

2024

BẢN TÓM TẮT QUYỀN LỢI

**SCAN Balance (HMO C-SNP)
Scan Heart First (HMO C-SNP)
Quận Los Angeles và Quận Orange**

Ngày 1 tháng 1 năm 2024 - Ngày 31 tháng 12 năm 2024

SCAN Balance (HMO C-SNP) và SCAN Heart First (HMO C-SNP) là các chương trình HMO có hợp đồng với Medicare. Việc ghi danh tham gia SCAN Health Plan phụ thuộc vào tình trạng gia hạn hợp đồng. Quý vị phải tiếp tục thanh toán phí bảo hiểm Medicare Phần B.

Thông tin quyền lợi được cung cấp không liệt kê mọi dịch vụ mà chúng tôi đài thọ hoặc liệt kê mọi giới hạn hay trường hợp ngoại trừ. Để nhận danh sách đầy đủ các dịch vụ mà chúng tôi đài thọ, vui lòng yêu cầu “Chứng từ bảo hiểm” bằng cách gọi tới Ban Dịch vụ Thành viên của chúng tôi theo số điện thoại được liệt kê trong tài liệu này hoặc trực tuyến tại www.scanhealthplan.com.

Y0057_SCAN_20552_2024_M

8/23 24C-CASMB0103VT

PHÍ BẢO HIỂM VÀ QUYỀN LỢI	SCAN BALANCE	SCAN HEART FIRST	NHỮNG ĐIỀU QUÝ VỊ NÊN BIẾT
Phí bảo hiểm hàng tháng của chương trình bảo hiểm sức khỏe	Quý vị thanh toán \$0 mỗi tháng	Quý vị thanh toán \$0 mỗi tháng	Quý vị phải tiếp tục thanh toán phí bảo hiểm Medicare Phần B.
Khoản khấu trừ	Quý vị thanh toán \$0	Quý vị thanh toán \$0	Chương trình này không có khoản khấu trừ.
Trách nhiệm đối với Chi phí tự trả tối đa (không bao gồm thuốc kê toa)	\$199 mỗi năm	\$199 mỗi năm	Số tiền cao nhất mà quý vị thanh toán cho khoản tiền đồng trả và đồng bảo hiểm đối với các dịch vụ y tế được Medicare đài thọ trong năm.
Bảo hiểm nằm viện nội trú	Quý vị thanh toán \$0	Quý vị thanh toán \$0	Chương trình của chúng tôi đài thọ cho số ngày nằm viện nội trú không giới hạn. Các quy định về cho phép trước được áp dụng.
Dịch vụ bệnh viện ngoại trú <ul style="list-style-type: none"> • Trung tâm phẫu thuật cấp cứu • Bệnh viện ngoại trú 	Quý vị thanh toán \$0 Quý vị thanh toán \$0	Quý vị thanh toán \$0 Quý vị thanh toán \$0	Các quy định về cho phép trước áp dụng cho các dịch vụ bệnh viện ngoại trú.
Thăm khám với bác sĩ <ul style="list-style-type: none"> • Chăm sóc ban đầu • Bác sĩ chuyên khoa 	Quý vị thanh toán \$0 Quý vị thanh toán \$0	Quý vị thanh toán \$0 Quý vị thanh toán \$0	Các quy định về cho phép trước áp dụng cho các dịch vụ thăm khám với bác sĩ chuyên khoa.
Chăm sóc phòng ngừa	Quý vị thanh toán \$0	Quý vị thanh toán \$0	Bất kỳ dịch vụ phòng ngừa bổ sung nào được Medicare chấp thuận trong năm hợp đồng sẽ được đài thọ. Các quy định về cho phép trước được áp dụng.

PHÍ BẢO HIỂM VÀ QUYỀN LỢI	SCAN BALANCE	SCAN HEART FIRST	NHỮNG ĐIỀU QUÝ VỊ NÊN BIẾT
Chăm sóc cấp cứu	Quý vị thanh toán \$90 tiền đồng trả cho mỗi lần thăm khám	Quý vị thanh toán \$90 tiền đồng trả cho mỗi lần thăm khám	Khoản tiền đồng trả cho phòng cấp cứu sẽ được miễn nếu quý vị nhập viện ngay lập tức. Quý vị được đài thọ cho các dịch vụ cấp cứu trên toàn thế giới.
Dịch vụ khẩn cấp cần thiết	Quý vị thanh toán \$0	Quý vị thanh toán \$0	Quý vị được đài thọ cho các dịch vụ chăm sóc khẩn cấp trên toàn thế giới.
Dịch vụ chẩn đoán/xét nghiệm/chụp chiếu <ul style="list-style-type: none"> • Dịch vụ xét nghiệm • Thủ thuật và xét nghiệm chẩn đoán • Chụp X-quang cho bệnh nhân ngoại trú • Xạ trị • X-quang chẩn đoán (ví dụ: Chụp cộng hưởng từ (MRI), Chụp cắt lớp vi tính (CT)) 	Quý vị thanh toán \$0 Quý vị thanh toán \$0 Quý vị thanh toán \$0 Quý vị thanh toán \$50 tiền đồng trả cho mỗi lần thăm khám Quý vị thanh toán \$0	Quý vị thanh toán \$0 Quý vị thanh toán \$0 Quý vị thanh toán \$0 Quý vị thanh toán \$50 tiền đồng trả cho mỗi lần thăm khám Quý vị thanh toán \$0	Các quy định về cho phép trước áp dụng cho các dịch vụ chẩn đoán, xét nghiệm và chụp chiếu.

