



Ventaja de Medicare 2024

RESUMEN DE BENEFICIOS

ATRIO Choice Rx y Prime Rx (PPO)

Cobertura del área de servicio para los condados de Marion y Polk

Los ID del plan incluyen: H7006-007, H7006-003

1 de enero de 2024 - 31 de diciembre de 2024

Resumen de beneficios 2024

1 de enero de 2024 – 31 de diciembre de 2024



Tabla de contenido

Acerca del Resumen de Beneficios y ¿Quién puede inscribirse?	1
¿Qué médicos, hospitales y farmacias puedo utilizar?	1
Consejos para comparar su lista de verificación previa a la inscripción en Medicare Choices	1
Prima del plan	2
Deducible del plan	2
Límites de gastos de bolsillo	2
Beneficios médicos y hospitalarios cubiertos	2
Atención hospitalaria para pacientes hospitalizados (agudos)	2
Hospital Ambulatorio	2
Centro de Cirugía Ambulatoria	2
Visitas al consultorio del médico	2
Cuidado preventivo	3
Atención de emergencia y urgencia	3
Servicios de pruebas de diagnóstico, laboratorio, rayos X y radiología.	3
Servicios de audición	4
Servicios dentales	4
Servicios de visión	4
Servicios de salud mental	5
Centro de enfermería especializada (SNF)	5
Terapia ocupacional, física y del habla	5
Ambulancia	6
Transporte	6
Medicamentos de la Parte B de Medicare	6
Visitas Virtuales / Telesalud	6
Equipo médico duradero (DME) y suministros para diabéticos	6
Aptitud física	6
Artículos de venta libre	6
Comidas	7
Sistema personal de respuesta a emergencias (PERS)	7
Terapias alternativas (servicios de quiropráctica, acupuntura y naturopatía)	7
Beneficios de medicamentos recetados de la Parte D de Medicare	8
Etapa Deducible	8
Etapa de cobertura inicial	8
Etapa de brecha de cobertura	8
Etapa de cobertura catastrófica	8

*Los proveedores fuera de la red/no contratados no tienen la obligación de tratar a los miembros del Plan, excepto en situaciones de emergencia. Llame a nuestro número de servicio al cliente o consulte su Evidencia de cobertura para obtener más información, incluido el costo compartido que se aplica a los servicios fuera de la red. atriohp.com

Resumen de beneficios 2024

1 de enero de 2024 – 31 de diciembre de 2024



Acerca del resumen de beneficios y quién puede unirse

Este es un resumen de los servicios de salud y medicamentos de ATRIO Health Plans cubiertos por [ATRIO Choice Rx \(PPO\)](#) y [ATRIO Prime Rx \(PPO\)](#). La información de beneficios proporcionada no muestra todos los servicios que cubrimos ni todas las limitaciones o exclusiones. Para obtener una lista completa de los servicios que cubrimos, consulte la Evidencia de cobertura en [atriohp.com](#). Para inscribirse en un plan [Medicare Advantage](#) de ATRIO Health Plans, debe tener derecho a la Parte A de Medicare, estar inscrito en la Parte B de Medicare y vivir en nuestra área de servicio.

[Nuestra área de servicio para estos planes incluye los condados de Marion y Polk en Oregon.](#)

¿A qué médicos, hospitales y farmacias puedo acudir?

ATRIO Health Plans cuenta con una red de médicos, hospitales, farmacias y otros proveedores. Si utiliza los proveedores de nuestra red, es posible que pague menos por sus servicios cubiertos. Si utiliza proveedores que no están en nuestra red, es posible que tenga que pagar un costo de bolsillo más alto. Por lo general, debe utilizar farmacias de la red para surtir sus medicamentos recetados (si elige un plan que incluye cobertura de medicamentos). Puede consultar el Formulario (lista de medicamentos recetados de la Parte D), el Directorio de proveedores y el Directorio de farmacias de nuestro plan en nuestro sitio web, [atriohp.com](#).

