

2025

# Resumen de Beneficios

## Molina Medicare Choice Care (HMO)

California H5810-014

En vigor desde el 1 de enero hasta el 31 de diciembre de 2025

## Introducción al Resumen de Beneficios

### Molina Medicare Choice Care

Gracias por considerar Molina Healthcare. Todos merecen una atención de calidad. Desde 1980, nuestros miembros confían en Molina. Porque hoy, como siempre, ponemos sus necesidades en primer lugar.

Este documento no incluye todos los beneficios y servicios que abarcamos, ni todas las limitaciones o exclusiones. Para obtener una lista completa de los servicios, consulte la Evidencia de cobertura (EOC). Puede encontrar una copia de la EOC en nuestra página web en [MolinaHealthcare.com/Medicare](https://MolinaHealthcare.com/Medicare). También puede llamar a Servicios para Miembros al (800) 665-0898, **TTY: 711**, y le enviaremos una copia por correo.

Para inscribirse en nuestro plan, debe tener derecho a la Parte A de Medicare, estar inscrito en la Parte B de Medicare y que viven en nuestra área de servicio. Nuestra área de servicio incluye los siguientes condados de California: Imperial, Los Angeles, Riverside, San Bernardino, y San Diego.



Molina cuenta con una red de médicos, hospitales, farmacias y otros proveedores. Excepto en situaciones de emergencia, si utiliza proveedores que no están en nuestra red, es posible que no paguemos por esos servicios. Si desea comparar nuestro plan con otros planes de salud de Medicare, solicite el Resumen de beneficios de los otros planes o bien utilice el Localizador de Planes de Medicare en [medicare.gov](https://medicare.gov).

Para conocer la cobertura y los costos de Medicare Original, consulte su manual “Medicare y Usted” actual. Consúltelo en línea en [medicare.gov](https://www.medicare.gov) o solicite una copia llamando al **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)**. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Si tiene preguntas, llame a Servicios para Miembros al (800) 665-0898, TTY: **711**. El horario es del 1.º de octubre al 31 de marzo, de 8 a.m. a 8 p.m. hora local, los 7 días de la semana. Del 1.º de abril al 30 de septiembre, de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m, hora local..

## Acerca de Medicare

Medicare es un seguro médico para personas de 65 años o mayores, o menores de 65 años con determinadas discapacidades.

Medicare Original es un Programa de Seguros Federal. Les paga una tarifa por su atención directamente a los médicos y hospitales que usted visita. Medicare Original no cubre la mayoría de los casos de atención médica preventiva y genera gastos imprevistos de su propio bolsillo.



**Parte A de Medicare (Seguro de Hospital)** cubre la atención durante hospitalización en hospitales, centros de enfermería especializada, atención para pacientes terminales y algunos servicios de atención médica domiciliaria.



**Parte B de Medicare (Seguro Médico)** cubre ciertos servicios médicos, atención médica ambulatoria, suministros médicos y servicios médicos preventivos.



**Parte C de Medicare (Medicare Advantage)** es una alternativa integral a Medicare Original. Los planes Medicare Advantage incluyen las Partes A, B y, por lo general, la Parte D. Es posible que algunos planes de Medicare Advantage generen menores gastos de su bolsillo que Medicare Original y que cubran beneficios adicionales que Medicare Original no cubre, tales como beneficios dentales, para la vista o de audición. Medicare le paga una tarifa fija al plan por su atención médica y, luego, el plan les paga directamente a los médicos y hospitales. Medicare Advantage genera gastos de su propio bolsillo predecibles y ofrece atención médica preventiva y coordinación de cuidados.



**Parte D de Medicare (Cobertura de Medicamentos Recetados)** le ayuda a pagar los medicamentos que compra en una farmacia.

# Resumen de Primas y Beneficios

## Molina Medicare Choice Care

### Prima mensual

\$0 al mes



Usted debe continuar pagando su prima de la Parte B de Medicare.