PHÍ BẢO HIỂM VÀ QUYỀN LỢI	SCAN BALANCE	SCAN HEART FIRST	NHỮNG ĐIỀU QUÝ VỊ NÊN BIẾT
<p>Dịch vụ thính giác</p> <ul style="list-style-type: none"> • Khám thính lực và thăng bằng chẩn đoán được Medicare đài thọ • Khám thính lực (định kỳ) không được Medicare đài thọ • Máy trợ thính (định kỳ) không được Medicare đài thọ 	<p>Quý vị thanh toán \$0</p> <p>Quý vị thanh toán \$0 cho tối đa 1 lần thăm khám mỗi 12 tháng</p> <p>Quý vị thanh toán \$450 tiền đồng trả cho mỗi máy trợ thính đối với máy trợ thính TruHearing Advanced hoặc \$750 tiền đồng trả cho mỗi máy trợ thính đối với máy trợ thính TruHearing Premium</p> <p>Quý vị được đài thọ cho tối đa 2 máy trợ thính mỗi 12 tháng</p>	<p>Quý vị thanh toán \$0</p> <p>Quý vị thanh toán \$0 cho tối đa 1 lần thăm khám mỗi 12 tháng</p> <p>Quý vị thanh toán \$450 tiền đồng trả cho mỗi máy trợ thính đối với máy trợ thính TruHearing Advanced hoặc \$750 tiền đồng trả cho mỗi máy trợ thính đối với máy trợ thính TruHearing Premium</p> <p>Quý vị được đài thọ cho tối đa 2 máy trợ thính mỗi 12 tháng</p>	<p>Các quy định về cho phép trước áp dụng cho các dịch vụ khám thính lực và thăng bằng chẩn đoán được Medicare đài thọ.</p> <p>Quý vị phải đến nhà cung cấp dịch vụ ký hợp đồng với SCAN để khám thính lực định kỳ và nhận máy trợ thính.</p>
<p>Dịch vụ nha khoa</p> <ul style="list-style-type: none"> • Các dịch vụ nha khoa được Medicare đài thọ • Khám răng miệng (định kỳ) không được Medicare đài thọ • Vệ sinh răng miệng (định kỳ) không được Medicare đài thọ • Chụp X-quang nha khoa (định kỳ) không được Medicare đài thọ 	<p>Quý vị thanh toán \$0</p> <p>Quý vị thanh toán \$0 cho tối đa 2 lần thăm khám mỗi 12 tháng</p> <p>Quý vị thanh toán \$0 cho tối đa 2 lần thăm khám mỗi 12 tháng</p> <p>Quý vị thanh toán \$0 cho tối đa 2 lần thăm khám mỗi 12 tháng</p>	<p>Quý vị thanh toán \$0</p> <p>Quý vị thanh toán \$0 cho tối đa 2 lần thăm khám mỗi 12 tháng</p> <p>Quý vị thanh toán \$0 cho tối đa 2 lần thăm khám mỗi 12 tháng</p> <p>Quý vị thanh toán \$0 cho tối đa 2 lần thăm khám mỗi 12 tháng</p>	<p>Các quy định về cho phép trước áp dụng cho các dịch vụ nha khoa được Medicare đài thọ.</p> <p>Các quyền lợi nha khoa định kỳ được cung cấp với một khoản phí bảo hiểm bổ sung.</p> <p>Xem bảng “Quyền lợi bổ sung tùy chọn” ở cuối tài liệu này.</p>

PHÍ BẢO HIỂM VÀ QUYỀN LỢI	SCAN BALANCE	SCAN HEART FIRST	NHỮNG ĐIỀU QUÝ VỊ NÊN BIẾT
<p>Dịch vụ thị lực</p> <ul style="list-style-type: none"> • Khám mắt được Medicare đài thọ để chẩn đoán/điều trị các bệnh về mắt • Kính mắt được Medicare đài thọ sau phẫu thuật đục thủy tinh thể • Khám mắt (định kỳ) không được Medicare đài thọ • Giới hạn bảo hiểm thị lực (định kỳ) không được Medicare đài thọ 	<p>Quý vị thanh toán \$0</p> <p>Quý vị thanh toán \$0</p> <p>Quý vị thanh toán \$0 cho tối đa 1 lần thăm khám mỗi 12 tháng</p> <p>Quý vị được đài thọ tối đa \$345 cho gọng kính, mắt kính và các lựa chọn mắt kính hoặc kính áp tròng mỗi 12 tháng</p>	<p>Quý vị thanh toán \$0</p> <p>Quý vị thanh toán \$0</p> <p>Quý vị thanh toán \$0 cho tối đa 1 lần thăm khám mỗi 12 tháng</p> <p>Quý vị được đài thọ tối đa \$345 cho gọng kính, mắt kính và các lựa chọn mắt kính hoặc kính áp tròng mỗi 12 tháng</p>	<p>Các quy định về cho phép trước áp dụng cho dịch vụ khám mắt và kính mắt sau phẫu thuật đục thủy tinh thể được Medicare đài thọ.</p> <p>Các dịch vụ thị lực định kỳ không yêu cầu phải có sự cho phép trước.</p> <p>Quý vị phải đến nhà cung cấp dịch vụ thị lực ký hợp đồng với SCAN để nhận các dịch vụ thị lực định kỳ.</p>

PHÍ BẢO HIỂM VÀ QUYỀN LỢI	SCAN BALANCE	SCAN HEART FIRST	NHỮNG ĐIỀU QUÝ VỊ NÊN BIẾT
Dịch vụ chăm sóc sức khỏe tâm thần <ul style="list-style-type: none"> Thăm khám nội trú Buổi trị liệu dành cho cá nhân/nhóm bệnh nhân ngoại trú Buổi trị liệu dành cho cá nhân/nhóm bệnh nhân ngoại trú với bác sĩ tâm thần 	Quý vị thanh toán \$0 cho ngày 1-90 Quý vị thanh toán \$0 Quý vị thanh toán \$0	Quý vị thanh toán \$0 cho ngày 1-90 Quý vị thanh toán \$0 Quý vị thanh toán \$0	Các quy định về cho phép trước áp dụng cho trường hợp nhập viện nội trú để chăm sóc sức khỏe tâm thần. Quý vị được đài thọ cho tối đa 90 ngày trong mỗi giai đoạn quyền lợi.* Những quy định về cho phép trước áp dụng cho các dịch vụ chăm sóc sức khỏe tâm thần dành cho bệnh nhân ngoại trú.
Cơ sở điều dưỡng chuyên môn	Quý vị thanh toán \$0 cho ngày 1-100	Quý vị thanh toán \$0 cho ngày 1-100	Các quy định về cho phép trước áp dụng cho các dịch vụ của cơ sở điều dưỡng chuyên môn. Quý vị được đài thọ cho tối đa 100 ngày trong mỗi giai đoạn quyền lợi.* Không cần nhập viện từ trước.
Vật lý trị liệu	Quý vị thanh toán \$0	Quý vị thanh toán \$0	Các quy định về cho phép trước áp dụng cho các dịch vụ vật lý trị liệu ngoại trú.
Xe cứu thương	Quý vị thanh toán \$200 tiền đồng trả cho mỗi chuyến đi một chiều	Quý vị thanh toán \$100 tiền đồng trả cho mỗi chuyến đi một chiều	

*Giai đoạn quyền lợi bắt đầu từ ngày quý vị nhập viện hoặc vào SNF. Giai đoạn quyền lợi kết thúc khi quý vị không nhận bất kỳ dịch vụ điều trị nội trú tại bệnh viện hoặc dịch vụ chăm sóc SNF nào trong 60 ngày liên tiếp.

