

# Resumen *de* Beneficios *para* 2018

Health Net Healthy Heart (HMO)

Condados de Alameda y Stanislaus, CA

H0562-068



Los beneficios entran en vigencia a partir del 1 de enero de 2018  
H0562\_18\_3073SB\_4500\_SPN\_Accepted 09092017

Este folleto le proporciona un resumen de lo que cubrimos y sus costos compartidos. No enumera cada servicio que cubrimos ni tampoco cada limitación o exclusión. Para obtener una lista completa de los servicios que cubrimos, llámenos al número que aparece en la última página y solicite la “Evidencia de Cobertura” (por sus siglas en inglés, EOC) o acceda a la EOC en nuestro sitio web, <https://ca.healthnetadvantage.com>.

Usted es elegible para inscribirse en Health Net Healthy Heart (HMO) en los siguientes casos:

- Si tiene derecho a Medicare Parte A y está inscrito en Medicare Parte B. Los afiliados deben seguir pagando la prima de Medicare Parte B si esta no se paga de otra forma conforme a Medicaid o por un tercero.
- Debe ser un ciudadano de los Estados Unidos o vivir legalmente en los Estados Unidos y tener residencia permanente en el área de servicio del plan (en otras palabras, su residencia permanente se encuentra dentro del condado del área de servicio de Health Net Healthy Heart [HMO]). Nuestra área de servicios incluye los siguientes condados de California: Condados de Alameda y Stanislaus.
- No tiene enfermedad renal en etapa terminal (por sus siglas en inglés, ESRD).

El plan Health Net Healthy Heart (HMO) le brinda acceso a nuestra red de proveedores médicos altamente capacitados en su área. Puede esperar elegir un proveedor de atención primaria (por sus siglas en inglés, PCP) para que trabaje con usted y coordine su atención. Puede solicitar un Directorio de proveedores actual o una lista actualizada de proveedores de la red si visita <https://ca.healthnetadvantage.com>. (Tenga en cuenta que, excepto la atención de emergencia, la atención requerida de urgencia cuando se encuentra fuera de la red, los servicios de diálisis fuera del área y los casos en los que nuestro plan autorice el uso de proveedores fuera de la red, si obtiene atención médica de proveedores fuera del plan, ni Medicare ni Health Net serán responsables de los costos).

Puede ver nuestro Directorio de proveedores del plan en nuestro sitio web, <https://ca.healthnetadvantage.com>.

Este plan (HMO) de Health Net también incluye cobertura de la Parte D, que le brinda la comodidad de coordinar sus necesidades médicas y de medicamentos que requieren receta médica a través de una única fuente conveniente.

# RESUMEN DE BENEFICIOS

1 de enero de 2018 - 31 de diciembre de 2018

Primas y Beneficios	Health Net Healthy Heart (HMO)
<b>Prima mensual del plan, incluye la prima de la Parte C y la Parte D</b>	\$157  Usted debe continuar pagando la prima de Medicare Parte B.
<b>Deducible</b>	Sin deducible
<b>Responsabilidad de desembolso máximo</b>  <i>(no incluye la prima mensual y los medicamentos que requieren receta médica)</i>	\$3,400 por año  Este es el máximo que paga por los copagos y coseguro por servicios médicos en el año.  No todos los servicios cubiertos se aplican al desembolso máximo. Para obtener más información, consulte la Evidencia de Cobertura (EOC) del plan.
<b>Cobertura de atención hospitalaria para pacientes internados</b>	Copago de \$275 por día para los días 1 a 7 Copago de \$0 por día para los días 8 y en adelante  <i>Es posible que se requiera autorización previa (aprobación por adelantado).</i> Es posible que se requiera una remisión.
<b>Hospital para Pacientes Ambulatorios</b>  <i>(incluidos los servicios proporcionados en centros hospitalarios para pacientes ambulatorios y centros quirúrgicos ambulatorios)</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Consulta hospitalaria (incluidas las inyecciones epidurales): copago de \$250 por cada consulta</li> <li>• Consulta en un centro quirúrgico ambulatorio (incluidas las inyecciones epidurales): Copago de \$125 por cada consulta</li> </ul> <i>Es posible que se requiera autorización previa (aprobación por adelantado).</i> Es posible que se requiera una remisión.
<b>Consultas con el Médico</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Atención primaria: Copago de \$5 por cada consulta</li> <li>• Especialista: copago de \$10 por cada consulta</li> </ul> <i>Es posible que algunos servicios de especialistas requieran autorización previa (aprobación por adelantado).</i> Es posible que se requiera una remisión para consultas con especialistas.

