



El Resumen de beneficios y cobertura (SBC) le ayudará a elegir un [plan](#) de salud. El SBC le muestra cómo usted y el [plan](#) compartirían el costo de los servicios cubiertos de atención médica. **NOTA:** La información sobre el costo de este [plan](#) (llamado [prima](#)) se brindará por separado. Este es solo un resumen. Para obtener más información sobre su cobertura o para obtener una copia de los términos completos de la cobertura, llame al 844-633-5325 o visite https://www.bswhealthplan.com/SiteCollectionDocuments/PlanDocs/2023/SOB/SWHP_2023_BHIW3M29_MED.pdf. Para consultar definiciones generales de términos comunes, como [monto permitido](#), [facturación de saldos](#), [coseguro](#), [copago](#), [deducible](#), [proveedor](#), u otro término [subrayado](#), consulte el glosario. Puede consultar el glosario en [HealthCare.gov/sbc-glossary](https://www.healthcare.gov/sbc-glossary) o llamar al 844-633-5325 para solicitar una copia.

| Preguntas importantes | Respuestas | Por qué es importante: |
|---|--|--|
| ¿Cuál es el deducible general? | \$7,600 por miembro/ \$15,200 por familia | Por lo general, debe pagar todos los costos de los proveedores hasta el monto del deducible antes de que este plan comience a pagar. Si tiene otros familiares en el plan , cada uno de ellos debe alcanzar su propio deducible individual hasta que el monto total de gastos de deducible pagados por todos los familiares alcance el deducible familiar general. |
| ¿Hay servicios cubiertos antes de alcanzar su deducible ? | Sí. La atención preventiva y ciertos medicamentos preventivos están cubiertos antes de que alcance su deducible . | Este plan cubre algunos artículos y servicios, aunque aún no haya alcanzado el monto del deducible . Sin embargo, puede que se aplique un copago o coseguro . Por ejemplo, este plan cubre ciertos servicios preventivos sin costo compartido y antes de que alcance su deducible . Encontrará una lista de los servicios preventivos cubiertos en HealthCare.gov/coverage/preventive-care-benefits . |
| ¿Hay otros deducibles para servicios específicos? | No | No tiene que cumplir con los deducibles para los servicios específicos. |
| ¿Cuál es el límite de gastos de bolsillo para este plan ? | \$9,100 por miembro/ \$18,200 por familia | El límite de gastos de bolsillo es el monto máximo que puede pagar en un año por los servicios cubiertos. Si tiene otros familiares en este plan , tienen que alcanzar sus propios límites de gastos de bolsillo hasta que se haya alcanzado el límite de gastos de bolsillo familiar general. |
| ¿Qué se excluye en el límite de gastos de bolsillo ? | Las primas y la atención médica que este plan no cubre. | Aunque pague estos costos, no se tienen en cuenta para el límite de gastos de bolsillo . |
| ¿Pagará menos si usa un proveedor de la red ? | Sí. Visite https://portal.swhp.org/#/search?netw_orkCode=BSW_PREM_HMO o llame al 844-633-5325 para obtener una lista de los proveedores de la red . | Este plan usa una red de proveedores . Pagará menos si usa un proveedor de la red del plan . Pagará más si usa un proveedor fuera de la red , y podría recibir una factura de un proveedor por la diferencia entre el cargo del proveedor y lo que paga su plan (facturación de saldos). Debe tener en cuenta que su proveedor de la red podría usar un proveedor fuera de la red para algunos servicios (como análisis de laboratorio). Consulte con su proveedor antes de recibir servicios. |

| Preguntas importantes | Respuestas | Por qué es importante: |
|---|------------|--|
| ¿Necesita una remisión para ver a un especialista ? | No | Puede consultar al especialista que elija sin una remisión . |



Todos los costos de [copago](#) y [coseguro](#) que se muestran en esta tabla se aplican después de haber alcanzado su [deducible](#), en caso de que se aplique un [deducible](#).