PHÍ BẢO HIỂM VÀ QUYỀN LỢI	SCAN BALANCE	SCAN HEART FIRST	NHỮNG ĐIỀU QUÝ VỊ NÊN BIẾT
<p>Chuyên chở (Không được Medicare đài thọ — định kỳ)</p>	<p>Quý vị thanh toán \$0 cho tối đa 34 chuyến đi một chiều mỗi năm</p> <p>Quý vị có thể sử dụng tối đa 16 trong số 34 chuyến đi một chiều đến các điểm đến không liên quan đến y tế (cửa hàng tạp hóa, câu lạc bộ sức khỏe hoặc trung tâm người cao tuổi) mỗi năm. Tiêu chí cụ thể được áp dụng.</p> <p>Áp dụng giới hạn 75 dặm cho mỗi chuyến đi một chiều</p>	<p>Quý vị thanh toán \$0 cho tối đa 34 chuyến đi một chiều mỗi năm</p> <p>Quý vị có thể sử dụng tối đa 16 trong số 34 chuyến đi một chiều đến các điểm đến không liên quan đến y tế (cửa hàng tạp hóa, câu lạc bộ sức khỏe hoặc trung tâm người cao tuổi) mỗi năm. Tiêu chí cụ thể được áp dụng.</p> <p>Áp dụng giới hạn 75 dặm cho mỗi chuyến đi một chiều</p>	<p>Các quy định về cho phép trước áp dụng cho các dịch vụ chuyên chở định kỳ.</p> <p>Quý vị phải sử dụng nhà cung cấp dịch vụ ký hợp đồng với SCAN để nhận các dịch vụ chuyên chở định kỳ.</p>
<p>Thuốc Medicare Phần B</p>	<p>Quý vị thanh toán \$0-20% số tiền được Medicare chấp thuận cho dịch vụ hóa trị Phần B và các loại thuốc Phần B khác</p> <p>Quý vị thanh toán không quá \$35 cho lượng insulin Phần B đủ dùng trong một tháng được cung cấp thông qua hạng mục thiết bị y tế lâu bền, chẳng hạn như bơm tiêm insulin cần thiết về mặt y tế</p>	<p>Quý vị thanh toán \$0-20% số tiền được Medicare chấp thuận cho dịch vụ hóa trị Phần B và các loại thuốc Phần B khác</p> <p>Quý vị thanh toán không quá \$35 cho lượng insulin Phần B đủ dùng trong một tháng được cung cấp thông qua hạng mục thiết bị y tế lâu bền, chẳng hạn như bơm tiêm insulin cần thiết về mặt y tế</p>	<p>Các quy định về cho phép trước áp dụng cho một số loại thuốc chọn lọc.</p>

Giai đoạn không được bảo hiểm

Bắt đầu sau khi tổng chi phí thuốc hàng năm (bao gồm số tiền mà chương trình của chúng tôi đã thanh toán và số tiền quý vị đã thanh toán) đạt đến \$5,030.

Quý vị thanh toán các khoản tiền đồng trả tương tự như trong Giai đoạn bảo hiểm ban đầu cho các loại thuốc thuộc Bậc 1 và Bậc 2. Đối với thuốc ở các bậc khác, quý vị thanh toán 25% giá thỏa thuận (và một phần phí cấp phát) cho thuốc biệt dược và 25% chi phí cho thuốc gốc của quý vị. Các yêu cầu về tiền đồng bảo hiểm trong Giai đoạn không được bảo hiểm không áp dụng cho các sản phẩm insulin được đài thọ Phần D và hầu hết các loại vắc-xin Phần D dành cho người lớn, bao gồm vắc-xin ngừa bệnh zona, vắc-xin uốn ván và vắc-xin du lịch.

Giai đoạn bảo hiểm tai ương

Sau khi chi phí thuốc tự trả hàng năm của quý vị đạt \$8,000, quý vị phải thanh toán \$0 cho tất cả các loại thuốc kê toa được đài thọ trong thời gian còn lại của năm.

Trong Giai đoạn bảo hiểm ban đầu và Giai đoạn không được bảo hiểm, quý vị sẽ không phải trả nhiều hơn \$0 cho lượng cấp phát đủ dùng trong một tháng đối với mỗi sản phẩm insulin được chương trình của chúng tôi đài thọ trong “Danh sách thuốc” (Danh mục thuốc), bất kể bậc chia sẻ chi phí. Quý vị sẽ không phải trả nhiều hơn \$35 cho lượng cấp phát đủ dùng trong một tháng đối với mỗi sản phẩm insulin được đài thọ thông qua quyết định đài thọ, quy trình kháng cáo hoặc chuyển đổi. Trong Giai đoạn bảo hiểm tai ương, quý vị thanh toán \$0 cho tất cả sản phẩm insulin được đài thọ.

Hầu hết các loại vắc-xin Phần D dành cho người lớn, bao gồm vắc-xin ngừa bệnh zona, vắc-xin uốn ván và vắc-xin du lịch, đều được chương trình của chúng tôi đài thọ miễn phí cho quý vị trong tất cả các giai đoạn hưởng quyền lợi thuộc Phần D, ngay cả khi quý vị chưa thanh toán khoản khấu trừ của mình. Tham khảo “Danh sách thuốc” (Danh mục thuốc) trong chương trình của quý vị hoặc liên hệ với Ban Dịch vụ Hội viên để biết thông tin chi tiết về phạm vi bảo hiểm và khoản chia sẻ chi phí dành cho các loại vắc-xin cụ thể.