---

### Deducible médico

El plan no tiene un deducible.



---

### Responsabilidad de gastos máximos de bolsillo

\$6,000 anualmente por los servicios que recibe de proveedores dentro de la red.  
(No incluye medicamentos recetados).



¿Tiene preguntas? Llame a nuestro equipo de Asesores Confiables de Medicare al (866) 403-8293, TTY: 711.

## Molina Medicare Choice Care

### Hospitalización



Nuestro plan cubre 90 días para una internación en el hospital por periodo de beneficios.

Nuestro plan cubre 60 “días de reserva de por vida”. Estos son días “extra” que cubrimos. Si su internación en el hospital supera los 90 días, puede utilizar estos días adicionales. Pero una vez que haya utilizado estos 60 días adicionales, su cobertura de internación en el hospital se limitará a 90 días por periodo de beneficios.

- \$325 de copago por día para los días del 1 al 6 del periodo de beneficios
- \$0 de copago por día para los días del 7 al 90 del periodo de beneficios
- \$0 de copago para los días de reserva de por vida cubiertos por Medicare

*Es posible que se requiera autorización previa.*

### Atención hospitalaria ambulatoria



De \$0 a \$500 de copago por consulta

*Es posible que se requiera autorización previa.*

### Centro de Cirugía Ambulatoria



De \$0 a \$250 de copago por consulta

*Es posible que se requiera autorización previa.*

### Consultas médicas



#### Atención Médica Primaria

\$0 de copago por consulta

#### Especialistas

\$40 de copago por consulta

### Atención Médica Preventiva



\$0 de copago

Busque las filas con la manzana en la Tabla de beneficios médicos del Capítulo 4 en la Evidencia de Cobertura. Cualquier servicio médico preventivo adicional aprobado por Medicare durante el año del plan estará cubierto.

# Resumen de Primas y Beneficios (continuación)

## Molina Medicare Choice Care

### Atención de Emergencia

\$100 de copago, no se aplica si ingresa al hospital dentro de un plazo de 24 horas.



### Servicios urgentemente necesarios

\$25 de copago



### Servicios de Diagnóstico, Laboratorio e Imágenes



#### Pruebas y procedimientos de diagnóstico

\$0 de copago (centro independiente o consultorio médico) o el 20% del costo (hospital)

#### Servicios de laboratorio

\$0 de copago (centro independiente o consultorio médico) o el 20% del costo (hospital)

#### Servicios radiológicos de diagnóstico (como RM, TAC)

\$0 de copago (consultorio médico), \$125 de copago (centro independiente) o \$225 de copago (hospital)

#### Radiografías ambulatorias

\$0 de copago

#### Radiología terapéutica

\$0 de copago (centro independiente) o el 20% del costo (hospital)

*Es posible que se requiera autorización previa para algunos servicios.*

No se requiere autorización para los servicios de laboratorio ambulatorios y los servicios de radiografía ambulatorios. Las pruebas genéticas de laboratorio requieren autorización previa.

¿Tiene preguntas? Llame a nuestro equipo de Asesores Confiables de Medicare al (866) 403-8293, TTY: 711.

## Molina Medicare Choice Care

### **Servicios de Audición** Exámenes diagnósticos auditivos y de equilibrio cubiertos por Medicare



\$10 de copago

#### **Examen de audición de rutina**

\$0 de copago, 1 por año

#### **Evaluación/ajustes de audífono**

\$0 de copago, 1 cada año

#### **Audífonos**

\$0 de copago

Nuestro plan cubre hasta 2 audífonos preseleccionados cubiertos por un proveedor aprobado del plan cada 2 años