| Acontecimiento médico común | Servicios que puede necesitar | Lo que pagará | | Limitaciones, excepciones y otra información importante |
|--|---|---|--|--|
| | | Proveedor participante (pagará menos) | Proveedor no participante (pagará más) | |
| Si visita el consultorio o la clínica de un proveedor de atención médica | Consulta al médico de atención primaria para tratar una lesión o enfermedad | Pacientes adultos: Sin cargo por la primera visita por enfermedad, copago de \$35 por visita para visitas posteriores en ese año del plan , no se aplica deducible Pacientes pediátricos: Sin cargo, no se aplica el deducible | Sin cobertura | Ninguna |
| | Visita a un especialista | Copago de \$100 por visita, no se aplica el deducible | Sin cobertura | |
| | Atención preventiva/pruebas de detección /vacunas | Sin cargo | Sin cobertura | Es posible que deba pagar por los servicios que no sean preventivos. Pregúntele a su proveedor si los servicios necesarios son preventivos. Luego, verifique qué pagará el plan . |
| Si se le realiza un examen | Pruebas de diagnóstico (radiografía, análisis de sangre) | 30% después del deducible | Sin cobertura | Ninguna |
| | Diagnóstico por imágenes (TC/TEP, RM) | 30% después del deducible | Sin cobertura | Los servicios que requieran autorización previa y no estén autorizados previamente serán denegados. Visite BSWHealthPlan.com o llame al 844-633-5325. |

| Acontecimiento médico común | Servicios que puede necesitar | Lo que pagará | | Limitaciones, excepciones y otra información importante |
|--|---|--|--|---|
| | | Proveedor participante (pagará menos) | Proveedor no participante (pagará más) | |
| Si necesita medicamentos para tratar su enfermedad o afección Encontrará más información sobre la cobertura de medicamentos con receta en BSWHealthPlan.com/individuals-families/Pages/Marketplace | Medicamentos genéricos (Nivel 1) | <u>Copago</u> de \$25 por medicamento con receta, no se aplica el <u>deducible</u> | Sin cobertura | Los copagos son para un suministro de 30 días. Los medicamentos de mantenimiento están permitidos para un suministro de hasta 90 días por tres (3) copagos si se obtienen a través de una farmacia participante. Pedido por correo: disponible para un suministro de 1 a 90 días. Los medicamentos que no son de mantenimiento y que se obtienen a través de pedidos por correo están limitados a un suministro máximo de 30 días. Los medicamentos especializados están limitados a un suministro de 30 días. La insulina recetada incluida en el Formulario tiene un copago máximo de \$25 por medicamento con receta para un suministro de 30 días. Ciertos medicamentos preventivos están cubiertos sin cargo y no están sujetos a la deducible . Los niveles 2 a 4 pueden incluir la marca y medicamentos genéricos. |
| | Medicamentos de marca preferida (Nivel 2) | <u>Copago</u> de \$55 por medicamento con receta después del <u>deducible</u> | Sin cobertura | |
| | Medicamentos de marca no preferida (Nivel 3) | <u>Copago</u> de \$150 por medicamento con receta después del <u>deducible</u> | Sin cobertura | |
| | Medicamentos especializados (y medicamentos contra el cáncer para uso oral) (Nivel 4) | <u>Copago</u> de \$500 por medicamento con receta después del <u>deducible</u> | Sin cobertura | |
| Si se le realiza una intervención quirúrgica ambulatoria | Tarifa del centro (por ejemplo, centro quirúrgico ambulatorio) | 30% después del <u>deducible</u> | Sin cobertura | Los servicios que requieran autorización previa y no estén autorizados previamente serán denegados. Visite BSWHealthPlan.com o llame al 844-633-5325. |
| | Honorarios del médico/cirujano | 30% después del <u>deducible</u> | Sin cobertura | |
| Si necesita atención médica inmediata | Atención en la sala de emergencias | 30% después del <u>deducible</u> | 30% después del <u>deducible</u> | El copago de la sala de emergencias no se aplica si el episodio tiene como resultado la hospitalización por la misma afección dentro de las 24 horas. |
| | Transporte médico de emergencia | 30% después del <u>deducible</u> | 30% después del <u>deducible</u> | Ninguna |