Một số nhà thuốc trong mạng lưới của chúng tôi có phần chia sẻ chi phí ưu tiên. Quý vị có thể phải thanh toán ít hơn cho một số loại thuốc nhất định nếu quý vị sử dụng những nhà thuốc này. Phần chia sẻ chi phí của quý vị có thể khác nhau tùy thuộc vào nhà thuốc quý vị chọn (ví dụ: Bán lẻ ưu tiên, Bán lẻ tiêu chuẩn, Đặt qua đường bưu điện ưu tiên, Đặt qua đường bưu điện tiêu chuẩn, Chăm sóc dài hạn (LTC), Truyền dịch tại nhà, v.v.) hoặc tùy thuộc vào việc quý vị nhận lượng thuốc đủ dùng trong một tháng hay ba tháng hoặc khi quý vị chuyển sang giai đoạn khác của quyền lợi Phần D hoặc nếu quý vị nhận được “Trợ giúp bổ sung”. Để biết thêm thông tin, vui lòng gọi tới Ban Dịch vụ Thành viên của chúng tôi theo số điện thoại được cung cấp trong tài liệu này hoặc truy cập Chứng từ bảo hiểm trực tuyến của quý vị. Nếu quý vị đang ở một cơ sở chăm sóc dài hạn, phần chia sẻ chi phí của quý vị cho lượng thuốc đủ dùng trong 31 ngày sẽ bằng với phần chia sẻ chi phí tại một nhà thuốc bán lẻ tiêu chuẩn cho lượng thuốc đủ dùng trong 30 ngày. Quý vị có thể mua thuốc từ nhà thuốc ngoài mạng lưới, nhưng có thể phải trả nhiều hơn số tiền quý vị phải trả tại nhà thuốc trong mạng lưới.

Giai đoạn không được bảo hiểm

Bắt đầu sau khi tổng chi phí thuốc hàng năm (bao gồm số tiền mà chương trình của chúng tôi đã thanh toán và số tiền quý vị đã thanh toán) đạt đến \$5,030.

Quý vị thanh toán các khoản tiền đồng trả tương tự như trong Giai đoạn bảo hiểm ban đầu cho các loại thuốc thuộc Bậc 1 và Bậc 2. Đối với thuốc ở các bậc khác, quý vị thanh toán 25% giá thỏa thuận (và một phần phí cấp phát) cho thuốc biệt dược và 25% chi phí cho thuốc gốc của quý vị. Các yêu cầu về tiền đồng bảo hiểm trong Giai đoạn không được bảo hiểm không áp dụng cho các sản phẩm insulin được đài thọ Phần D và hầu hết các loại vắc-xin Phần D dành cho người lớn, bao gồm vắc-xin ngừa bệnh zona, vắc-xin uốn ván và vắc-xin du lịch.

Giai đoạn bảo hiểm tai ương

Sau khi chi phí thuốc tự trả hàng năm của quý vị đạt \$8,000, quý vị phải thanh toán \$0 cho tất cả các loại thuốc kê toa được đài thọ trong thời gian còn lại của năm.

Trong Giai đoạn bảo hiểm ban đầu và Giai đoạn không được bảo hiểm, quý vị sẽ không phải trả nhiều hơn \$35 cho lượng cấp phát đủ dùng trong một tháng đối với mỗi sản phẩm insulin được chương trình của chúng tôi đài thọ, bất kể sản phẩm đó thuộc bậc chia sẻ chi phí nào, ngay cả khi quý vị chưa thanh toán khoản khấu trừ của mình. Trong Giai đoạn bảo hiểm tai ương, quý vị thanh toán \$0 cho tất cả sản phẩm insulin được đài thọ.

Hầu hết các loại vắc-xin Phần D dành cho người lớn, bao gồm vắc-xin ngừa bệnh zona, vắc-xin uốn ván và vắc-xin du lịch, đều được chương trình của chúng tôi đài thọ miễn phí cho quý vị trong tất cả các giai đoạn hưởng quyền lợi thuộc Phần D, ngay cả khi quý vị chưa thanh toán khoản khấu trừ của mình. Tham khảo “Danh sách thuốc” (Danh mục thuốc) trong chương trình của quý vị hoặc liên hệ với Ban Dịch vụ Hội viên để biết thông tin chi tiết về phạm vi bảo hiểm và khoản chia sẻ chi phí dành cho các loại vắc-xin cụ thể.

Một số nhà thuốc trong mạng lưới của chúng tôi có phần chia sẻ chi phí ưu tiên. Quý vị có thể phải thanh toán ít hơn cho một số loại thuốc nhất định nếu quý vị sử dụng những nhà thuốc này. Phần chia sẻ chi phí của quý vị có thể khác nhau tùy thuộc vào nhà thuốc quý vị chọn (ví dụ: Bán lẻ ưu tiên, Bán lẻ tiêu chuẩn, Đặt qua đường bưu điện ưu tiên, Đặt qua đường bưu điện tiêu chuẩn, Chăm sóc dài hạn (LTC), Truyền dịch tại nhà, v.v.) hoặc tùy thuộc vào việc quý vị nhận lượng thuốc đủ dùng trong một tháng hay ba tháng hoặc khi quý vị chuyển sang giai đoạn khác của quyền lợi Phần D hoặc nếu quý vị nhận được “Trợ giúp bổ sung”. Để biết thêm thông tin, vui lòng gọi tới Ban Dịch vụ Thành viên của chúng tôi theo số điện thoại được cung cấp trong tài liệu này hoặc truy cập Chứng từ bảo hiểm trực tuyến của quý vị. Nếu quý vị đang ở một cơ sở chăm sóc dài hạn, phần chia sẻ chi phí của quý vị cho lượng thuốc đủ dùng trong 31 ngày sẽ bằng với phần chia sẻ chi phí tại một nhà thuốc bán lẻ tiêu chuẩn cho lượng thuốc đủ dùng trong 30 ngày. Quý vị có thể mua thuốc từ nhà thuốc ngoài mạng lưới, nhưng có thể phải trả nhiều hơn số tiền quý vị phải trả tại nhà thuốc trong mạng lưới.

QUYỀN LỢI BỔ SUNG

Các chương trình có thể cung cấp những quyền lợi bổ sung ngoài quyền lợi Phần C và quyền lợi Phần D.