Primas y Beneficios	Health Net Healthy Heart (HMO)
<b>Atención Preventiva</b>	<p>Copago de \$0 por los servicios preventivos cubiertos por Medicare por un costo compartido de cero</p> <p>Para todos los servicios preventivos que tienen cobertura sin costo en virtud de Original Medicare, también cubrimos el servicio sin costo para usted. Es posible que se apliquen costos compartidos cuando otros servicios se reciben además de los servicios preventivos.</p> <p><i>Es posible que algunos servicios requieran autorización previa (aprobación por adelantado).</i></p> <p>Es posible que se requiera una remisión.</p>
<b>Atención de Emergencia</b>	<p>Copago de \$100 por cada consulta</p> <p>Si usted es admitido al hospital inmediatamente, no tiene que pagar su parte del costo por atención de emergencia.</p>
<b>Servicios Requeridos de Urgencia</b>	<p>copago de \$10 por cada consulta</p> <p>Si usted es admitido en el hospital inmediatamente, no tiene que pagar su parte del costo por servicios requeridos de urgencia.</p>
<b>Servicios de diagnóstico/pruebas de laboratorio/diagnóstico por imágenes</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Servicios de Laboratorio: copago de \$0</li> <li>• Pruebas y procedimientos de diagnóstico: copago de \$0</li> <li>• Electrocardiograma: copago de \$0</li> <li>• Rayos X para pacientes ambulatorios: copago de \$0</li> <li>• Servicios de radiología de diagnóstico (como imágenes por resonancia magnética [por sus siglas en inglés, MRI], angiografía por resonancia magnética [por sus siglas en inglés, MRA], tomografía computarizada [por sus siglas en inglés, CT], tomografía por emisión de positrones [por sus siglas en inglés, PET]): copago de \$60</li> <li>• Servicios de radiología terapéutica (como tratamiento de radiación para el cáncer): copago de \$60</li> </ul> <p><i>Es posible que algunos servicios requieran autorización previa (aprobación por adelantado).</i></p> <p>Es posible que se requiera una remisión.</p>

Primas y Beneficios	Health Net Healthy Heart (HMO)
<b>Servicios de Audición</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Examen auditivo (cubierto por Medicare): Copago de \$0 por cada consulta</li> </ul> <p>Los servicios cubiertos de Medicare incluyen un examen para diagnosticar y tratar problemas de audición y equilibrio.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Servicios de audición de rutina (no cubierto por Medicare): copago de \$0 por cada consulta (1 por año)</li> <li>• Aparato auditivo: copago de \$0 (un par) cada 3 años.</li> </ul> <p>Este plan paga hasta \$2,000 para audífonos (para ambos oídos combinados) cada 3 años.</p> <p>Los afiliados son responsables de cualquier saldo restante que supere el límite máximo de la cobertura. Los audífonos están cubiertos cuando se determina que son médicamente necesarios durante el examen auditivo.</p> <p><i>Es posible que algunos servicios requieran autorización previa (aprobación por adelantado).</i></p> <p>Es posible que se requiera una remisión.</p>
<b>Servicios Dentales</b>	<p>Servicios dentales (cubiertos por Medicare): copago de \$0</p> <p>Servicios cubiertos por Medicare: Servicios dentales limitados (no incluyen servicios relacionados con la atención, el tratamiento, el empaste, la extracción ni el reemplazo de dientes).</p> <p>Los beneficios dentales preventivos e integrales adicionales se encuentran disponibles por una prima adicional.</p> <p>Consulte la sección de beneficios suplementarios opcionales.</p> <p><i>Es posible que algunos servicios requieran autorización previa (aprobación por adelantado).</i></p> <p>Es posible que se requiera una remisión.</p>
<b>Servicios de la vista</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Examen de la vista para diagnosticar y tratar enfermedades y afecciones de la vista (cubierto por Medicare): copago de \$10 por cada consulta</li> <li>• Examen anual de detección de glaucoma (cubierto por Medicare): copago de \$0</li> <li>• Anteojos o lentes de contacto después de una cirugía de cataratas (cubiertos por Medicare): copago de \$0</li> <li>• Examen de la vista de rutina (no cubierto por Medicare) (uno cada 12 meses): copago de \$10 por cada consulta</li> </ul> <p>Lentes y accesorios de rutina (no cubiertos por Medicare) disponibles por una prima adicional. Consulte la sección de beneficios suplementarios opcionales.</p> <p><i>Es posible que algunos servicios requieran autorización previa (aprobación por adelantado).</i></p> <p>Es posible que se requiera una remisión.</p>