Consejos para comparar sus opciones de Medicare

Si desea saber más sobre la cobertura y los costos de Medicare Original, consulte su manual actual "Medicare y usted". Véalo en línea en [medicare.gov](#) u obtenga una copia llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Lista de verificación de preinscripción

Antes de tomar una decisión de inscripción, es importante que comprenda completamente nuestros beneficios y reglas.

Si tiene alguna pregunta, puede llamar y hablar con un representante de servicio al cliente al 1-877-672-8620 (TTY 711), todos los días de 8 am a 8 pm hora local.

Comprender los beneficios	
	La Evidencia de Cobertura (EOC) proporciona una lista completa de toda la cobertura y los servicios. Es importante revisar la cobertura, los costos y los beneficios del plan antes de inscribirse. Visita atriohp.com o llame al 1-877-672-8620 (TTY 711) para ver una copia de la EOC.
	Revise el directorio de proveedores (o pregúntele a su médico) para asegurarse de que los médicos que ve ahora estén en la red. Si no figuran en la lista, significa que probablemente tendrá que seleccionar un nuevo médico.
	Si elige un plan que incluye cobertura de medicamentos, revise el directorio de farmacias para asegurarse de que la farmacia que utiliza para cualquier medicamento recetado esté dentro de la red. Si la farmacia no figura en la lista, probablemente tendrá que seleccionar una nueva farmacia para sus recetas.
	Revise el formulario para asegurarse de que sus medicamentos estén cubiertos.
Comprender las reglas importantes	
	Además de la prima mensual de su plan (si corresponde), debe continuar pagando su plan de Medicare. Prima de la Parte B. Esta prima normalmente se deduce de su cheque del Seguro Social cada mes.
	Los beneficios, primas y/o copagos/coseguros pueden cambiar el 1 de enero de 2025.
	Nuestro plan le permite consultar proveedores fuera de nuestra red (proveedores no contratados). Sin embargo Si bien pagaremos los servicios cubiertos, el proveedor debe aceptar tratarlo. Excepto en un En una situación de emergencia o urgencia, los proveedores no contratados pueden negar la atención. Además pagarás un copago más alto por servicios recibidos por proveedores no contratados.

ATRIO Health Plans es un PPO, HMO y HMO D-SNP con contratos de Medicare y Oregon Health Plan.

La inscripción en los Planes de Salud ATRIO depende de la renovación del contrato.

H7006_SB_OR_MP_2024_M H7006-007, H7006-003

Resumen de beneficios 2024

1 de enero de 2024 – 31 de diciembre de 2024



Marion, condados de Polk, Oregón

	ATRIO Choice Rx (PPO) H7006-007	ATRIO Prime Rx (PPO) H7006-003
Prima del plan	\$0 por mes \$84 por mes	
	También debe continuar pagando su prima de la Parte B de Medicare \$0 por	
Deducible del plan	año \$0 por año	
Fuera de su bolsillo Máximos	En red: • \$4,500 por servicios recibidos de proveedores dentro de la red Conjunto: • \$6,500 por servicios recibidos de cualquier proveedor	En red: • \$2,950 por servicios recibidos de proveedores dentro de la red Conjunto: • \$5,700 por servicios recibidos de cualquier proveedor
Lo que usted paga por los servicios dentro de la red también se aplica a los límites de desembolso personal.		
Beneficios médicos y hospitalarios cubiertos (los servicios marcados con * pueden requerir autorización previa)		
Atención hospitalaria para pacientes hospitalizados (Agudo) *	En red: • Copago de \$425 por día para los días 1 a 5; \$0 días 6-90 Fuera de la red: • Copago de \$550 por día para los días 1 a 5; \$0 días 6-90	En red: • Copago de \$290 por día para los días 1 a 8; \$0 días 9-90 Fuera de la red: • Copago de \$395 por día para los días 1 a 7; \$0 días 8-90
Hospital Ambulatorio Servicios *	En red: • Copago de \$425 Fuera de la red: • Copago de \$550	En red: • Copago de \$290 Fuera de la red: • Copago de \$395
Cirugía ambulatoria Servicios del Centro *	En red: • Copago de \$225 Fuera de la red: • Copago de \$325	En red: • Copago de \$225 Fuera de la red: • Copago de \$225
Visitas al consultorio del médico	Médico de atención primaria (PCP)	
	En red: • Copago de \$0 Fuera de la red: • Copago de \$50	En red: • Copago de \$0 Fuera de la red: • Copago de \$30
	Especialistas	
	En red: • Copago de \$40 Fuera de la red: • Copago de \$65	En red: • Copago de \$25 Fuera de la red: • Copago de \$50