QUYỀN LỢI	SCAN BALANCE	SCAN HEART FIRST	NHỮNG ĐIỀU QUÝ VỊ NÊN BIẾT
<p>Dịch vụ chăm cứu</p> <ul style="list-style-type: none"> Chăm sóc chăm cứu được Medicare đài thọ Chăm sóc chăm cứu định kỳ 	<p>Quý vị thanh toán \$0</p> <p>Quý vị thanh toán \$5 tiền đồng trả cho mỗi lần thăm khám</p>	<p>Quý vị thanh toán \$0</p> <p>Quý vị thanh toán \$5 tiền đồng trả cho mỗi lần thăm khám</p>	<p>Các quy định về cho phép trước được áp dụng.</p> <p>Quý vị không cần giấy giới thiệu cho lần thăm khám chăm cứu định kỳ đầu tiên. Những lần thăm khám tiếp theo đều cần được cho phép trước.</p>
<p>Dịch vụ chỉnh nắn xương</p> <ul style="list-style-type: none"> Chăm sóc chỉnh nắn xương được Medicare đài thọ Chăm sóc chỉnh nắn xương định kỳ 	<p>Quý vị thanh toán \$0</p> <p>Quý vị thanh toán \$5 tiền đồng trả cho mỗi lần thăm khám</p>	<p>Quý vị thanh toán \$0</p> <p>Quý vị thanh toán \$5 tiền đồng trả cho mỗi lần thăm khám</p>	<p>Các quy định về cho phép trước được áp dụng</p> <p>Quý vị không cần giấy giới thiệu cho lần thăm khám với bác sĩ nắn khớp xương định kỳ đầu tiên. Những lần thăm khám tiếp theo đều cần được cho phép trước.</p>
<p>Chăm sóc sức khỏe tại nhà (được Medicare đài thọ)</p>	<p>Quý vị thanh toán \$0</p>	<p>Quý vị thanh toán \$0</p>	<p>Các quy định về cho phép trước được áp dụng</p>
<p>Thiết bị/vật tư y tế</p> <ul style="list-style-type: none"> Thiết bị y tế lâu bền (ví dụ: xe lăn, bình oxy) Bộ phận giả (ví dụ: nẹp, chân tay giả) Vật tư điều trị bệnh tiểu đường 	<p>Quý vị thanh toán \$0</p> <p>Quý vị thanh toán \$0</p> <p>Quý vị thanh toán \$0</p>	<p>Quý vị thanh toán \$0</p> <p>Quý vị thanh toán \$0</p> <p>Quý vị thanh toán \$0</p>	<p>Các quy định về cho phép trước áp dụng cho thiết bị y tế lâu bền, thiết bị bộ phận giả và một số vật tư điều trị bệnh tiểu đường được đài thọ.</p> <p>SCAN đài thọ cho các vật tư điều trị bệnh tiểu đường như máy đo đường huyết, que thử và dung dịch đối chứng từ một nhà sản xuất chọn lọc. Lưới chích cũng được đài thọ và có thể mua từ tất cả các nhà sản xuất.</p>

QUYỀN LỢI	SCAN BALANCE	SCAN HEART FIRST	NHỮNG ĐIỀU QUÝ VỊ NÊN BIẾT
<p>Dịch vụ thăm khám từ xa</p>	<p>Quý vị thanh toán \$0</p>	<p>Quý vị thanh toán \$0</p>	<p>Chăm sóc khẩn cấp:</p> <p>Một chuyên gia chăm sóc sức khỏe được cấp phép mang đến sự thoải mái ngay tại nhà riêng của quý vị. Quyền lợi này dành cho các bệnh trạng không đe dọa đến tính mạng, chẳng hạn như nhưng không giới hạn ở ho, cúm, buồn nôn, đau họng, sốt và dị ứng.</p> <p>Các buổi thăm khám với nhà cung cấp có thể được thực hiện qua điện thoại hoặc cuộc gọi video an toàn từ máy tính hoặc điện thoại thông minh của quý vị.</p> <p>Sức khỏe hành vi:</p> <p>Phúc lợi này cho phép quý vị kết nối với các Bác sĩ chuyên khoa tâm lý, nhà trị liệu cấp độ Thạc sĩ hoặc Bác sĩ tâm thần được cấp phép thông qua dịch vụ thăm khám qua video 7 ngày một tuần theo lịch hẹn.</p> <p>Những buổi chăm sóc sức khỏe hành vi từ xa với các chuyên viên y tế có thể được thực hiện thông qua tính năng gọi video an toàn từ máy tính, máy tính bảng hoặc điện thoại thông minh của quý vị. Dịch vụ chăm sóc sức khỏe hành vi từ xa không nhằm mục đích thay thế bác sĩ chăm sóc chính hoặc bác sĩ chuyên khoa của quý vị.</p>
<p>Sản phẩm không kê toa (OTC)</p>	<p>Quý vị được đài thọ tối đa \$90 mỗi quý</p>	<p>Quý vị được đài thọ tối đa \$115 mỗi quý</p>	<p>Quý vị được đài thọ tối đa 2 lô hàng mỗi quý và phần số dư còn lại sẽ được chuyển sang quý tiếp theo. Phúc lợi không được chuyển sang năm dương lịch tiếp theo.</p>

QUYỀN LỢI BỔ SUNG TỰY CHỌN

DỊCH VỤ NHA KHOA – SCAN BALANCE VÀ HEART FIRST

PPO Dental Plan California

Phí bảo hiểm hàng tháng

\$42 mỗi tháng

- Được tiếp cận hệ thống các nhà cung cấp dịch vụ rộng khắp của chương trình Delta Dental DPPO
- Bao gồm hơn 300 thủ thuật nha khoa
- Bảo hiểm nha khoa toàn diện
- Các dịch vụ nha khoa hiện có do các nha sĩ trong mạng lưới và ngoài mạng lưới cung cấp
- Các dịch vụ với nha sĩ trong mạng lưới sẽ có các khoản tiền đồng trả có thể dự đoán trước
- Số tiền bảo hiểm tối đa là \$2,000 đối với các nha sĩ không tham gia chương trình Delta Dental Medicare PPO

SCAN Balance và **Scan Heart First** có mạng lưới bác sĩ, bệnh viện, nhà thuốc và các nhà cung cấp khác. Nếu quý vị sử dụng các nhà cung cấp dịch vụ không thuộc mạng lưới của chúng tôi, chương trình có thể không thanh toán cho những dịch vụ này.

GIỚI THIỆU VỀ SCAN BALANCE VÀ SCAN HEART FIRST

<p>Ai có thể tham gia chương trình?</p>	<p>SCAN Balance Quý vị phải:</p> <ul style="list-style-type: none"> - có cả Medicare Phần A và Phần B - sống trong khu vực dịch vụ của chương trình (quận Los Angeles và quận Orange, California) - là công dân Hoa Kỳ hoặc cư trú hợp pháp tại Hoa Kỳ - được chẩn đoán mắc bệnh đái tháo đường <p>Scan Heart First Quý vị phải:</p> <ul style="list-style-type: none"> - có cả Medicare Phần A và Phần B - sống trong khu vực dịch vụ của chương trình (quận Los Angeles và quận Orange, California) - là công dân Hoa Kỳ hoặc cư trú hợp pháp tại Hoa Kỳ - được chẩn đoán mắc hội chứng rối loạn tim mạch và/hoặc suy tim mãn tính
<p>Số điện thoại (thành viên)</p> <p>Số điện thoại (không phải thành viên)</p> <p>TTY</p>	<p>1-800-559-3500</p> <p>1-877-870-4867</p> <p>Khi gọi đến số này, quý vị sẽ được chuyển hướng đến một đại lý bảo hiểm được cấp phép.</p> <p>711</p>
<p>Giờ làm việc</p>	<p>Ngày 1 tháng 10 đến ngày 31 tháng 3: 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, 7 ngày một tuần</p> <p>Ngày 1 tháng 4 đến ngày 30 tháng 9: 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, thứ Hai đến thứ Sáu</p> <p>Đối với tin nhắn nhận được vào ngày lễ và ngoài giờ làm việc, chúng tôi sẽ phản hồi trong vòng một ngày làm việc.</p>
<p>Trang web</p>	<p>http://www.scanhealthplan.com</p>

