantage mới của quý vị bắt đầu. Vui lòng liên hệ Tricare để biết thêm thông tin. Nếu quý vị có chương trình Medigap, sau khi bảo hiểm Medicare Advantage của quý vị bắt đầu, quý vị có thể muốn từ bỏ hợp đồng bảo hiểm Medigap của mình vì quý vị sẽ phải chi trả cho bảo hiểm mà quý vị không thể sử dụng.

2024 Tóm Tắt Các Quyền Lợi

Providence Medicare Sycamore + Rx (HMO)

Ngày 1 tháng 1 năm 2024 – Ngày 31 tháng 12 năm 2024

Chương trình này hiện có sẵn tại **Quận Orange, California.**

Khi Quý Vị Tham Gia Providence

Quý vị không chỉ là một phần của hợp đồng bảo hiểm mà còn thuộc một cộng đồng chăm sóc, tập trung vào sức khỏe thể chất và tinh thần của quý vị. Tóm Tắt Các Quyền Lợi này được cung cấp để giúp quý vị đưa ra các quyết định chăm sóc sức khỏe đúng đắn. Đây là hướng dẫn ngắn gọn về những khoản chúng tôi sẽ bao trả và những khoản quý vị sẽ phải trả nếu tham gia Providence Medicare Sycamore + Rx (HMO). Xin lưu ý rằng đây không phải là bản phân tích đầy đủ các quyền lợi và sẽ không liệt kê mọi dịch vụ mà chúng tôi bao trả, cũng như mọi giới hạn hoặc trường hợp loại trừ. Các chương trình có thể cung cấp quyền lợi bổ sung ngoài các quyền lợi Part C và Part D.

Để có danh sách đầy đủ các dịch vụ mà chúng tôi bao trả, vui lòng tham khảo Chứng Từ Bảo Hiểm (EOC). Quý vị có thể yêu cầu một bản in bằng cách truy cập [ProvidenceHealthAssurance.com/EOC](https://www.ProvidenceHealthAssurance.com/EOC) hoặc gọi cho bộ phận Dịch Vụ Khách Hàng theo một trong các số được liệt kê trong phần “Liên Hệ” bên dưới.

Tổng Quan Về Chương Trình

Providence Health Assurance là một HMO, HMO-POS và HMO SNP có hợp đồng với Medicare và Oregon Health Plan. Việc đăng ký Providence Health Assurance phụ thuộc vào việc gia hạn hợp đồng.

Các thành viên của chương trình chúng tôi không chỉ được nhận tất cả quyền lợi do Original Medicare bao trả mà còn nhận một số quyền lợi bổ sung được nêu trong bản tóm tắt này.

Ai Có Thể Tham Gia?

Để tham gia chương trình của chúng tôi, quý vị phải được hưởng Medicare Part A, được đăng ký vào Medicare Part B và sống trong khu vực hoạt động của chúng tôi. Trong số các khu vực hoạt động của chúng tôi có Quận Orange, California.

Liên Hệ

Quý vị có thắc mắc? Chúng tôi sẵn sàng hỗ trợ quý vị bảy ngày một tuần từ 8:00 a. m. đến 8:00 p. m. (Giờ Thái Bình Dương).

- + Nếu quý vị là thành viên của chương trình này, hãy gọi cho chúng tôi theo số miễn phí 1-800-603-2340 (TTY: 711)
- + Nếu quý vị không phải là thành viên của chương trình này, hãy gọi cho chúng tôi theo số miễn phí 1-800-457-6064 (TTY: 711)
- + Quý vị cũng có thể ghé thăm chúng tôi trực tuyến tại [ProvidenceHealthAssurance.com](https://www.ProvidenceHealthAssurance.com)

Các Nguồn Lực Hữu Ích

- + Truy cập **ProvidenceHealthAssurance.com/findaprovider** để xem Danh Mục Nhà Thuốc và Nhà Cung Cấp trong chương trình của chúng tôi hoặc để yêu cầu một bản in. Quý vị cũng có thể gọi cho chúng tôi để nhận bản in qua đường bưu điện.
- + Quý vị muốn xem danh mục thuốc của chương trình (danh sách thuốc kê toa Part D), bao gồm cả bất kỳ hạn chế nào? Truy cập **ProvidenceHealthAssurance.com/Formulary** hoặc gọi cho chúng tôi để nhận bản in.
- + Để tìm hiểu thêm về bảo hiểm và chi phí của Original Medicare, hãy xem sổ tay “Medicare & You” (Medicare & Quý vị) hiện hành trực tuyến tại **www.Medicare.gov** hoặc yêu cầu một bản in bằng cách gọi 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 giờ mỗi ngày, bảy ngày một tuần. Người dùng TTY vui lòng gọi 1-877-486-2048.