| Acontecimiento médico común | Servicios que puede necesitar | Lo que pagará | | Limitaciones, excepciones y otra información importante |
|--|--|--|---|---|
| | | Proveedor participante (pagará menos) | Proveedor no participante (pagará más) | |
| | Atención de urgencia | <u>Copago</u> de \$100 por visita, no se aplica el <u>deducible</u> | <u>Copago</u> de \$100 por visita, no se aplica el <u>deducible</u> | |
| Si es hospitalizado | Tarifa del centro (por ejemplo, habitación del hospital) | 30% después del <u>deducible</u> | Sin cobertura | Los servicios que requieran autorización previa y no estén autorizados previamente serán denegados. Visite BSWHealthPlan.com o llame al 844-633-5325. |
| | Honorarios del médico/cirujano | 30% después del <u>deducible</u> | Sin cobertura | |
| Si necesita servicios de salud mental, salud conductual o por abuso de sustancias | Servicios para pacientes externos | Pacientes adultos: <u>Copago</u> de \$35 por visita al consultorio, no se aplica el <u>deducible</u> ; 30% después del <u>deducible</u> para todos los demás servicios para pacientes externos Pacientes pediátricos: Sin cargo por visita al consultorio, no se aplica el <u>deducible</u> ; 30% después del <u>deducible</u> para todos los demás servicios para pacientes externos | Sin cobertura | Los servicios que requieran autorización previa y no estén autorizados previamente serán denegados. Visite BSWHealthPlan.com o llame al 844-633-5325. |
| | Servicios para pacientes internados | 30% después del <u>deducible</u> | Sin cobertura | |
| Si está embarazada | Visitas al consultorio | <u>Copago</u> de \$35 por visita, no se aplica el <u>deducible</u> | Sin cobertura | El <u>costo compartido</u> no se aplica a la atención preventiva . Según el tipo de servicio, se puede aplicar un <u>copago</u> , un <u>coseguro</u> o un <u>deducible</u> . La atención de maternidad puede incluir pruebas y servicios descritos en otras partes del SBC (p. ej., ecografía). |

| Acontecimiento médico común | Servicios que puede necesitar | Lo que pagará | | Limitaciones, excepciones y otra información importante |
|--|--|--|--|--|
| | | Proveedor participante (pagará menos) | Proveedor no participante (pagará más) | |
| | Servicios profesionales para nacimiento/parto | 30% después del <u>deducible</u> | Sin cobertura | La atención de internación de la madre y del recién nacido en un centro de atención médica está cubierta durante un plazo mínimo de 48 horas después de un parto vaginal sin complicaciones y 96 horas después de un parto por cesárea sin complicaciones. |
| | Servicios de un centro para nacimiento/parto | 30% después del <u>deducible</u> | Sin cobertura | |
| Si necesita ayuda en la recuperación o tiene otras necesidades especiales de salud | Atención médica a domicilio | 30% después del <u>deducible</u> | Sin cobertura | Se limita a 60 visitas por año del plan . Los servicios que requieran autorización previa y no estén autorizados previamente serán denegados. Visite BSWHealthPlan.com o llame al 844-633-5325. |
| | Servicios de rehabilitación | <u>Copago</u> de \$35 por visita, no se aplica el <u>deducible</u> | Sin cobertura | Se limitan a 35 visitas para los servicios de rehabilitación y 35 visitas para los servicios de habilitación por año del plan . El límite se combina para fisioterapia, terapia ocupacional, terapia del habla y atención quiropráctica. No se aplican límites para las terapias para niños con retrasos en el desarrollo o trastorno del espectro autista y los servicios de salud mental. Los servicios que requieran autorización previa y no estén autorizados previamente serán denegados. Visite BSWHealthPlan.com o llame al 844-633-5325. |
| | Servicios de habilitación | <u>Copago</u> de \$35 por visita, no se aplica el <u>deducible</u> | Sin cobertura | |
| | Atención de enfermería especializada | 30% después del <u>deducible</u> | Sin cobertura | Se limita a 25 días por año del plan . Los servicios que requieran autorización previa y no estén autorizados previamente serán denegados. Visite BSWHealthPlan.com o llame al 844-633-5325. |