---

# Resumen de Primas y Beneficios (continuación)

## Molina Medicare Choice Care

### Servicios Dentales



#### Servicios dentales cubiertos por Medicare

\$20 de copago

#### Servicios dentales cubiertos por Medicare

\$0 de copago

#### Servicios dentales preventivos

\$0 de copago por visitas al consultorio

- Exámenes bucales
- Profilaxis (limpiezas)
- Tratamiento con fluoruro
- Radiografías dentales

#### Servicios dentales integrales

\$0 de copago por visitas al consultorio

Todos los servicios integrales que se muestran a continuación están cubiertos en el plan anual de cobertura de beneficios de una suma máxima de \$1,600:

- Extracciones
- Endodoncia
- Servicios de restauración
- Incisión y drenaje intraoral y extraoral
- Dentaduras postizas y ajustes de dentadura postiza
- Servicios no rutinarios como raspado, desbridamiento bucal completo, mantenimiento periodontal y tratamiento paliativo de emergencia
- Otros servicios como sedación profunda con cirugía bucal e inyección intravenosa con cirugía bucal

*Es posible que se requiera autorización previa.*

¿Tiene preguntas? Llame a nuestro equipo de Asesores Confiables de Medicare al (866) 403-8293, TTY: 711.

### Servicios para la Vista



### Servicios para la vista cubiertos por Medicare

- Examen de la vista para diagnosticar/tratar enfermedades de los ojos (incluido un examen preventivo anual para la detección del glaucoma): \$0 copago.
- Anteojos o lentes de contacto luego de una cirugía de cataratas: 20% del costo

### ¡Nos hemos asociado con un proveedor de visión para darle más valor a sus necesidades de visión de rutina!

Entre los servicios suplementarios para la vista cubiertos se incluyen, entre otros:

La cobertura incluye:

- Un examen de la vista rutinario cada año natural
- Asignación para artículos ópticos

Puede usar su asignación para anteojos de \$200 para comprar lo siguiente:

- Lentes de contacto\*
- Anteojos (lentes y marcos)
- Lentes de anteojos y/o monturas
- Mejoras (tales como lentes tintados, con protección UV, polarizados o fotocromáticos)

\*Si elige lentes de contacto, su asignación para anteojos también se puede usar para pagar la totalidad o una parte de su tarifa por ajuste de lentes de contacto.

Usted es responsable de pagar los anteojos correctivos que excedan el límite de la asignación para anteojos del plan.

Usted paga \$0 de copago por hasta un examen de la vista de rutina (y refracción) para lentes cada año calendario.

# Resumen de Primas y Beneficios (continuación)

## Molina Medicare Choice Care

### Servicios de salud mental



#### Consulta de paciente internado

Nuestro plan cubre hasta 190 días en toda la vida de atención mental para pacientes internados en un hospital psiquiátrico. El límite de atención en hospital para pacientes internados no se aplica a los servicios de salud mental proporcionados en un hospital general.

Nuestro plan cubre 90 días para una hospitalización.

Nuestro plan cubre 60 “días de reserva de por vida”. Estos son días “extra” que cubrimos. Si su internación en el hospital supera los 90 días, puede utilizar estos días adicionales. Pero una vez que haya utilizado estos 60 días adicionales, su cobertura de internación en el hospital se limitará a 90 días.

En 2024, las sumas por cada periodo de beneficios fueron las siguientes:

- \$1,632 de deducible por período de beneficios
- \$0 por los primeros 60 días de cada periodo de beneficios
- \$408 por día para los días del 61 al 90 de cada periodo de beneficios
- \$816 por “día de reserva de por vida” después del día 90 de cada periodo de beneficios (hasta un máximo de 60 días durante toda la vida)

Los montos pueden ser modificados para 2025.

*Es posible que se requiera autorización previa.*

#### Consulta de terapia individual/grupal para pacientes ambulatorios

\$45 de copago

### Centro de enfermería especializada



Nuestro plan cubre hasta 100 días en un centro de enfermería especializada por periodo de beneficios:

- \$0 de copago por día para los días del 1 al 20
- \$200 de copago por día para los días del 21 al 100

No se requiere hospitalización previa.