Resumen de beneficios 2024

1 de enero de 2024 – 31 de diciembre de 2024



Marion, condados de Polk, Oregón

	ATRIO Choice Rx (PPO) H7006-007	ATRIO Prime Rx (PPO) H7006-003
Cuidado preventivo	• No paga nada por los servicios preventivos cubiertos por Medicare. • Nuestro plan también cubre un examen físico anual complementario sin costo.	
Cuidados de emergencia	Dentro y fuera de la red: • Copago de \$120 (no se aplica si ingresa dentro de las 24 horas por la misma afección)	Dentro y fuera de la red: • Copago de \$125 (no se aplica si ingresa dentro de las 24 horas por la misma afección)
Cobertura mundial de atención de emergencia/urgencia		
Atención de urgencias	Dentro y fuera de la red: • Copago de \$45 (no se aplica si ingresa dentro de las 24 horas por la misma afección)	Dentro y fuera de la red: • Copago de \$65 (no se aplica si ingresa dentro de las 24 horas por la misma afección)
Pruebas de Diagnóstico, Laboratorio, Rayos X y Diagnóstico / Radiología Terapéutica Servicios *	Servicios de radiología de diagnóstico* (como resonancias magnéticas, tomografías computarizadas)	
	Dentro de la red: • Copago de \$0 a \$150 Fuera de la red: • 30% de coseguro	Dentro de la red: • Copago de \$0 a \$100 Fuera de la red: • 30% de coseguro
	Otras pruebas y procedimientos de diagnóstico *	
	Dentro de la red: • Copago de \$0 a \$20 Fuera de la red: • 30% de coseguro	Dentro de la red: • \$0-\$15 de copago Fuera de la red: • 30% de coseguro
	Servicios de laboratorio *	
	Dentro de la red: • \$0 de copago Fuera de la red: • Copago de \$20	Dentro de la red: • \$0 de copago Fuera de la red: • \$0 de copago
	Servicios de Radiología Terapéutica* (como tratamiento de radiación para el cáncer)	
	Dentro de la red: • \$60 de copago Fuera de la red: • 30% de coseguro	Dentro de la red: • \$60 de copago Fuera de la red: • 30% de coseguro
	Radiografías para pacientes ambulatorios	
	Dentro de la red: • \$15 de copago Fuera de la red: • Copago de \$20	Dentro de la red: • \$15 de copago Fuera de la red: • Copago de \$15