| Acontecimiento médico común | Servicios que puede necesitar | Lo que pagará | | Limitaciones, excepciones y otra información importante |
|--|--|---|--|--|
| | | Proveedor participante (pagará menos) | Proveedor no participante (pagará más) | |
| | Equipo médico duradero | 30% después del <u>deducible</u> | Sin cobertura | Los servicios que requieran autorización previa y no estén autorizados previamente serán denegados. Visite BSWHealthPlan.com o llame al 844-633-5325. |
| | Servicios de cuidados paliativos | 30% después del <u>deducible</u> | Sin cobertura | |
| Si su hijo necesita atención dental u oftalmológica | Examen de la vista para niños | <u>Copago</u> de \$100 por visita, no se aplica el <u>deducible</u> | Sin cobertura | Se limita a un examen de la vista por año del plan . |
| | Anteojos para niños | <u>Copago</u> de \$100 por par, no se aplica el <u>deducible</u> | Sin cobertura | Se limita a un par de anteojos por año del plan . |
| | Control dental para pacientes pediátricos | Sin cobertura | Sin cobertura | Ninguna |

Servicios excluidos y otros servicios cubiertos:

Servicios que su [plan](#), por lo general, NO cubre (consulte la documentación de su póliza o el [plan](#) para obtener más información y una lista de otros [servicios excluidos](#)).

- Aborto (excepto cuando la vida de la mujer está en peligro)
- Acupuntura
- Cirugía bariátrica
- Cirugía estética
- Atención dental (pacientes adultos y pediátricos)
- Tratamiento de la infertilidad
- Atención a largo plazo
- Atención que no sea de emergencia cuando viaje fuera de los EE. UU.
- Atención oftalmológica de rutina (adultos)
- Atención de los pies de rutina
- Programas para la pérdida de peso

Otros servicios cubiertos (Pueden aplicarse limitaciones a estos servicios. Esta no es una lista completa. Consulte la documentación de su [plan](#)).

- Atención quiropráctica (incluida en los [servicios de rehabilitación](#) y los [servicios de habilitación](#))
- Audífonos (se limitan a un dispositivo por oído cada 3 años)
- Atención de enfermería privada cuando sea [medicamento necesaria](#) y esté [autorizada previamente](#) (Se aplican limitaciones cuando se utiliza con el servicio de [atención médica a domicilio](#))

Sus derechos de continuar la cobertura: Hay agencias que pueden ayudarlo si desea continuar con su cobertura después de que finalice. Esta es la información de contacto de esas agencias: Baylor Scott & White Health Plan al 844-633-5325 o [BSWHealthPlan.com](#); Departamento de Seguros de Texas al 800-578-4677 o [TDI.texas.gov](#); Administración para la Seguridad de los Beneficios del Trabajador del Departamento de Trabajo al 866-444-EBSA (3272) o [DOL.gov/agencias/ebsa/about-ebsa/ask-a-question/ask-ebsa](#). Es posible que también haya otras opciones de cobertura disponibles para usted, como comprar cobertura de seguro individual a través del [Mercado](#) de [seguros médicos](#). Para obtener más información sobre el [Mercado](#), visite [HealthCare.gov](#) o llame al 800-318- 2596.

Sus derechos de apelaciones y quejas formales: Hay agencias que pueden ayudar si tiene una queja sobre su [plan](#) por la denegación de un [reclamo](#). Esta queja se denomina [queja formal](#) o [apelación](#). Para obtener más información sobre sus derechos, consulte la explicación de beneficios que recibirá para dicho [reclamo](#) médico. La documentación de su [plan](#) también proporciona información completa sobre la manera de presentar un [reclamo](#), una [apelación](#) o una [queja formal](#) por cualquier motivo ante su [plan](#). Para obtener más información sobre sus derechos o sobre este aviso o para recibir asistencia, comuníquese con las siguientes entidades: Baylor Scott & White Health Plan al 844-633-5325 o [BSWHealthPlan.com](#); Departamento de Seguros de Texas al 800-578-4677 o [TDI.texas.gov](#).