Để biết thêm thông tin về phạm vi bảo hiểm và chi phí của Original Medicare, hãy tham khảo cẩm nang **"Medicare & Quý vị"** hiện tại của quý vị. Xem trực tuyến tại <https://www.medicare.gov> hoặc nhận bản sao bằng cách gọi số 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 giờ một ngày, 7 ngày một tuần. Người dùng TTY xin gọi số 1-877-486-2048.

Thông tin trong tài liệu này không mô tả đầy đủ về các phúc lợi. Gọi số 1-800-559-3500 (TTY: 711) để biết thêm thông tin.

Quý vị có thể nhận thuốc kê toa được vận chuyển tới tận nhà quý vị thông qua chương trình giao thuốc đặt qua đường bưu điện trong mạng lưới của chúng tôi. Express Scripts PharmacySM là Nhà thuốc đặt mua qua đường bưu điện ưu tiên của chúng tôi. Mặc dù quý vị có thể mua thuốc kê toa tại bất kỳ nhà thuốc nào trong số các nhà thuốc cung cấp dịch vụ đặt qua đường bưu điện trong mạng lưới của chúng tôi, quý vị có thể sẽ phải trả ít hơn khi mua tại Nhà thuốc đặt qua đường bưu điện ưu tiên. Thông thường, quý vị sẽ nhận được thuốc kê toa trong vòng 14 ngày kể từ khi nhà thuốc cung cấp dịch vụ đặt mua qua đường bưu điện Express Scripts nhận được đơn hàng. Nếu quý vị không nhận được thuốc kê toa của mình trong thời gian này, vui lòng liên hệ với Ban Dịch vụ Hội viên của SCAN Health Plan theo số 1-800-559-3500, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, 7 ngày trong tuần từ ngày 1 tháng 10 đến ngày 31 tháng 3. Từ ngày 1 tháng 4 đến ngày 30 tháng 9, giờ làm việc là 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, thứ Hai đến thứ Sáu (đối với tin nhắn nhận được vào ngày lễ và ngoài giờ làm việc, chúng tôi sẽ phản hồi trong vòng một ngày làm việc). TTY: 711. Đối với thuốc kê toa đặt mua qua đường bưu điện, quý vị có lựa chọn đăng ký chương trình mua thêm thuốc tự động bằng cách liên hệ với Express Scripts Pharmacy theo số 1-866-553-4125, 24 giờ mỗi ngày, 7 ngày trong tuần. Người dùng TTY xin gọi 711. Quý vị có thể rút khỏi chương trình giao thuốc tự động bất kỳ lúc nào. Các nhà thuốc khác có sẵn trong hệ thống của chúng tôi.

Danh sách kiểm tra trước khi ghi danh

Trước khi đưa ra quyết định ghi danh, điều quan trọng là quý vị phải hoàn toàn hiểu rõ các quyền lợi và quy định của chúng tôi. Nếu có bất kỳ thắc mắc nào, quý vị có thể gọi điện và gặp đại diện dịch vụ khách hàng theo số 1-877-870-4867 (người dùng TTY xin gọi 711) trong giờ làm việc từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, bảy ngày trong tuần từ ngày 1 tháng 10 đến ngày 31 tháng 3. Từ ngày 1 tháng 4 đến ngày 30 tháng 9, giờ làm việc là 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, thứ Hai đến thứ Sáu. Đối với tin nhắn nhận được vào ngày lễ và ngoài giờ làm việc, chúng tôi sẽ phản hồi trong vòng một ngày làm việc.

Hiểu rõ quyền lợi

- Xem lại danh sách đầy đủ các quyền lợi trong Chứng từ bảo hiểm (EOC), đặc biệt là đối với những dịch vụ yêu cầu quý vị thường xuyên đến gặp bác sĩ. Truy cập www.scanhealthplan.com hoặc gọi số 1-877-870-4867 để xem bản sao của EOC.
- Xem lại danh mục nhà cung cấp (hoặc hỏi bác sĩ của quý vị) để đảm bảo các bác sĩ mà quý vị hiện đang thăm khám đều có trong mạng lưới. Nếu các bác sĩ này không có tên trong danh sách, điều đó có nghĩa là quý vị sẽ phải chọn một bác sĩ mới.
- Xem lại danh mục nhà thuốc để đảm bảo nhà thuốc mà quý vị sử dụng để mua bất kỳ loại thuốc kê toa nào đều nằm trong mạng lưới. Nếu nhà thuốc không có tên trong danh sách, quý vị có thể phải chọn một nhà thuốc mới để mua thuốc kê toa.

Hiểu rõ các quy định quan trọng

- Ngoài phí bảo hiểm hàng tháng của chương trình, quý vị phải tiếp tục thanh toán phí bảo hiểm Medicare Phần B của mình. Phí bảo hiểm này thường được khấu trừ từ séc An sinh xã hội của quý vị vào mỗi tháng.
- Các quyền lợi, phí bảo hiểm và/hoặc khoản tiền đồng trả/đồng bảo hiểm có thể thay đổi vào ngày 1 tháng 1 năm 2025.
- Ngoại trừ các trường hợp cấp cứu hoặc khẩn cấp, chúng tôi không đài thọ cho các dịch vụ của nhà cung cấp dịch vụ ngoài mạng lưới (các bác sĩ không được liệt kê trong danh mục nhà cung cấp).
- Đây là chương trình đáp ứng nhu cầu đặc biệt về bệnh mãn tính (C-SNP). Khả năng ghi danh của quý vị sẽ dựa trên kết quả xác minh rằng quý vị đang mắc một bệnh trạng mãn tính nghiêm trọng hoặc tình trạng khuyết tật cụ thể đủ điều kiện.