*Es posible que se requiera autorización previa.*

¿Tiene preguntas? Llame a nuestro equipo de Asesores Confiables de Medicare al (866) 403-8293, TTY: 711.

## Molina Medicare Choice Care

### Fisioterapia



#### **Fisioterapia y terapia del habla**

\$30 de copago

*Es posible que se requiera autorización previa.*

#### **Rehabilitación cardíaca**

\$30 de copago

*Es posible que se requiera autorización previa.*

#### **Rehabilitación pulmonar**

\$15 de copago

*Es posible que se requiera autorización previa.*

#### **Terapia de ejercicio supervisada (SET)**

\$20 de copago

*Es posible que se requiera autorización previa.*

#### **Servicios de terapia ocupacional**

\$30 de copago

*Es posible que se requiera autorización previa.*

---

### Ambulancia



20% del costo

*Se necesita una autorización previa únicamente para ambulancia que no sea de emergencia.*

---

### Transporte



\$0 de copago

Asignación de \$50 por mes para servicios de transporte (a cualquier ubicación relacionada con la salud) y beneficio de artículos de venta libre (OTC) combinados. La asignación que no se utilice no se transfiere al mes siguiente.

Debe utilizar la Tarjeta MyChoice para obtener los beneficios y servicios. Consulte la sección “Tarjeta MyChoice” para obtener más información.

---

# Resumen de Primas y Beneficios (continuación)

## Medicamentos de la Parte B de Medicare

**Medicamentos para quimioterapia o radioterapia y otros medicamentos de la Parte B**      \$0 de copago para el 20% del costo  
*Es posible que se requiera autorización previa.*

---

¿Tiene preguntas? Llame a nuestro equipo de Asesores Confiables de Medicare al (866) 403-8293, TTY: 711.

## Resumen de cobertura de medicamentos

	Farmacia minorista estándar	Farmacia de venta por correo
<b>Categoría 1: Genéricos preferidos</b>	\$3 de copago	\$3 de copago
Suministro de uno, dos o tres meses	\$6 de copago	\$6 de copago
	\$9 de copago	\$6 de copago
<b>Categoría 2: Genéricos</b>	\$12 de copago	\$12 de copago
Suministro de uno, dos o tres meses	\$24 de copago	\$24 de copago
	\$36 de copago	\$24 de copago
<b>Categoría 3: Marca preferida</b>	\$47 de copago	\$47 de copago
Suministro de uno, dos o tres meses	\$94 de copago	\$94 de copago
	\$141 de copago	\$94 de copago
<b>Insulinas seleccionadas</b>	\$35 de copago	\$35 de copago
Suministro de uno, dos o tres meses	\$70 de copago	\$70 de copago
	\$105 de copago	\$94 de copago
<b>Categoría 4: Medicamento no preferido</b>	\$100 de copago	\$100 de copago
Suministro de uno, dos o tres meses	\$200 de copago	\$200 de copago
	\$300 de copago	\$300 de copago
<b>Categoría 5: Categoría de medicamentos especializados</b>	33% del costo	33% del costo
Suministro de un mes (los medicamentos especializados tienen un límite de suministro de un mes).		

## Resumen de cobertura de medicamentos (continuación)

	Farmacia minorista estándar	Farmacia de venta por correo
<b>Categoría 6: Atención selecta</b>	\$0 de copago	\$0 de copago
	\$0 de copago	\$0 de copago
	\$0 de copago	\$0 de copago

---

¿Tiene preguntas? Llame a nuestro equipo de Asesores Confiables de Medicare al (866) 403-8293, TTY: 711.

## Etapas de cobertura de la Parte D

### **Etapa 1: Deducible**

Debido a que no hay deducible de medicamentos para el plan, esta etapa no se aplica a usted.