Providence Medicare Sycamore + Rx (HMO)

Phí Bảo Hiểm Chương Trình Hàng Tháng	\$0 Quý vị phải tiếp tục thanh toán phí bảo hiểm Medicare Part B của mình.
Khoản Khấu Trừ Y Tế Hàng Năm	\$0 Không có khoản khấu trừ y tế.
Trách Nhiệm Tự Trả Tối Đa (không bao gồm thuốc kê toa)	(Các) hạn mức hàng năm của quý vị trong chương trình này: Trong mạng lưới: \$400

Quyền Lợi		Trong Mạng Lưới
Bảo Hiểm Bệnh Viện Nội Trú ¹		Đồng thanh toán \$0
Bảo Hiểm Bệnh Viện Ngoại Trú ¹		Đồng thanh toán \$0 cho phẫu thuật ngoại trú tại một cơ sở bệnh viện
Các Dịch Vụ Của Trung Tâm Phẫu Thuật Cấp Cứu (ASC) ¹		Đồng thanh toán \$0 cho phẫu thuật ngoại trú tại một Trung Tâm Phẫu Thuật Cấp Cứu
Thăm Khám Bác Sĩ	Thăm Khám tại Nhà Cung Cấp Dịch Vụ Chăm Sóc Chính	Đồng thanh toán \$0
	Thăm Khám Bác Sĩ Chuyên Khoa ²	Đồng thanh toán \$0
Chăm Sóc Phòng Ngừa (chẳng hạn như khám sức khỏe định kỳ, chủng ngừa, tiêm phòng cúm)		Quý vị không phải trả gì cả
Chăm Sóc Cấp Cứu		Đồng thanh toán \$90 Nếu quý vị nhập viện trong vòng 24 giờ, khoản đồng thanh toán chăm sóc cấp cứu sẽ được miễn.
Dịch Vụ Cấp Thiết		Đồng thanh toán \$0

¹ Các dịch vụ có thể yêu cầu sự cho phép trước. Hãy xem Chứng Từ Bảo Hiểm để biết thêm thông tin.

² Các dịch vụ có thể yêu cầu giấy giới thiệu từ bác sĩ của quý vị.

Providence Medicare Sycamore + Rx (HMO)

Quyền Lợi		Trong Mạng Lưới
Dịch Vụ Chẩn Đoán/ Phòng Thí Nghiệm/Hình Ảnh	Dịch Vụ X-quang Chẩn Đoán (ví dụ: MRI, siêu âm, chụp CT) ¹	Đồng thanh toán \$0
	Dịch Vụ X-quang Trị Liệu ¹	Đồng thanh toán \$50
	X-quang Ngoại Trú	Đồng thanh toán \$0
	Các Xét Nghiệm và Thủ Thuật Chẩn Đoán ¹	Đồng thanh toán \$0
	Dịch Vụ Xét Nghiệm ¹	Đồng thanh toán \$0
Dịch Vụ Thính Lực	Được Medicare Bao Trả ²	Đồng thanh toán \$0
	Khám Sức Khỏe Định Kỳ	Đồng thanh toán \$0
	Máy Trợ Thính	Đồng thanh toán \$399 cho mỗi máy trợ thính Nâng Cao hoặc đồng thanh toán \$699 cho mỗi máy trợ thính Cao Cấp
Dịch Vụ Nha Khoa	Được Medicare Bao Trả	Đồng thanh toán \$0
	Khác/Không Được Medicare Bao Trả	Trợ cấp \$3,100 mỗi năm dương lịch cho các dịch vụ nha khoa quý vị chọn
Dịch Vụ Thị Lực	Khám Sức Khỏe/Sàng Lọc Được Medicare Bao Trả ²	Đồng thanh toán \$0 cho mỗi lần khám Đồng thanh toán \$0 cho sàng lọc bệnh cườm nước
	Khám Sức Khỏe Định Kỳ	Không áp dụng khoản đồng bảo hiểm hoặc đồng thanh toán cho một lần khám mắt định kỳ (bao gồm khúc xạ) mỗi năm dương lịch.
	Kính Mắt Được Medicare Bao Trả	Đồng thanh toán \$0 cho một cặp kính hoặc kính áp tròng được Medicare bao trả sau mỗi ca phẫu thuật đục thủy tinh thể
	Kính Mắt hoặc Kính Áp Tròng Đeo Thường Xuyên	Trợ cấp lên đến \$250 mỗi năm dương lịch cho bất kỳ sự kết hợp nào giữa kính mắt đeo thường xuyên được kê toa
Dịch Vụ Sức Khỏe Tâm Thần	Thăm Khám Nội Trú ¹	Đồng thanh toán \$0
	Thăm Khám Trị Liệu Cá Nhân ¹ và Theo Nhóm Ngoại Trú ¹	Đồng thanh toán \$0