Resumen de beneficios 2024

1 de enero de 2024 – 31 de diciembre de 2024



Marion, condados de Polk, Oregón

	ATRIO Choice Rx (PPO) H7006-007	ATRIO Prime Rx (PPO) H7006-003
Servicios de audición	Exámenes de audición (atención auditiva suplementaria y cubierta por Medicare)	
Exámenes para diagnosticar y tratar problemas de audición y equilibrio, y un examen de rutina anual.	En red:	En red:
	<ul style="list-style-type: none"> Copago de \$45 Fuera de la red: <ul style="list-style-type: none"> Copago de \$65 Dentro y fuera de la red: <ul style="list-style-type: none"> Copago de \$0 por un examen de rutina por año 	<ul style="list-style-type: none"> Copago de \$25 Fuera de la red: <ul style="list-style-type: none"> Copago de \$50 Dentro y fuera de la red: <ul style="list-style-type: none"> Copago de \$0 por un examen de rutina por año
Se debe utilizar el proveedor de Amplifon para obtener beneficios de audífonos	Audífonos	
	En red:	En red:
	<ul style="list-style-type: none"> Copago de \$699 o \$999 por ayuda, hasta dos por año 	<ul style="list-style-type: none"> Copago de \$699 o \$999 por ayuda, hasta dos por año
Servicios dentales	Atención dental (atención dental suplementaria y cubierta por Medicare)	
dental limitada servicios (no incluye servicios relacionados con atención, tratamiento, empaste, extracción o reemplazo de dientes)	En red:	En red:
	<ul style="list-style-type: none"> Copago de \$0 Fuera de la red: <ul style="list-style-type: none"> Copago de \$0 Dentro y fuera de la red: <ul style="list-style-type: none"> Asignación de hasta \$1,750 por año en la Tarjeta Flex para servicios preventivos e integrales en cualquier proveedor dental 	<ul style="list-style-type: none"> Copago de \$25 Fuera de la red: <ul style="list-style-type: none"> Copago de \$45 Dentro y fuera de la red: <ul style="list-style-type: none"> Asignación de hasta \$1,750 por año en la Tarjeta Flex para servicios preventivos e integrales en cualquier proveedor dental
Servicios de visión	Exámenes de la vista (atención de la vista suplementaria y cubierta por Medicare)	
Exámenes para diagnosticar y tratar enfermedades y afecciones oculares (incluido el examen anual de glaucoma)	En red:	En red:
	<ul style="list-style-type: none"> Copago de \$45 Fuera de la red: <ul style="list-style-type: none"> Copago de \$65 En red: <ul style="list-style-type: none"> \$0 de copago por examen anual Fuera de la red: <ul style="list-style-type: none"> \$65 de copago por examen anual 	<ul style="list-style-type: none"> Copago de \$15 Fuera de la red: <ul style="list-style-type: none"> Copago de \$15 En red: <ul style="list-style-type: none"> \$0 de copago por examen anual Fuera de la red: <ul style="list-style-type: none"> 50% de coseguro por examen anual

Resumen de beneficios 2024

1 de enero de 2024 – 31 de diciembre de 2024



Marion, condados de Polk, Oregón

	ATRIO Choice Rx (PPO) H7006-007	ATRIO Prime Rx (PPO) H7006-003
Servicios de visión (Continuado) Anteojos incluye lentes y monturas.	Gafas	
	Dentro y fuera de la red: • Asignación de hasta \$200 para anteojos o \$100 para lentes de contacto, por año	Dentro y fuera de la red: • Asignación de hasta \$200 para anteojos o \$100 para lentes de contacto, por año
Servicios de salud mental*	Atención de salud mental para pacientes hospitalizados *	
	En red: • Copago de \$425 por día para los días 1 a 5; \$0 días 6-90 Fuera de la red: • Copago de \$550 por día para los días 1 a 5; \$0 días 6-90	En red: • Copago de \$290 por día para los días 1 a 8; \$0 días 9-90 Fuera de la red: • Copago de \$395 por día para los días 1 a 8; \$0 días 9-90
	Visitas de terapia individual y grupal para pacientes ambulatorios	
Sin costo para visitas virtuales individuales/sesiones de telesalud dentro de la red con Teladoc	En red: • Copago de \$40 Fuera de la red: • 50% de coseguro	En red: • Copago de \$25 Fuera de la red: • 50% de coseguro
	En red: • Copago de \$10 por día durante los días 1 a 20; \$150 por día 21-100 Fuera de la red: • Copago de \$200 por día para los días 1-100	En red: • Copago de \$0 por día durante los días 1 a 20; \$125 por día 21-100 Fuera de la red: • Copago de \$125 por día para los días 1-100
Centro de enfermería especializada (SNF) *	En red: • Copago de \$10 por día durante los días 1 a 20; \$150 por día 21-100 Fuera de la red: • Copago de \$200 por día para los días 1-100	En red: • Copago de \$0 por día durante los días 1 a 20; \$125 por día 21-100 Fuera de la red: • Copago de \$125 por día para los días 1-100
Terapia ocupacional, física y del habla *	En red: • Copago de \$20 Fuera de la red: • 50% de coseguro	En red: • Copago de \$30 Fuera de la red: • 50% de coseguro