Primas y Beneficios	Health Net Healthy Heart (HMO)
<b>Servicios de Salud Mental</b>	Pacientes ambulatorios: copago de \$25 por cada consulta  Pacientes internados: copago de \$900 por estadía  <i>Es posible que se requiera autorización previa (aprobación por adelantado).</i>
<b>Centro de Enfermería Especializada</b>	Por cada período de beneficios, usted paga: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Copago de \$0 por día para los días 1 a 20</li> <li>• copago de \$75 por día para los días 21 al 100</li> </ul> <i>Es posible que se requiera autorización previa (aprobación por adelantado).</i> Es posible que se requiera una remisión.
<b>Fisioterapia</b>	Copago de \$0 por cada consulta  <i>Es posible que se requiera autorización previa (aprobación por adelantado).</i> Es posible que se requiera una remisión.
<b>Ambulancia</b>	Copago de \$75 El costo es por cada viaje de ida o de vuelta para servicios de ambulancia cubiertos por Medicare. Sin cargo para más de un viaje en un mismo día. <i>Es posible que se requiera autorización previa (aprobación por adelantado) para servicios de ambulancia que no son de emergencia.</i>
<b>Transporte</b>	Sin cobertura
<b>Medicamentos de Medicare Parte B</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Medicamentos de quimioterapia: coseguro del 20 %</li> <li>• Otros medicamentos de la Parte B: coseguro del 20 %</li> </ul> <i>Es posible que se requiera autorización previa (aprobación por adelantado).</i>
<b>Programas de Bienestar</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Línea de consulta con enfermeras atendida las 24 horas: copago de \$0 Puede llamar a la línea directa de enfermería las 24 horas del día, los 365 días del año, para hacer preguntas sobre su salud.</li> <li>• Programas para dejar de fumar y de consumir tabaco (cubierto por Medicare) (asesoramiento para dejar de fumar o abandonar el consumo de tabaco): copago de \$0 Sesiones adicionales de asesoramiento para dejar de fumar y utilizar tabaco (sesiones adicionales ilimitadas).</li> </ul> Asesoramiento para dejar de fumar por Internet y por vía telefónica a

<b>Primas y Beneficios</b>	<b>Health Net Healthy Heart (HMO)</b>
	<p>cargo de médicos capacitados. Incluye orientación sobre las medidas para realizar cambios, planificación, asesoramiento y educación: Evaluación exhaustiva y planes personalizados para dejar de fumar, hasta 4 llamadas de asesoramiento personalizadas y proactivas, línea gratuita ilimitada para hablar con un instructor para dejar de fumar, acceso ilimitado a una comunidad en línea que ofrece herramientas de aprendizaje virtual, apoyo social e información sobre dejar de fumar, y apoyo para tomar decisiones con respecto al tipo, dosis y uso del medicamento.</p> <p>Si desea obtener una lista detallada de los beneficios de los programas de bienestar que se ofrecen, consulte la Evidencia de Cobertura.</p>

**Medicamentos que requieren receta médica para pacientes ambulatorios**

<b>Etapa del deducible</b>	Sin deducible			
<b>Etapa de cobertura Inicial</b> (después de pagar su deducible, si corresponde)	El costo compartido puede cambiar según la farmacia que elija (p. ej., farmacia de venta minorista estándar, de compra por correo, de atención a largo plazo o de infusión en el hogar), y cuando ingresa a otra de las cuatro etapas del beneficio de la Parte D.			
		<b>Receta de suministro para 30 días para costo compartido en farmacia de venta minorista preferida</b>	<b>Receta de suministro para 30 días para Costo Compartido en suministro de 30 días</b>	<b>Compra por Correo suministro de 90 días</b>
	Nivel 1: medicamentos genéricos preferidos	Copago de \$5	Copago de \$10	Copago de \$10
	Nivel 2: medicamentos genéricos	Copago de \$15	Copago de \$20	Copago de \$30
	Nivel 3: medicamentos de marca preferidos	Copago de \$37	Copago de \$47	Copago de \$101
	Nivel 4: Medicamentos de marca no preferidos	Copago de \$90	Copago de \$100	Copago de \$260
	Nivel 5: medicamentos especializados	Coseguro del 33 %	Coseguro del 33 %	Coseguro del 33 %
	Nivel 6: medicamentos para la atención seleccionada	Copago de \$0	Copago de \$0	Copago de \$0



## Medicamentos que requieren receta médica para pacientes ambulatorios

### Información importante:

Para obtener más información sobre los costos de Suministros a Largo Plazo, Infusión en el Hogar o los costos compartidos adicionales específicos de las farmacias y las etapas del beneficio, llámenos o acceda a nuestra Evidencia de Cobertura en línea.