SCAN Health Plan, SCAN Desert Health Plan và SCAN Health Plan New Mexico tuân thủ luật về quyền công dân hiện hành của liên bang và không phân biệt đối xử, loại trừ mọi người, hoặc đối xử với họ khác biệt dựa trên, hoặc vì, chủng tộc, màu da, nguồn gốc quốc gia, tuổi tác, tình trạng khuyết tật hoặc giới tính. SCAN Health Plan, SCAN Desert Health Plan và SCAN Health Plan New Mexico cung cấp viện trợ và dịch vụ miễn phí cho người khuyết tật để giao tiếp hiệu quả với chúng tôi, chẳng hạn như thông dịch viên ngôn ngữ ký hiệu có trình độ và thông tin bằng văn bản dưới các định dạng khác (bản in lớn, âm thanh, các định dạng điện tử có thể truy cập, các định dạng khác). SCAN Health Plan, SCAN Desert Health Plan và SCAN Health Plan New Mexico cung cấp dịch vụ ngôn ngữ miễn phí cho những người mà ngôn ngữ mẹ đẻ không phải tiếng Anh, chẳng hạn thông dịch viên có trình độ và thông tin viết bằng các ngôn ngữ khác. Nếu quý vị cần những dịch vụ này, liên hệ với Bộ phận Dịch vụ Thành viên của SCAN.

Nếu quý vị tin rằng SCAN Health Plan, SCAN Desert Health Plan hoặc SCAN Health Plan New Mexico đã không cung cấp được những dịch vụ này hoặc phân biệt đối xử theo cách khác đi dựa trên chủng tộc, màu da, nguồn gốc quốc gia, độ tuổi, khuyết tật, hoặc giới tính, quý vị có thể gửi than phiền trực tiếp, qua điện thoại, thư, hoặc fax, đến

SCAN Health Plan
Attention: Grievance and Appeals Department
P.O. Box 22616
Long Beach, CA 90801-5616

SCAN Member Services
PHONE: 1-800-559-3500
FAX: 1-562-989-0958
TTY: 711

Hoặc bằng cách điền vào mẫu “Nộp đơn Than phiền (File a Grievance)” trên trang web của chúng tôi tại: <https://www.scanhealthplan.com/contact-us/file-a-grievance>

Nếu quý vị cần giúp gửi đơn than phiền, Bộ phận Dịch vụ Thành viên của SCAN sẽ sẵn sàng giúp đỡ quý vị.

Quý vị cũng có thể nộp đơn khiếu nại về quyền công dân với Bộ Y tế và Dịch vụ Nhân sinh Hoa Kỳ, Văn phòng Quyền Công dân qua điện tử thông qua Cổng Thông tin về Khiếu nại của Văn phòng Quyền Công dân, có tại <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, hoặc qua thư hoặc gọi điện thoại tại:

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

Mẫu đơn khiếu nại hiện có sẵn tại trang mạng
<https://www.hhs.gov/civil-rights/filing-a-complaint/index.html>.

Quý vị cũng có thể nộp đơn khiếu nại quyền công dân tới Sở Dịch vụ Chăm sóc Sức khỏe California, Văn phòng Dân quyền qua điện thoại, văn bản hoặc điện tử:

- Qua điện thoại: Gọi số 1-916-440-7370. Nếu quý vị không thể nói hoặc nghe tốt, vui lòng gọi 711 (Dịch vụ Chuyển tiếp Truyền thông).
- Bằng văn bản: Điền vào mẫu khiếu nại hoặc gửi thư đến:
Phó Giám đốc, Văn phòng Dân quyền
Department of Health Care Services
Office of Civil Rights
P.O. Box 997413, MS 0009
Sacramento, CA 95899-7413
Mẫu đơn khiếu nại có sẵn tại http://www.dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx.
- Phương thức điện tử: Gửi email đến CivilRights@dhcs.ca.gov

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 1-800-559-3500. 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, llame al 1-800-559-3500. Alguien que hable español le podrá ayudar. Este es un servicio gratuito.

Chinese Cantonese (Traditional): 我們提供免費的口譯服務，以解答您對我們的健康或藥物計劃可能有的任何問題。如需獲得口譯服務，請致電 1-800-559-3500 聯絡我們。我們有會說中文的工作人員可以為您提供幫助。這是一項免費服務。

Chinese Mandarin (Simplified): 我们提供免费的口译服务，以解答您对我们的健康或药物计划可能有的任何问题。如需获得口译服务，请致电 1-800-559-3500 联系我们。我们有会说中文的工作人员可以为您提供帮助。这是一项免费服务。

Vietnamese: Chúng tôi có dịch vụ thông dịch miễn phí để trả lời bất kỳ câu hỏi quý vị có thể có về chương sức khỏe và chương trình thuốc men. Để được thông dịch, chỉ cần gọi theo số 1-800-559-3500. Người nói Tiếng Việt có thể trợ giúp quý vị. Đây là dịch vụ miễn phí.

Tagalog: Mayroon kaming mga libreng serbisyo ng interpreter upang masagot ang anumang katanungan ninyo hinggil sa aming planong pangkalusugan o panggagamot. Upang makakuha ng interpreter, tawagan lamang kami sa 1-800-559-3500. Maaari kayong tulungan ng isang nakakapagsalita ng Tagalog. Ito ay libreng serbisyo.

Korean: 당사는 의료 보험 또는 약품 보험에 관한 질문에 대해 드리고자 무료 통역 서비스를 제공하고 있습니다. 통역 서비스를 이용하려면 전화 1-800-559-3500 번으로 문의해 주십시오. 한국어를 하는 담당자가 도와 드릴 것입니다. 이 서비스는 무료로 운영됩니다.

Armenian: Առողջութեան կամ դեղերի ծրագրի վերաբերյալ որևէ հարց առաջանալու դեպքում կարող եք օգտվել անվճար թարգմանչական ծառայությունից: Թարգմանչի ծառայությունից օգտվելու համար զանգահարե՛ք 1-800-559-3500 հեռախոսահամարով: Ձեզ կօգնի հայերենին տիրապետող մեր աշխատակիցը: Ծառայությունն անվճար է:

Persian: توجه: ما خدمات مترجم رایگان داریم تا به هر سؤالی که ممکن است در مورد برنامه بهداشتی یا داروهای ما داشته باشید پاسخ دهیم. برای آن که مترجم دریافت کنید فقط کافیسست با شماره 1-800-559-3500 تماس بگیرید. شخصی که به زبان فارسی صحبت می کند، می تواند به شما کمک کند. این یک سرویس رایگان است.