---

### **Etapa 2: Cobertura inicial**

Usted comienza en esta etapa cuando surte la primera receta médica del año. Durante esta etapa, el plan paga la parte que le corresponde por el costo de sus medicamentos y usted paga su parte del costo. Usted permanece en esta etapa hasta alcanzar el total de gastos de su bolsillo anual de \$2,000.

Si reside en un centro de atención a largo plazo, paga lo mismo que pagaría en una farmacia minorista. Puede obtener medicamentos en una farmacia fuera de la red al mismo costo que en una farmacia dentro de la red.

---

### **Etapa 3: Cobertura catastrófica**

Después de que los costos anuales de su propio bolsillo por sus medicamentos (incluidos los medicamentos adquiridos en una farmacia minorista y mediante pedido por correo) lleguen a \$2,000, el plan pagará todos los costos de sus medicamentos.

---

# Resumen de otros beneficios

## Molina Medicare Choice Care

### Acupuntura



### Acupuntura cubierta por Medicare

\$15 de copago

Se cubren hasta 12 consultas en 90 días por lumbago crónico. Se cubren hasta 8 sesiones adicionales en el mismo año para aquellos pacientes que demuestran una mejoría.

### Asesoramiento adicional para dejar de fumar y consumir tabaco



\$0 de copago

8 para consultas de asesoramiento ofrecidas además de Medicare.

### Examen físico anual



\$0 de copago

### Servicios de telesalud adicionales



\$0 de copago

Incluye servicios de médico de atención primaria

### Atención quiropráctica



### Servicios quiroprácticos cubiertos por Medicare

\$15 de copago

Manipulación de la columna para corregir una subluxación (cuando uno o más de los huesos de la columna se mueven de su posición).

### Diálisis



20% del costo

¿Tiene preguntas? Llame a nuestro equipo de Asesores Confiables de Medicare al (866) 403-8293, TTY: 711.

## Molina Medicare Choice Care

### Beneficio de acondicionamiento físico



\$0 de copago

Silver&Fit les ofrece a los miembros acceso a gimnasios contratados y kits de ejercicios para el hogar, en el caso de los miembros que prefieren hacer ejercicios en casa o mientras viajan.

### Cuidado de los pies (podología)



#### Exámenes y tratamiento de los pies cubiertos por Medicare

\$0 de copago

Exámenes y tratamiento de los pies si tiene daño nervioso relacionado con la diabetes o cumple determinadas condiciones.

*Es posible que se requiera autorización previa.*

### Educación para la salud



\$0 de copago

Programas que le ayudan a aprender a controlar sus condiciones de salud y que incluyen educación para la salud, materiales de aprendizaje, consejos de salud y consejos de cuidado.

### Atención médica domiciliaria



\$0 de copago

*Es posible que se requiera autorización previa.*

### Beneficio de alimentos



\$0 de copago

El ciclo de comidas estándar es un menú de 2 semanas con un total de 28 entregas de comidas, según las necesidades del miembro. Máximo de 56 comidas y 4 semanas por año. Debe cumplir con los criterios aprobados por el plan.

*Es posible que se requiera autorización previa.*

## Resumen de otros beneficios (continuación)

### Molina Medicare Choice Care

#### Equipos y suministros médicos



**Equipo médico duradero** (como sillas de ruedas u oxígeno)

20% del costo

**Suministros protésicos/médicos**

20% del costo

**Suministros y servicios para diabéticos:**

\$0 de copago

*Es posible que se requiera autorización previa para obtener el equipo médico duradero, los suministros médicos/ortopédicos y los suministros para diabéticos.*

*Se requiere autorización previa para calzado y accesorios para diabéticos.*

*No se requiere autorización previa para fabricantes preferidos.*

#### Línea de Consejos de Enfermería disponible las 24 horas

\$0 de copago

Disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana



#### Beneficio de nutrición/alimentación

\$0 de copago

12 sesiones individuales o grupales cada año; asesoramiento telefónico individual sobre nutrición, previa solicitud.