¹ Các dịch vụ có thể yêu cầu sự cho phép trước. Hãy xem Chứng Từ Bảo Hiểm để biết thêm thông tin.

² Các dịch vụ có thể yêu cầu giấy giới thiệu từ bác sĩ của quý vị.

Providence Medicare Sycamore + Rx (HMO)

Quyền Lợi	Trong Mạng Lưới
Cơ Sở Điều Dưỡng Chuyên Môn (SNF) ¹	Đồng thanh toán \$0 mỗi ngày cho các ngày 1-20 và đồng thanh toán \$50 mỗi ngày cho các ngày 21-100
Vật Lý Trị Liệu ¹	Đồng thanh toán \$0
Cấp Cứu ¹	Đồng thanh toán \$50
Vận Chuyển	Đồng thanh toán \$0 cho 60 chuyến đi một chiều (mỗi chuyến tối đa 25 dặm)
Thuốc Medicare Part B ¹	0% - 20% tổng chi phí (Chia sẻ chi phí Insulin lên đến \$35/tháng)
Chăm Sóc Thay Thế (giới hạn số lần thăm khám)	Nắn Khớp Xương: đồng thanh toán \$0, 24 lần khám mỗi năm dương lịch Châm Cứu: đồng thanh toán \$0, 24 lần khám mỗi năm dương lịch Liệu Pháp Thiên Nhiên: đồng thanh toán \$0, 20 lần khám mỗi năm dương lịch
Chăm Sóc Nha Khoa (giới hạn quyền lợi kết hợp cho các dịch vụ Phòng Ngừa và Toàn Diện)	Trợ cấp \$3,100 mỗi năm dương lịch cho các dịch vụ nha khoa quý vị chọn
Chương Trình Cung Cấp Bữa Ăn (chỉ sau khi xuất viện)	Đồng thanh toán \$0 cho 2 bữa ăn mỗi ngày trong 14 ngày, sau khi nhập viện nội trú đủ điều kiện
Vật Dụng Mua Tự Do Không Cần Toa	Trợ cấp \$150 mỗi ba tháng (thẻ bán lẻ, ca-ta-lô, đặt hàng trực tuyến, qua đường bưu điện và điện thoại)
Hệ Thống Ứng Cứu Khẩn Cấp Cá Nhân (PERS)	Đồng thanh toán \$0
Chương Trình Chăm Sóc Sức Khỏe	Đồng thanh toán \$0 cho thành viên tập thể dục hàng tháng tại các câu lạc bộ thể dục có tham gia
Tóc giả	Không áp dụng khoản đồng bảo hiểm hoặc đồng thanh toán cho một bộ tóc giả bằng sợi tổng hợp cho người bị rụng tóc do điều trị hóa trị

¹ Các dịch vụ có thể yêu cầu sự cho phép trước. Hãy xem Chứng Từ Bảo Hiểm để biết thêm thông tin.

² Các dịch vụ có thể yêu cầu giấy giới thiệu từ bác sĩ của quý vị.

Quyền Lợi Thuốc Kê Toa

Providence Medicare Sycamore + Rx (HMO)

Khoản Khấu Trừ Thuốc Kê Toa

Khoản Khấu Trừ Hàng Năm
(Áp dụng cho tất cả các
bậc)

Không có khoản khấu trừ thuốc kê toa cho chương trình này.

Bảo Hiểm Ban Đầu

Quý vị sẽ thanh toán các khoản sau cho đến khi tổng chi phí thuốc hàng năm của quý vị đạt \$5,030. Tổng chi phí thuốc hàng năm là tổng chi phí thuốc do cả quý vị và chương trình Part D của chúng tôi thanh toán. Quý vị có thể nhận thuốc tại các hiệu thuốc bán lẻ và hiệu thuốc đặt hàng qua đường bưu điện.