Esta no es una lista completa de todos los medicamentos que cubre nuestro plan. Para obtener una lista completa, llame al 1-800-275-4737 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) o visite <https://ca.healthnetadvantage.com>. También puede ver nuestro Directorio de farmacias del plan en nuestro sitio web, <https://ca.healthnetadvantage.com>.

## Beneficios Suplementarios Opcionales

*(debe pagar una prima extra cada mes por estos beneficios)*

### Paquete n.º 1 de Beneficios Suplementarios Opcionales

Es posible que se requiera autorización previa (aprobación por adelantado).

<p><b>Prima Mensual</b> Esta prima mensual adicional es complementaria a la prima mensual de su plan y a la prima mensual de Medicare Parte B.</p>	<p>\$19 por mes</p>
<p><b>Servicios Dentales DHMO</b> Con la excepción de la atención dental de urgencia y de emergencia, todos los servicios cubiertos debe proporcionarlos un dentista contratado. La mayoría de los servicios cubiertos estarán disponibles y serán proporcionados por su dentista general de atención primaria seleccionado. Las cantidades de copago integral varían según el servicio y procedimiento.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Servicios preventivos (incluye examen bucal, limpieza, tratamiento con flúor y radiografías dentales): copago de \$0</li> <li>• Servicios Dentales que no son de rutina: copago de \$0</li> <li>• Servicios de Diagnóstico: Copago de \$0 a \$15</li> <li>• Servicios de restauración (incluye coronas, empastes): copago de \$0 a \$300</li> <li>• Endodoncia: de \$5 a \$275</li> <li>• Periodoncia: copago de \$0 a \$375</li> <li>• Extracciones: de \$15 a \$150</li> <li>• Cirugía oral/maxilofacial/otros servicios de prostodoncia (incluye dentaduras parciales, postizas): copago de \$0 a \$2,250</li> </ul>
<p><b>Lentes y accesorios de rutina (no cubiertos por Medicare)</b>  * El plan cubre hasta la cantidad de la asignación y el afiliado es responsable por todo el saldo restante. El beneficio de años múltiples puede no estar disponible en años posteriores.</p>	<p>Asignación de hasta \$250 cada 24 meses*</p>
<p><b>Servicios quiroprácticos y de acupuntura</b>  Límite de consultas anuales combinadas: 30 consultas</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Servicios quiroprácticos de rutina (no cubiertos por Medicare): copago de \$10 por cada consulta</li> <li>• Acupuntura: copago de \$10 por cada consulta</li> </ul>
<p><b>Beneficios de acondicionamiento físico</b></p>	<p>Elija una membresía en un centro de acondicionamiento físico participante o una membresía en el Programa de Acondicionamiento Físico en el Hogar. No se aplican copagos, coseguros ni deducibles para el beneficio de acondicionamiento físico.</p>

## Beneficios Suplementarios Opcionales

*(debe pagar una prima extra cada mes por estos beneficios)*

### Paquete n.º 2 de beneficios suplementarios opcionales

Es posible que se requiera autorización previa (aprobación por adelantado).