#### Servicios del programa de tratamiento de opioides

\$0 de copago

*Se requiere autorización previa para el medicamento.*



¿Tiene preguntas? Llame a nuestro equipo de Asesores Confiables de Medicare al (866) 403-8293, TTY: 711.

## Molina Medicare Choice Care

**Abuso de sustancias en pacientes ambulatorios** \$40 de copago  
Consultas de tratamiento individuales o grupales



*Es posible que se requiera autorización previa.*

**Artículos de venta libre** \$0 de copago



\$50 de asignación mensual para beneficios de venta libre (OTC) y servicios de transporte (a cualquier lugar relacionado con la salud). La asignación que no se utilice no se transfiere al mes siguiente.

Debe utilizar la Tarjeta MyChoice para obtener los beneficios y servicios. Consulte la sección “Tarjeta MyChoice” para obtener más información.

**Servicios de sangre para pacientes ambulatorios** \$0 de copago  
Deducible de 3 pintas exonerado



**Tecnologías de acceso remoto** \$0 de copago



**Atención médica urgente y de emergencia en todo el mundo** \$0 de copago  
Está cubierto para emergencias a nivel mundial y servicios de atención médica urgente hasta \$10,000.



## Resumen de otros beneficios (continuación)

### Molina Medicare Choice Care

#### Tarjeta MyChoice



\$0 de copago

Usted recibe una tarjeta de débito prepagada que se puede utilizar para determinados beneficios suplementarios del plan, tales como:

- Alimentos y productos.
- Artículos de venta libre
- Transporte (que no sea de emergencia)

Los fondos se cargan a la tarjeta todos los meses. Al final de cada mes, cualquier dinero asignado no utilizado no se transferirá al siguiente mes o año del plan.

\*Se aplican requisitos de elegibilidad

#### Beneficios suplementarios especiales para personas con enfermedades crónicas



\$0 de copago

\$35 cada mes para alimentos y productos. La asignación que no se utilice no se transfiere al mes siguiente.

*Es posible que se requiera autorización previa.*

Debe utilizar la Tarjeta MyChoice para obtener los beneficios y servicios. Consulte la sección “Tarjeta MyChoice” para obtener más información.

Los miembros deben completar una Evaluación de Riesgos para la Salud y cumplir con los criterios descritos en el Capítulo 4 de la Evidencia de Cobertura.

¿Tiene preguntas? Llame a nuestro equipo de Asesores Confiables de Medicare al (866) 403-8293, TTY: 711.

## Glosario de términos

### **Coseguro**

El porcentaje que usted paga como su parte del costo por los servicios médicos o los medicamentos recetados. Por ejemplo, si tiene un coseguro del 20%, usted debe pagar el 20% del costo de su factura médica.

### **Copago**

La suma fija que usted paga como su parte del costo de un servicio o suministro. Por ejemplo, puede tener un copago de \$20 cada vez que visite a su médico de atención primaria.

### **Deducible**

La suma que debe pagar por atención médica o recetas médicas antes de que nuestro plan comience a realizar los pagos.

### **“Ayuda Extra (Extra Help)”**

Un programa de Medicare que ayuda a personas de bajos ingresos y recursos a pagar los costos del programa de medicamentos recetados, como primas, deducibles y coseguro.

### **Atención a largo plazo**

Servicios y apoyo para personas que no pueden realizar actividades básicas de la vida diaria, como vestirse y bañarse. Medicare y la mayoría de los planes de seguro médico no pagan por atención a largo plazo.

### **Medicaid**

Un programa estatal y federal que proporciona cobertura médica para personas con bajos ingresos.

### **Medicare Advantage**

También conocido como la Parte C. Un tipo de plan de Medicare que ofrece una compañía privada aprobada por Medicare. Un plan de Medicare Advantage es una alternativa a Medicare Original. Proporciona todos los beneficios de la Parte A y la Parte B y, a menudo, ofrece beneficios adicionales, como atención dental y cuidado para la vista.