Chia Sẻ Chi Phí Đặt Hàng Qua Đường Bưu Điện và Bán Lẻ Ưu Tiên

	Lên đến 30 ngày	Lên đến 60 ngày	Lên đến 100 ngày
Bậc 1 (Thuốc Gốc Ưu Tiên)	Đồng thanh toán \$0	Đồng thanh toán \$0	Đồng thanh toán \$0
Bậc 2 (Thuốc Gốc)	Đồng thanh toán \$0	Đồng thanh toán \$0	Đồng thanh toán \$0
Bậc 3 (Thuốc Biệt Dược Ưu Tiên)	Đồng thanh toán \$37 (Đồng thanh toán \$35 cho Insulin)	Đồng thanh toán \$74 (Đồng thanh toán \$35 cho Insulin)	Đồng thanh toán \$74 (Đồng thanh toán \$35 cho Insulin)
Bậc 4 (Thuốc Không Ưu Tiên)	Đồng thanh toán \$100	Đồng thanh toán \$200	Đồng thanh toán \$300
Bậc 5 (Thuốc Đặc Trị)	33% tổng chi phí	Không Được Bao Trữ	Không Được Bao Trữ

Quyền Lợi Thuốc Kê Toa

Providence Medicare Sycamore + Rx (HMO)

Chia Sẻ Chi Phí Bán Lẻ Tiêu Chuẩn			
	Lên đến 30 ngày	Lên đến 60 ngày	Lên đến 100 ngày
Bậc 1 (Thuốc Gốc Ưu Tiên)	Đồng thanh toán \$16	Đồng thanh toán \$32	Đồng thanh toán \$48
Bậc 2 (Thuốc Gốc)	Đồng thanh toán \$20	Đồng thanh toán \$40	Đồng thanh toán \$60
Bậc 3 (Thuốc Biệt Duyệt Ưu Tiên)	Đồng thanh toán \$37 (Đồng thanh toán \$35 cho Insulin)	Đồng thanh toán \$74 (Đồng thanh toán \$70 cho Insulin)	Đồng thanh toán \$111 (Đồng thanh toán \$105 cho Insulin)
Bậc 4 (Thuốc Không Ưu Tiên)	Đồng thanh toán \$100	Đồng thanh toán \$200	Đồng thanh toán \$300
Bậc 5 (Thuốc Đặc Trị)	33% tổng chi phí	Không Được Bao Trữ	Không Được Bao Trữ

Nếu đang cư trú tại một cơ sở chăm sóc dài hạn, quý vị sẽ phải thanh toán giống như tại một nhà thuốc bán lẻ tiêu chuẩn. Quý vị có thể nhận thuốc từ một nhà thuốc ngoài mạng lưới, nhưng có thể phải thanh toán nhiều hơn số tiền quý vị phải trả tại một nhà thuốc trong mạng lưới. Quý vị có thể nhận thuốc từ một nhà thuốc trong mạng lưới tiêu chuẩn, nhưng có thể phải thanh toán nhiều hơn số tiền quý vị phải trả tại một nhà thuốc trong mạng lưới ưu tiên.

Quyền Lợi Thuốc Kê Toa

Providence Medicare Sycamore + Rx (HMO)

<p>Khoảng Chờ Bảo Hiểm (Áp dụng cho tất cả các bậc)</p>	<p>Hầu hết các chương trình bảo hiểm thuốc của Medicare đều có khoảng chờ bảo hiểm (còn gọi là “donut hole”). Điều này nghĩa là có một sự thay đổi tạm thời về số tiền quý vị sẽ trả cho các loại thuốc. Khoảng chờ bảo hiểm bắt đầu sau khi tổng chi phí thuốc hàng năm (bao gồm cả những khoản chương trình bảo hiểm của chúng tôi đã thanh toán và những khoản quý vị đã thanh toán) đạt \$5,030.</p> <p>Sau khi bước vào khoảng chờ bảo hiểm, quý vị phải thanh toán phần chia sẻ chi phí Bậc 1 cho các loại thuốc Bậc 1 (Thuốc Gốc Ưu Tiên), chia sẻ chi phí Bậc 2 cho các loại thuốc Bậc 2 (Thuốc Gốc) không quá \$35 mỗi tháng cho insulin, 25% chi phí của chương trình cho các loại thuốc biệt dược được bao trả và 25% chi phí của chương trình cho các loại thuốc gốc được bao trả khác cho đến khi tổng chi phí của quý vị đạt \$8,000, đây là điểm kết thúc của khoảng chờ bảo hiểm. Không phải tất cả mọi người đều sẽ bước vào khoảng chờ bảo hiểm.</p>
---	--