¿Este [plan](#) proporciona cobertura esencial mínima? Sí.

La [cobertura esencial mínima](#) generalmente incluye [planes](#), [seguros médicos](#) disponibles a través del [Mercado](#) u otras pólizas de mercado individuales, Medicare, Medicaid, CHIP, TRICARE y otras coberturas específicas. Si usted es elegible para determinados tipos de [cobertura esencial mínima](#), tal vez no sea elegible para el [crédito fiscal para primas](#).

¿Este [plan](#) cumple con los estándares de valor mínimo? No corresponde

Si su [plan](#) no cumple con los [estándares de valor mínimo](#), usted puede ser elegible para recibir un [crédito fiscal para primas](#) para ayudarlo a pagar un [plan](#) a través del [Mercado](#).

Servicios de acceso a idiomas:

Español (Spanish): Para obtener asistencia en español, llame al 844-633-5325.

Para ver ejemplos de cómo este [plan](#) podría cubrir los costos para una situación médica de muestra, consulte la siguiente sección.

Acerca de estos ejemplos de cobertura:



Esto no es una calculadora de costos. Los tratamientos que se muestran son solo ejemplos de cómo este [plan](#) podría cubrir la atención médica. Los costos reales que deberá pagar serán diferentes según la atención que reciba, los precios que cobren los [proveedores](#) y muchos otros factores. Concéntrese en los montos de [costo compartido](#) ([deducibles](#), [copagos](#) y [coseguro](#)) y en los [servicios excluidos](#) según el [plan](#). Utilice esta información para comparar la parte de los costos que podría pagar según los diferentes [planes](#) de salud. Tenga en cuenta que estos ejemplos de cobertura están basados solo en una cobertura individual.

Peg tendrá un bebé

(9 meses de atención prenatal dentro de la red y parto en el hospital)

- El [deducible](#) general del [plan](#) \$7,600
- [Copago](#) del [especialista](#) \$100
- [Coseguro](#) del hospital (centro) 30%
- Otro [coseguro](#) 30%

Este acontecimiento de EJEMPLO incluye servicios como los siguientes:

Visitas al consultorio del [especialista](#) (atención prenatal)

Servicios profesionales para nacimiento/parto

Servicios de un centro para nacimiento/parto

[Pruebas de diagnóstico](#) (análisis de sangre y ecografías)

Visita a un [especialista](#) (anestesia)

| | |
|--------------------------------|-----------------|
| Costo total del ejemplo | \$12,700 |
|--------------------------------|-----------------|

En este ejemplo, Peg pagaría lo siguiente:

| Costo compartido | |
|------------------------------------|----------------|
| Deducibles | \$7,600 |
| Copagos | \$0 |
| Coseguro | \$1,100 |
| Lo que no está cubierto | |
| Límites o exclusiones | \$60 |
| El total que pagaría Peg es | \$8,760 |

Control de la diabetes tipo 2 de Joe

(un año de atención de rutina dentro de la red para una afección bien controlada)

- El [deducible](#) general del [plan](#) \$7,600
- [Copago](#) del [especialista](#) \$100
- [Coseguro](#) del hospital (centro) 30%
- Otro [coseguro](#) 30%

Este acontecimiento de EJEMPLO incluye servicios como los siguientes:

Visitas al consultorio del [médico de atención primaria](#) (incluye educación sobre la enfermedad)

[Pruebas de diagnóstico](#) (análisis de sangre)

[Medicamentos con receta](#)

[Equipo médico duradero](#) (glucómetro)

| | |
|--------------------------------|----------------|
| Costo total del ejemplo | \$5,600 |
|--------------------------------|----------------|

En este ejemplo, Joe pagaría lo siguiente:

| Costo compartido | |
|------------------------------------|----------------|
| Deducibles | \$100 |
| Copagos | \$1,000 |
| Coseguro | \$200 |
| Lo que no está cubierto | |
| Límites o exclusiones | \$20 |
| El total que pagaría Joe es | \$1,320 |