### **Medicare Original**

Parte A (seguro de hospital) y Parte B (seguro médico) de Medicare. La mayoría de las personas lo obtienen cuando cumplen 65 años. El Gobierno federal administra Medicare Original.

### **Máximo de gastos de su bolsillo**

La mayor cantidad de servicios cubiertos que debe pagar en un año. Una vez que alcanza este monto, su seguro cubre el 100% de su atención médicamente necesaria por el resto del año.

### **Prima**

El dinero que le paga mensualmente a Medicare o a un plan de atención médica para obtener cobertura.

## **Servicios médicos preventivos**

Atención médica para prevenir o detectar enfermedades en una etapa temprana. La mayoría de los planes de salud deben cubrir algunos servicios médicos preventivos importantes, como vacunas contra la gripe y exámenes preventivos de la presión arterial, sin costo alguno para usted.

## ¿Cómo puede inscribirse?



### **Solicitar por teléfono**

Llame al **(866) 403-8293, TTY: 711**, para inscribirse por teléfono. Nuestro equipo de asesores confiables de Molina Medicare responderá sus preguntas y le ayudará a inscribirse.



### **Solicitar en persona**

Si prefiere reunirse en persona con uno de nuestros asesores confiables de Molina Medicare, llámenos para programar una cita.



### **Solicitar por correo**

Simplemente llene la solicitud de inscripción y envíela usando el sobre con franqueo pagado. Si aún no tiene una solicitud de inscripción, llámenos y le enviaremos una por correo.



### **Solicitud en línea**

Visite **[MolinaHealthcare.com/Medicare](https://MolinaHealthcare.com/Medicare)** para realizar la solicitud en línea.

Molina Healthcare es un plan C-SNP, D-SNP y HMO con un contrato de Medicare. Los planes D-SNP tienen un contrato con el programa estatal de Medicaid. La inscripción depende de la renovación del contrato.



## Language Assistance Services

Free aids and services, such as sign language interpreters and written information in alternative formats are available to you. Call 1-800-665-0898 (TTY: 711).

### 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 1-800-665-0898. Someone who speaks English 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 1-800-665-0898. Alguien que hable español le podrá ayudar. Este es un servicio gratuito.

### Chinese Mandarin:

如果您对我们的健康计划或药品计划有任何问题，我们可以提供免费的口译服务回答您的问题。若要获得口译服务，请致电我们：1-800-665-0898。说普通话的人士会帮助您。这是免费服务。

### Chinese Cantonese:

我們有免費的口譯員服務，可回答您對於我們健康或藥物計劃的任何問題。若需要口譯員，請撥打1-800-665-0898 聯絡我們。能說广东话的人士會為您提供協助。這是免費的服務。

### Tagalog:

May mga libre kaming serbisyo ng interpreter para sagutin ang anumang posibleng katanungan ninyo tungkol sa aming planong pangkalusugan o plano sa gamot. Para kumuha ng interpreter, tawagan lang kami sa 1-800-665-0898. May makakatulong sa inyo na nagsasalita ng Tagalog. Isa itong 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 1-800-665-0898. Un interlocuteur parlant français pourra vous aider. Ce service est gratuit.

### Vietnamese:

Chúng tôi có các dịch vụ thông dịch miễn phí để trả lời các câu hỏi của quý vị về chương trình sức khỏe hoặc chương trình thuốc của chúng tôi. Để có thông dịch viên, hãy gọi cho chúng tôi theo số 1-800-665-0898. Sẽ có nhân viên nói tiếng Việt trợ giúp quý vị. Đây là dịch vụ miễn phí.