Chia Sẻ Chi Phí Đặt Hàng Qua Đường Bưu Điện và Bán Lẻ Ưu Tiên

	Lên đến 30 ngày	Lên đến 60 ngày	Lên đến 100 ngày
Bậc 1 (Thuốc Gốc Ưu Tiên)	Đồng thanh toán \$0	Đồng thanh toán \$0	Đồng thanh toán \$0
Bậc 2 (Thuốc Gốc)	Đồng thanh toán \$0	Đồng thanh toán \$0	Đồng thanh toán \$0
Bậc 3 (Thuốc Biệt Dược Ưu Tiên)	25% tổng chi phí (Đồng thanh toán \$35 cho Insulin)	25% tổng chi phí (Đồng thanh toán \$35 cho Insulin)	25% tổng chi phí (Đồng thanh toán \$35 cho Insulin)
Bậc 4 (Thuốc Không Ưu Tiên)	25% tổng chi phí	25% tổng chi phí	25% tổng chi phí
Bậc 5 (Thuốc Đặc Trị)	25% tổng chi phí	Không được bao trả	Không được bao trả

Quyền Lợi Thuốc Kê Toa

Providence Medicare Sycamore + Rx (HMO)

Chia Sẻ Chi Phí Bán Lẻ Tiêu Chuẩn			
Bậc 1 (Thuốc Gốc Ưu Tiên)	Đồng thanh toán \$16	Đồng thanh toán \$32	Đồng thanh toán \$48
Bậc 2 (Thuốc Gốc)	Đồng thanh toán \$20	Đồng thanh toán \$40	Đồng thanh toán \$60
Bậc 3 (Thuốc Biệt Dược Ưu Tiên)	25% tổng chi phí (Đồng thanh toán \$35 cho Insulin)	25% tổng chi phí (Đồng thanh toán \$70 cho Insulin)	25% tổng chi phí (Đồng thanh toán \$105 cho Insulin)
Bậc 4 (Thuốc Không Ưu Tiên)	25% tổng chi phí	25% tổng chi phí	25% tổng chi phí
Bậc 5 (Thuốc Đặc Trị)	25% tổng chi phí	Không được bao trả	Không được bao trả
Bảo Hiểm Tai Họa (Áp dụng cho tất cả các bậc)	Sau khi chi phí thuốc tự trả hàng năm của quý vị (bao gồm thuốc mua qua nhà thuốc bán lẻ và đặt hàng qua bưu điện) đạt \$8,000, chương trình sẽ thanh toán toàn bộ chi phí thuốc Part D được bao trả của quý vị. Quý vị không phải trả gì cả.		

Danh mục thuốc và/hoặc mạng lưới nhà thuốc có thể thay đổi bất kỳ lúc nào. Quý vị sẽ nhận được thông báo khi cần thiết.

Thông Báo Quan Trọng Về Khoản Thanh Toán của Quý vị cho Vắc-xin - Chương trình của chúng tôi bao trả hầu hết các loại vắc xin Part D miễn phí cho quý vị. Gọi đến bộ phận Dịch Vụ Hội Viên để biết thêm thông tin.

Thông Báo Quan Trọng Về Khoản Thanh Toán của Quý vị cho Insulin - Quý vị sẽ thanh toán không quá \$35 cho lượng thuốc dùng trong một tháng đối với mỗi sản phẩm insulin mà chương trình của chúng tôi bao trả, bất kể sản phẩm đó thuộc bậc chia sẻ chi phí nào.

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 1-800-603-2340 (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 1-800-603-2340 (TTY: 711). 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 1-800-603-2340 (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 1-800-603-2340 (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 1-800-603-2340 (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 1-800-603-2340 (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 1-800-603-2340 (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 1-800-603-2340 (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 1-800-603-2340 (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 1-800-603-2340 (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 1-800-603-2340 (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 1-800-603-2340 (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 1-800-603-2340 (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 1-800-603-2340 (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 1-800-603-2340 (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 1-800-603-2340 (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、1-800-603-2340 (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。