<b>Prima Mensual</b> Esta prima mensual adicional es complementaria a la prima mensual de su plan y a la prima mensual de Medicare Parte B.	\$30 por mes	
<b>Servicios dentales DPPO</b> Puede consultar a cualquier dentista titulado para recibir servicios dentales preventivos y generales integrales cubiertos; sin embargo, su costo compartido será menor si consulta a proveedores del plan.  * MAC: el cargo máximo permitido (por sus siglas en inglés, MAC) es la cantidad máxima en dólares permitida por el plan para un servicio dental cubierto. Después del deducible, usted será responsable de la diferencia entre el MAC y los cargos facturados.	<b>Dentro de la red</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Deducible anual dentro de la red por única vez de \$35</li> <li>• Máximo del plan de \$1,000 por año (combinado con servicios fuera de la red para todos los servicios)</li> <li>• Servicios preventivos: usted paga un copago de \$0 después del deducible</li> <li>• Servicios integrales generales limitados: coseguro del 20 % después del deducible</li> </ul>	<b>Fuera de la red</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Deducible anual fuera de la red por única vez de \$35</li> <li>• Máximo del plan de \$1,000 por año (combinado con servicios dentro de la red para todos los servicios)</li> <li>• Servicios preventivos: usted paga un coseguro del 20 % del cargo máximo permitido (por sus siglas en inglés, MAC)* después del deducible</li> <li>• Servicios integrales generales limitados: usted paga un coseguro del 40 % del cargo máximo permitido (por sus siglas en inglés, MAC)* después del deducible</li> </ul>
<b>Lentes y accesorios de rutina (no cubierto por Medicare)</b> * El plan cubre hasta la cantidad de la asignación y el afiliado es responsable por todo el saldo restante. El beneficio de años múltiples puede no estar disponible en años posteriores	Asignación de hasta \$250 cada 24 meses* <ul style="list-style-type: none"> <li>• Lentes y accesorios de rutina (no cubiertos por Medicare): asignación de hasta \$250 para lentes de contacto o anteojos (marcos y lentes) cada 24 meses</li> </ul>	
<b>Servicios quiroprácticos y de acupuntura</b> Límite de consultas anuales combinadas: 30 consultas	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Servicios quiroprácticos de rutina (no cubiertos por Medicare): copago de \$10 por cada consulta</li> <li>• Acupuntura: copago de \$10 por cada consulta</li> </ul>	

## Beneficios Suplementarios Opcionales

*(debe pagar una prima extra cada mes por estos beneficios)*

### **Beneficios de acondicionamiento físico**

Elija una membresía en un centro de acondicionamiento físico participante o una membresía en el Programa de Acondicionamiento Físico en el Hogar.  
No se aplican copagos, coseguros ni deducibles para el beneficio de acondicionamiento físico.

*Para obtener más información, comuníquese con*

Health Net Healthy Heart (HMO)  
Post Office Box 10420  
Van Nuys, CA 91410-0420  
<https://ca.healthnetadvantage.com>

Los afiliados actuales deben llamar al: 1-800-275-4737 (TTY: 711)

Los posibles afiliados deben llamar al: 1-800-977-6738 (TTY: 711)

Desde el 1 de octubre hasta el 14 de febrero, puede llamarnos los 7 días de la semana de 8 a.m. a 8 p.m. Desde el 15 de febrero hasta el 30 de septiembre, puede llamarnos de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. Se utilizará un sistema de mensajes fuera del horario de atención, durante los fines de semana y en los días feriados federales.

Si desea saber más sobre la cobertura y los costos de Original Medicare, busque en su manual actual “Medicare & You”. Consulte el manual en línea en [www.medicare.gov](http://www.medicare.gov) u obtenga una copia llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Esta información no es una descripción completa de los beneficios. Para obtener más información, comuníquese con el plan. Pueden aplicarse limitaciones, copagos y restricciones. Los beneficios, las primas o los copagos/el coseguro pueden cambiar el 1 de enero de cada año. El **“coseguro”** es el porcentaje que usted paga del costo total de ciertos servicios médicos. Usted paga un coseguro en el momento en que obtiene el servicio médico.

El formulario, la red de farmacias o la red de proveedores pueden cambiar en cualquier momento. Recibirá un aviso cuando sea necesario.

Este documento está disponible en otros formatos, como Braille, letra grande o audio.

Health Net of California, Inc. tiene un contrato con Medicare para ofrecer planes HMO. La inscripción en un plan Medicare Advantage de Health Net depende de la renovación del contrato. Health Net Medicare Advantage plan depends on contract renewal.

Section 1557 Non-Discrimination Language  
Notice of Non-Discrimination

---

Health Net complies with applicable federal civil rights laws and does not discriminate on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex. Health Net does not exclude people or treat them differently because of race, color, national origin, age, disability, or sex.

Health Net:

- Provides free aids and services to people with disabilities to communicate effectively with us, such as qualified sign language interpreters and written information in other formats (large print, accessible electronic formats, other formats).
- Provides free language services to people whose primary language is not English, such as qualified interpreters and information written in other languages.

If you need these services, contact Health Net's Customer Contact Center at: 1-800-431-9007 (Jade, Sapphire, Amber and HMO SNP), 1-800-275-4737 (All Other HMO) (TTY: 711). From October 1 to February 14, you can call us 7 days a week from 8 a.m. to 8 p.m. From February 15 to September 30, you can call us Monday through Friday from 8 a.m. to 8 p.m. A messaging system is used after hours, weekends, and on federal holidays.