Fractura simple de Mia

(visita a la sala de emergencias y atención de seguimiento dentro de la red)

- El [deducible](#) general del [plan](#) \$7,600
- [Copago](#) del [especialista](#) \$100
- [Coseguro](#) del hospital (centro) 30%
- Otro [coseguro](#) 30%

Este acontecimiento de EJEMPLO incluye servicios como los siguientes:

[Atención en la sala de emergencias](#) (incluye suministros médicos)

[Prueba de diagnóstico](#) (radiografía)

[Equipo médico duradero](#) (muletas)

[Servicios de rehabilitación](#) (fisioterapia)

| | |
|--------------------------------|----------------|
| Costo total del ejemplo | \$2,800 |
|--------------------------------|----------------|

En este ejemplo, Mia pagaría lo siguiente:

| Costo compartido | |
|------------------------------------|----------------|
| Deducibles | \$1,800 |
| Copagos | \$400 |
| Coseguro | \$70 |
| Lo que no está cubierto | |
| Límites o exclusiones | \$0 |
| El total que pagaría Mia es | \$2,270 |

El [plan](#) sería responsable de los otros costos de los servicios cubiertos en este EJEMPLO.

Aviso de No Discriminación



ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-844-633-5325 (TTY: 711).

Baylor Scott & White Health Plan cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. Baylor Scott & White Health Plan no excluye a las personas ni las trata de forma diferente debido a su origen étnico, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo.

Baylor Scott & White Health Plan:

- Proporciona asistencia y servicios gratuitos a las personas con discapacidades para que se comuniquen de manera eficaz con nosotros, como los siguientes:
 - Información escrita en otros formatos (letra grande y formatos electrónicos accesibles)
- Proporciona servicios lingüísticos gratuitos a personas cuya lengua materna no es el inglés, como los siguientes:
 - Intérpretes capacitados
 - Información escrita en otros idiomas

Si necesita estos servicios, comuníquese con el Oficial de Cumplimiento de Baylor Scott & White Health Plan al 1-214-820-8888 o envíe un correo electrónico a HPCompliance@BSWHealth.org.

Si cree que Baylor Scott & White Health Plan no ha brindado estos servicios o ha sido discriminado de otra manera por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, puede presentar una queja formal con:

Baylor Scott & White Health Plan, Compliance Officer
1206 West Campus Drive, Suite 151
Temple, Texas 76502

Línea de ayuda de cumplimiento; 1-888-484-6977 o <https://app.mycompliancereport.com/report?cid=swhp>

Puede presentar una queja en persona o por correo, en línea o por correo electrónico. Si necesita ayuda para presentar un reclamo, el Oficial de Cumplimiento está disponible para ayudarlo.

También puede presentar un reclamo de derechos civiles ante la Office for Civil Rights (Oficina de Derechos Civiles) del Department of Health and Human Services (Departamento de Salud y Servicios Humanos) de EE. UU. de manera electrónica a través de Office for Civil Rights Complaint Portal, disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o bien, por correo postal a la siguiente dirección o por teléfono a los números que figuran a continuación:

U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue, SW
Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201
1-800-368-1019, 1-800-537-7697 (TDD)

Puede obtener los formularios de reclamo en el sitio web <https://www.hhs.gov/civil-rights/filing-a-complaint/index.html>.

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 1-844-633-5325. 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 1-844-633-5325. 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 1-844-633-5325。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 1-844-633-5325。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 panggagamot. Upang makakuha ng tagasaling-wika, tawagan lamang kami sa 1-844-633-5325. 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 1-844-633-5325. 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 1-844-633-5325 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 1-844-633-5325. 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 1-844-633-5325 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 1-844-633-5325. 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 1-844-633-5325 العربية. 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 1-844-633-5325 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 1-844-633-5325. Un nostro incaricato che parla Italianovi fornirà l'assistenza necessaria. È un servizio gratuito.

Portugués: 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 1-844-633-5325. 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 1-844-633-5325. 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 1-844-633-5325. 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、1-844-633-5325 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。