Resumen de beneficios 2024

1 de enero de 2024 – 31 de diciembre de 2024



Marion, condados de Polk, Oregón

	ATRIO Choice Rx (PPO) H7006-007	ATRIO Prime Rx (PPO) H7006-003
Ambulancia *	Dentro y fuera de la red: • Copago de \$250	Dentro y fuera de la red: • Copago de \$225
Se requiere autorización para transporte que no sea de emergencia		
Transporte *	24 viajes de ida por año a lugares relacionados con la salud aprobados por el plan	24 viajes de ida por año a lugares relacionados con la salud aprobados por el plan
Debe usar SafeRide para viajes cubiertos		
Medicamentos de la Parte B de Medicare *	En red: • 0%-20% de coseguro Fuera de la red: • 50% de coseguro	En red: • 0%-20% de coseguro Fuera de la red: • 50% de coseguro
Visitas Virtuales / Telesalud	En red: • Copago de \$0 Fuera de la red: • Descubierta	En red: • Copago de \$0 Fuera de la red: • Descubierta
Debe usar Teladoc para visitas cubiertas		
Médico duradero	Equipos médicos, prótesis y suministros médicos	
Equipo (DME) y Suministros y diabéticos	En red: • 10%-20% de coseguro Fuera de la red: • 50% de coseguro	En red: • 10%-20% de coseguro Fuera de la red: • 30% de coseguro
Suministros *	Suministros para la diabetes	
Debe utilizar proveedores preferidos para obtener costos compartidos más bajos para DME y Suministros médicos	En red: • Copago de \$0 Fuera de la red: • 50% de coseguro	En red: • Copago de \$0 Fuera de la red: • 20% de coseguro
Aptitud física	Asignación anual de \$480 en tarjeta flexible	Asignación anual de \$500 en tarjeta flexible
Cubre cuotas/clases de membresía de gimnasio.		
Sin receta (OTC) Elementos	Asignación trimestral de \$75 en Flex Tarjeta para artículos OTC seleccionados	Asignación trimestral de \$75 en Flex Tarjeta para artículos OTC seleccionados

Resumen de beneficios 2024

1 de enero de 2024 – 31 de diciembre de 2024



Marion, condados de Polk, Oregón

	ATRIO Choice Rx (PPO) H7006-007	ATRIO Prime Rx (PPO) H7006-003
<p>Comidas</p> <p>Después de una estadía hospitalaria y algunos servicios de atención médica domiciliaria</p>	Hasta 2 comidas por día durante 14 días (28 comidas en total por estadía)	Hasta 2 comidas por día durante 14 días (28 comidas en total por estadía)
<p>Emergencia personal</p> <p>Sistema de respuesta (PERSONAS)</p> <p>Debe utilizar LifeStation para beneficio PERS</p>	<p>En red:</p> <ul style="list-style-type: none"> • \$0 por alerta portátil, incluida la opción de reloj de pulsera con monitor cardíaco y contador de pasos 	<p>En red:</p> <ul style="list-style-type: none"> • \$0 por alerta portátil, incluida la opción de reloj de pulsera con monitor cardíaco y contador de pasos
<p>Servicios quiroprácticos</p> <p>Manipulación de la columna para corregir la subluxación.</p> <p>Debe usar ASH para beneficios dentro de la red</p>	<p>En red:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Copago de \$20 <p>Fuera de la red:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Copago de \$65 	<p>En red:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Copago de \$20 <p>Fuera de la red:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Copago de \$50
<p>Terapias alternativas (quiropática, acupuntura y Servicios de Naturopatía)</p> <p>Debe usar ASH para beneficios dentro de la red</p>	<p>En red:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Copago de \$20 a \$30 <p>Fuera de la red:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Copago de \$65 <p>Hasta 30 visitas combinadas para servicios de quiropática, acupuntura y naturopatía de rutina, por año</p>	<p>En red:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Copago de \$20 <p>Fuera de la red:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Copago de \$50 <p>Hasta 30 visitas combinadas para servicios de quiropática, acupuntura y naturopatía de rutina, por año</p>