**German:**

Unser kostenloser Dolmetscherservice beantwortet Ihre Fragen zu unserem Gesundheits- und Arzneimittelplan. Unsere Dolmetscher erreichen Sie unter 1-800-665-0898. 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 1-800-665-0898번으로 문의해 주십시오. 한국어를 하는 담당자가 도와드릴 것입니다. 이 서비스는 무료로 운영됩니다.

**Russian:**

Получить ответы на вопросы о нашем медицинском страховом плане или о плане, покрывающем лекарства по рецепту, вам бесплатно помогут наши устные переводчики. Просто позвоните нам по номеру 1-800-665-0898. Вам бесплатно поможет русскоязычный сотрудник.

**Arabic:** إننا نقدم خدمات المترجم الفوري المجانية لإجابة عن أي أسئلة تتعلق بالصحة أو جدول الأدوية لدينا. للحصول على مترجم فوري، ليس عليك سوى الاتصال بنا على الرقم 1-800-665-0898. سيقوم شخص يتحدث العربية بمساعدتك. هذه خدمة مجانية.

**Hindi:**

हमारी स्वास्थ्य या दवा योजना के बारे में अगर आपके कुछ सवाल हैं, तो उनके जवाब देने के लिए हमारे पास निःशुल्क दुभाषिया सेवाएँ उपलब्ध हैं। दुभाषिया पाने के लिए, हमें 1-800-665-0898 पर कॉल करें। हृदि बोलने वाला कोई व्यक्ति आपकी मदद कर सकता है। यह एक निःशुल्क सेवा है।

**Italian:**

È disponibile un servizio di interpretariato gratuito per rispondere a eventuali domande sul nostro piano sanitario o farmaceutico. Per ottenere un interprete, contattare il numero 1-800-665-0898. 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 1-800-665-0898. 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 asirans medikaman nou an. Pou jwenn yon entèprèt, jis rele nou nan 1-800-665-0898. 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 1-800-665-0898. 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、1-800-665-0898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。

**Armenian:**

Մենք աւելեմք անվերաբարձանչական ծառայություններ՝ մեր առողջության կամ դեղերի ծրագրի վերաբերյալ Ձեր ցանկացած հարցին պատասխանելու համար: Թարգմանիչ ստանալու համար պարզապես զանգահարե՛ք մեզ՝ 1-800-665-0898 հեռախոսահամարով: Ինչ-որ մեկին, ով խոսում է հայերեն, կարող է օգնել Ձեզ: Սա անվերաբարձան է:

**Cambodian:**

យើងមានសេវាបកប្រែដោយឥតគិតថ្លៃដើម្បីឆ្លើយសំណួរណាមួយដែលអ្នកអាចមានអំពីគម្រោង សុខភាព ឬផ្លូវរបស់អ្នក។ យើង។ ដើម្បីទទួលបានអ្នកបកប្រែ សូមទូរស័ព្ទមកយើងតាមរយៈលេខ 1-800-665-0898 ។ អ្នកដែលស្គាល់ខ្មែរអាចជួយអ្នកបាន។ នេះ។ គឺជាសេវាកម្មឥតគិតថ្លៃ។

**Persian:** ما خدمات مترجم رایگان داریم تا به هر سؤالی که ممکن است در مورد طرح سلامت یا داروی خود داشته باشید پاسخ دهیم. برای دسترسی به مترجم شفاهی، کافی است با شماره 1-800-665-0898 با ما تماس بگیرید. کسی که در اینجا به زبان فارسی صحبت می کند، می تواند به شما کمک کند. این سرویس رایگان است.



## ¿Todo listo para inscribirse o tiene preguntas?

**Llame al (866) 403-8293, TTY: 711**

Los miembros actuales pueden llamar al:

**(800) 665-0898, TTY: 711**

El horario es del 1.º de octubre al 31 de marzo, de 8 a.m. a 8 p.m.

hora local, los 7 días de la semana. Del 1.º de abril al

30 de septiembre, de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m, hora local.