Russian: Если у вас возникнут вопросы относительно плана медицинского обслуживания или обеспечения лекарственными препаратами, вы можете воспользоваться нашими бесплатными услугами переводчиков. Чтобы воспользоваться услугами переводчика, позвоните нам по номеру 1-800-559-3500. Вам окажет помощь сотрудник, который говорит на русском языке. Данная услуга бесплатная.

Japanese: 当社の健康保険と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をご用意しています。通訳をご利用になるには、1-800-559-3500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。

Arabic: إننا نقدم خدمات المترجم الفوري المجانية للإجابة عن أي أسئلة لديك تتعلق بخططنا الصحية أو جدول الدواء. للحصول على مترجم فوري، ليس عليك سوى الاتصال بنا على الرقم 1-800-559-3500. سيقوم شخص ما يتحدث العربية بمساعدتك. هذه الخدمة المجانية.

Punjabi: ਸਾਡੀ ਸਿਹਤ ਜਾਂ ਦਵਾਈ ਯੋਜਨਾ ਬਾਰੇ ਤੁਹਾਡੇ ਕਿਸੇ ਵੀ ਸਵਾਲਾਂ ਦਾ ਜਵਾਬ ਦੇਣ ਲਈ ਸਾਡੇ ਕੋਲ ਮੁਫਤ ਦੁਬਾਸ਼ੀਆ ਸੇਵਾਵਾਂ ਹਨ। ਕੋਈ ਦੁਬਾਸ਼ੀਆ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰਨ ਲਈ, ਬੱਸ ਸਾਨੂੰ 1-800-559-3500 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ। ਕੋਈ ਵਿਅਕਤੀ ਜੋ ਪੰਜਾਬੀ ਬੋਲਦਾ ਹੈ, ਉਹ ਤੁਹਾਡੀ ਮਦਦ ਕਰ ਸਕਦਾ ਹੈ। ਇਹ ਇੱਕ ਮੁਫਤ ਸੇਵਾ ਹੈ।

Mon-Khmer, Cambodian:

យើងខ្ញុំមានសេវាអ្នកបកប្រែផ្ទាល់មាត់ដោយមិនគិតថ្លៃចាំឆ្លើយរាល់សំណួរដែលអ្នកអាចមានអំពីសុខភាព ឬផែនការឱសថរបស់យើងខ្ញុំ។ ដើម្បីទទួលបានអ្នកបកប្រែ គ្រាន់តែហៅទូរស័ព្ទមកយើងខ្ញុំតាមរយៈលេខ 1-800-559-3500។ មានគេដែលនិយាយភាសាខ្មែរអាចជួយលោកអ្នកបាន។ សេវាកម្មនេះមិនគិតថ្លៃទេ។

Hmong: Peb muaj cov kev pab cuam txhais lus los teb koj cov lus nug uas koj muaj txog ntawm peb lub phiaj xwm kho mob thiab tshuaj kho mob. Kom tau txais tus kws txhais lus, tsuas yog hu peb ntawm 1-800-559-3500. Muaj qee tus neeg hais lus Hmoob tuaj yeem pab tau koj. Qhov no yog kev pab cuam pab dawb.

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 1-800-559-3500 पर फोन करें। कोई व्यक्ति जो हिन्दी बोलता है आपकी मदद कर सकता है। यह एक मुफ्त सेवा है।

Thai: เรามีบริการล่ามฟรีเพื่อตอบสนองข้อสงสัยต่าง ๆ ที่คุณอาจมีเกี่ยวกับแผนสุขภาพและด้านเภสัชกรรมของเรา ขอความช่วยเหลือจากล่ามโดยโทรติดต่อเราที่หมายเลข 1-800-559-3500 เจ้าหน้าที่ในภาษาไทยจะเป็นผู้ให้บริการโดยไม่มีค่าใช้จ่ายใด ๆ

Lao: ພວກເຮົາມີການບໍລິການນາຍພາສາຟຣີ ເພື່ອຕອບຄໍາຖາມທີ່ທ່ານອາດຈະມີກ່ຽວກັບສຸຂະພາບ ຫຼື ແຜນການຢາຂອງ ພວກເຮົາ. ເພື່ອຮັບເອົານາຍພາສາ, ພາລາດໂທຫາພວກເຮົາທີ່ເບີ 1-800-559-3500. ບາງຄົນທີ່ເວົ້າພາສາລາວ ສາມາດຊ່ວຍທ່ານໄດ້. ນີ້ແມ່ນການບໍລິການຟຣີ.

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 1-800-559-3500. Quelqu'un parlant français pourra vous aider. Ce service est gratuit.

German: Unser kostenloser Dolmetscherservice beantwortet Ihre Fragen zu unserem Gesundheits- und Arzneimittelplan. Unsere Dolmetscher erreichen Sie unter 1-800-559-3500. Man wird Ihnen dort auf Deutsch weiterhelfen. Dieser Service ist kostenlos.

Italian: È disponibile un servizio di interpretariato gratuito per rispondere a eventuali domande sul nostro piano sanitario e farmaceutico. Per usufruire di un interprete, contattare il numero 1-800-559-3500. Un nostro incaricato che parla Italiano Le 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 1-800-559-3500. Irá encontrar alguém que fale português para o ajudar. Este serviço é gratuito.

French Creole: Nou genyen sèvis entèprèt gratis pou reponn tout kesyon ou ta genyen konsènan plan sante oswa medikaman nou yo. Pou w jwenn yon entèprèt, jis rele nou nan 1-800-559-3500. 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 1-800-559-3500. Ta usługa jest bezpłatna.

Hmong-Mien: Peb muaj kev pab cuam txhais lus pub dawb los teb cov lus nug uas koj muaj txog ntawm peb lub phiaj xwm kev noj qab haus huv los sis phiaj xwm tshuaj kho mob. Kom tau txais tus kws txhais lus, tsuas yog hu peb ntawm 1-800-559-3500. Muaj tus neeg hais lus Hmoob tuaj yeem pab tau koj. Qhov kev pab cuam no yog pab dawb xwb.

Ukrainian: Ми надаємо безкоштовні послуги усного перекладача, який відповість на будь-які ваші запитання щодо нашого плану медичного обслуговування або лікарського забезпечення. Щоб отримати послуги перекладача, просто зателефонуйте нам за номером 1-800-559-3500. Вам може допомогти людина, яка володіє українською мовою. Ця послуга безкоштовна.