Resumen de beneficios 2024

1 de enero de 2024 – 31 de diciembre de 2024



Marion, condados de Polk, Oregón

	ATRIO Choice Rx (PPO) H7006-007		ATRIO Prime Rx (PPO) H7006-003	
Beneficios de medicamentos recetados de la Parte D de Medicare				
Deducible de medicamentos	\$0		\$0	
Niveles de medicamentos	Suministro de 30 días	Suministro de 90 días	Suministro de 30 días	Suministro de 90 días
Tier 1				
Genérico preferido	\$0	\$0	\$0	\$0
El nivel 2				
Genérico	\$8	\$16	\$8	\$16
Nivel 3				
Marca preferida	\$47	\$94	\$47	\$94
Nivel 4				
Medicamentos no preferidos	\$100	\$200	\$100	\$200
Nivel 5				
Medicamentos especializados	33%	No disponible	33%	No disponible
Nivel 6				
Seleccionar medicamentos de atención	\$0	\$0	\$0	\$0
Etapa de brecha de cobertura				
Cuando el total pagado por usted y el plan alcanza los \$5,030, pasa a la etapa de interrupción de cobertura. En esta etapa, hay un descuento del 75 % para la mayoría de los medicamentos de marca y genéricos.				
Etapa de cobertura catastrófica				
Después de haber pagado \$8,000 de su bolsillo, pasa a la Etapa de Cobertura Catastrófica. No pagas nada hasta fin de año.				

- Ahorre un mes de copago cambiando a un suministro de 90 días en una tienda minorista de la red o mediante pedido por correo. farmacia. Pregúntele a su médico acerca de un suministro de 100 días y ahorre aún más (pueden aplicarse restricciones).
- Si reside en un centro a largo plazo, paga lo mismo que en una farmacia minorista. Si eliges correo-pedido, usted paga lo mismo que un suministro minorista de 90 días en una farmacia dentro de la red. Puedes conseguir drogas en una farmacia fuera de la red, pero es posible que pague más de lo que paga en una farmacia dentro de la red.
- Lo que usted paga por las vacunas : nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas de la Parte D sin costo alguno para usted, incluso si no ha alcanzado su deducible o no ha alcanzado el período sin cobertura. Por favor llame al Servicio de Atención al Cliente para más información
- Lo que paga por la insulina : nuestro plan cubre productos de insulina seleccionados, por los cuales no pagará más de \$35 por un suministro de un mes sin importar en qué nivel se encuentre, e incluso si no ha cumplido su deducible o ha alcanzado el período sin cobertura

Aviso sobre requisitos de accesibilidad y no discriminación

La discriminación es contra la ley

ATRIO Health Plans cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, origen nacional, edad, discapacidad o sexo. ATRIO Health Plans no excluye a las personas ni las trata de manera diferente por motivos de raza, color, origen nacional, edad, discapacidad o sexo. Planes de Salud ATRIO:

- Proporciona ayuda y servicios gratuitos a personas con discapacidades para comunicarse eficazmente con nosotros, tales como:

Intérpretes cualificados de lengua de signos

Información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos)

- Proporciona servicios lingüísticos gratuitos a personas cuyo idioma principal no es el inglés, como:

Intérpretes cualificados

Información escrita en otros idiomas

Si necesita alguno de los servicios enumerados anteriormente, comuníquese con Servicio al Cliente de ATRIO al número gratuito 1-877-672-8620, todos los días de 8 am a 8 pm. Los usuarios de TTY deben llamar al 711.

Si cree que ATRIO Health Plans no le proporcionó estos servicios o lo discriminó de otra manera por motivos de raza, color, origen nacional, edad, discapacidad o sexo, puede presentar una queja ante:

Oficial de Cumplimiento de ATRIO:

2965 Ryan Drive SE Salem, Oregón 97301

1-877-672-8620 (TTY 711)

Presente una queja ante la línea directa de cumplimiento de ATRIO: 1-877-309-9952 o cumplimiento@atriohp.com

Puede presentar una queja en persona o por correo, fax o correo electrónico. Si necesita ayuda para presentar una queja, comuníquese con el número gratuito de Servicio al Cliente al 1-877-672-8620, todos los días de 8 am a 8 pm. Los usuarios de TTY deben llamar al 711.

También puede presentar una queja de derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU., electrónicamente a través del Portal de Quejas de la Oficina de Derechos Civiles, disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o por correo o teléfono en:

Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. 200 Independence Avenue, SW

Sala 509F, edificio HHH

Washington, DC 20201

1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD)

Los formularios de quejas están disponibles en <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>

Español (Spanish) - ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-877-672-8620 (TTY: 711).

Tiếng Việt (Vietnamese) - CHÚ Ý: Nếu quý vị nói tiếng Việt, chúng tôi có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho quý vị. Hãy gọi số 1-877-672-8620 (TTY: 711)

繁體中文 (Chinese) - 注意: 如果您講國語, 您可以免費獲得語言援助服務。請致電 1-877-672-8620 (TTY: 711)。

Русский (Russian) - ВНИМАНИЕ! Если Вы говорите по-русски, Вы можете бесплатно воспользоваться услугами перевода. Телефон: 1-877-672-8620 (телетайп: 711).

한국어 (Korean) - 유의사항: 무료 한국어 지원 서비스를 이용하실 수 있습니다. 전화번호는 1-877-672-8620 (TTY: 711) 번입니다.

Українська (Ukrainian) - УВАГА! Якщо ви розмовляєте українською мовою, ви можете звернутися до безкоштовної служби мовної підтримки. Телефонуйте за номером 1-877-672-8620 (телетайп: 711).

日本語 (Japanese) - 注意事項: 日本語でのサービスをご希望の場合、1-877-672-8620 (TTY:711) までご連絡ください。このサービスは無料です。

"إذا كنت تتحدث اللغة العربية، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم 1-877-672-8620 (رقم هاتف الصم والبكم: 1-800-735-2900)"

فارسی – (Farsi) توجه: اگر به زبان فارسی گفتگو می کنید، تسهیلات زبانی بصورت رایگان برای شما موجود است. با شماره 1-877-672-8620 تماس بگیرید (TTY: 1-800-735-2900).

Română (Romanian) - ATENȚIE: Dacă vorbiți limba română, vă stau la dispoziție servicii de asistență lingvistică, gratuit. Sunați la 1-877-672-8620 (TTY: 711).

ខ្មែរ (Cambodian) - ប្រយ័ត្ន: បើសិនជាអ្នកនិយាយភាសាខ្មែរ, សេវាជំនួយភាសាសោយមិនគិតថ្លៃសម្រាប់អ្នកមានសំណប់បំប្លែង។ ចុះទូរស័ព្ទ 1-877-672-8620 (TTY: 711)។

Oroomiffa (Oromo) - XIYYEEFFANNAA: Afaandubbattu Oroomiffa, tajaajila gargaarsa afaanii, kanfaltiidhaan ala, niargama. 1-877-672-8620 (TTY: 711) Bilbilaa.

Deutsch (German) - ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung. Rufnummer: 1-877-672-8620 (TTY: 711).

"فارسی – (Farsi) توجه: اگر به زبان فارسی گفتگو می کنید، تسهیلات زبانی بصورت رایگان برای شما موجود است. با شماره 1-877-672-8620 تماس بگیرید (TTY: 1-800-735-2900)."

Français (French) - ATTENTION : Si vous parlez français, des services d'aide linguistique sont disponibles gratuitement. Appelez le 1-877-672-8620 (ATS : 711).

ภาษาไทย (Thai) - โปรดทราบ: ถ้าคุณพูดภาษาไทย คุณสามารถใช้บริการช่วยเหลือทางภาษาได้ฟรี โทร 1-877-672-8620 (TTY: 711)

Inserción en varios idiomas
Servicios de intérprete multilingüe

Inglés: Contamos con servicios de intérprete gratuitos para responder cualquier pregunta que pueda tener sobre nuestro plan de salud o medicamentos. Para conseguir un intérprete, simplemente llámenos al 1-877-672-8620. Alguien que hable inglés/idioma puede ayudarte. Este es un servicio gratuito.

Español: 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 1-877-672-8620. Alguien que hable español le podrá ayudar. Este es un servicio gratuito.

Chino mandarín:
1-877-672-8620

Chino cantonés:
1-877-672-8620

Tagalo: Mayroon kaming libreng serbisyo sa pagsasaling-wika upang masagot ang anumang mga katanungan ninyo hinggil sa aming planong pangkalusugan o panggamot. Para obtener más información, llame al teléfono 1-877-672-8620. Maaari kayong tulungan ng isang nakakapagsalita ng tagalo. Ito ay libre serbisyo.

Francés: Nous proposons des services gratuits d'interprétation pour répondre à toutes vos questions relatives à notre régime de santé ou d'assurance-médicaments. Para acceder al servicio de interpretación, basta con llamarnos al 1-877-672-8620. Un interlocuteur parlant Français pourra vous Aider. Este servicio es gratuito.

Vietnamita: 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 1-877-672-8620 sẽ có nhân viên nói tiếng Việt giúp đỡ quý vị. Đây là dịch vụ miễn phí .

Alemán: Unser kostenloser Dolmetscherservice beantwortet Ihren Fragen zu unserem Gesundheits- und Arzneimittelplan. Unsere Dolmetscher erreichen Sie al 1-877-672-8620. Man wird Ihnen dort auf Deutsch weiterhelfen. Este servicio es gratuito.

Coreano:
1-877-672-8620

Inserción en varios idiomas
Servicios de intérprete multilingüe

Ruso: Если у вас возникнут вопросы относительно страхового или медикаментного плана, вы можете воспользоваться нашими бесплатными услугами переводчиков. Para cualquier usuario autorizado, llame al teléfono 1-877-672-8620. Вам окажет помощь сотрудник, который говорит по-русски. Данная услуга бесплатная.

Árabe:

1-877-672-8620

Hindi:

[. Más información](#)

Italiano: È disponibile un servizio di interpretariato gratuito per rispondere a eventuali domande sul nostro piano sanitario e farmaceutico. Para un intérprete, comuníquese con el número 1-877-672-8620. Un nostro incaricato che parla Italianovi fornirà l'assistenza necessaria. Es un servizio gratuito.

Portugués: Dispomos de serviços de interpretação gratuitos para responder a qualquer pergunta que tenha acerca de nuestro plano de salud o de medicación. Para obtener un intérprete, comuníquese con nosotros a través del número 1-877-672-8620. Irá encontrar alguém que fale o idioma Português para o ajudar. Este serviço es gratuito.

Criollo francés: 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 1-877-672-8620. Yon moun ki pálido Kreyòl kapab ede w. Sa a se yon sèvis ki gratis.

Polaco: 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 1-877-672-8620. Ta usługa jest bezpłatna.

Japonés:

Teléfono: 1-877-672-8620