If you believe that Health Net has failed to provide these services or discriminated in another way on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex, you can file a grievance by calling the number above and telling them you need help filing a grievance; Health Net's Customer Contact Center is available to help you.

You can also file a civil rights complaint with the U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights, electronically through the Office for Civil Rights Complaint Portal, available at <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf> or by mail or phone at: U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue SW, Room 509F, HHH Building, Washington, DC 20201, 1-800-368-1019 (TDD: 1-800-537-7697).

Complaint forms are available at <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

Section 1557 Non-Discrimination Language  
Multi-Language Interpreter Services

---

SPANISH	ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-800-431-9007 (Jade, Sapphire, Amber and HMO SNP), 1-800-275-4737 (All Other HMO) (TTY: 711).
CHINESE	注意：如果您說中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 1-800-431-9007 (Jade, Sapphire, Amber and HMO SNP), 1-800-275-4737 (All Other HMO) (TTY: 711)。
VIETNAMESE	CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 1-800-431-9007 (Jade, Sapphire, Amber and HMO SNP), 1-800-275-4737 (All Other HMO) (TTY: 711).
TAGALOG	PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 1-800-431-9007 (Jade, Sapphire, Amber and HMO SNP), 1-800-275-4737 (All Other HMO) (TTY: 711).
KOREAN	주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 1-800-431-9007 (Jade, Sapphire, Amber and HMO SNP), 1-800-275-4737 (All Other HMO) (TTY: 711) 번으로 전화해 주십시오.
ARMENIAN	ՈՒՇԱԴՐՈՒԹՅՈՒՆ՝ Եթե խոսում եք հայերեն, ապա ձեզ անվճար կարող են տրամադրվել լեզվական աջակցության ծառայություններ: <b>Զանգահարեք:</b> 1-800-431-9007 (Jade, Sapphire, Amber and HMO SNP), 1-800-275-4737 (All Other HMO) (TTY: 711).
PERSIAN	<b>توجه:</b> اگر به زبان فارسی گفتگو می کنید، تسهیلات زبانی بصورت رایگان برای شما فراهم می باشد. با 1-800-431-9007 (Jade, Sapphire, Amber and HMO SNP), 1-800-275-4737 (All Other HMO) (TTY: 711) تماس بگیرید.
RUSSIAN	ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 1-800-431-9007 (Jade, Sapphire, Amber and HMO SNP), 1-800-275-4737 (All Other HMO) (TTY: 711).
JAPANESE	注意事項：日本語を話される場合、無料の言語支援をご利用いただけません。1-800-431-9007 (Jade, Sapphire, Amber and HMO SNP), 1-800-275-4737 (All Other HMO) (TTY: 711) まで、お電話にてご連絡ください。
ARABIC	تنبيه: إذا كنت تتحدث العربية، فإن خدمات المساعدة اللغوية المجانية متاحة لك. يُرجى الاتصال بالرقم 1-800-431-9007 (Jade, Sapphire, Amber and HMO SNP), 1-800-275-4737 (All Other HMO) (مكبلا و مصلا فتاه مقرر: 711).
PUNJABI	ਧਿਆਨ ਦਿਓ: ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਪੰਜਾਬੀ ਬੋਲਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਭਾਸ਼ਾ ਸਹਾਇਤਾ ਸੇਵਾਵਾਂ ਬਿਲਕੁਲ ਮੁਫਤ ਉਪਲਬਧ ਹਨ। ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ 1-800-431-9007 (Jade, Sapphire, Amber and HMO SNP), 1-800-275-4737 (All Other HMO) (TTY: 711) 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ।

---

MON-KHMER,  
CAMBODIAN

---

ចំណាប់អារម្មណ៍: បើសិនអ្នកនិយាយភាសាខ្មែរ សេវាជំនួយភាសាដោយឥតគិតថ្លៃ គឺមានសំរាប់អ្នក។ សូម  
ទូរស័ព្ទទៅលេខ 1-800-431-9007 (Jade, Sapphire, Amber and HMO SNP),  
1-800-275-4737 (All Other HMO) (TTY: 711)។

---

HMONG

LUS CEEV: Yog tias koj hais lus Hmoob, cov kev pab txog lus, muaj kev pab  
dawb rau koj. Hu rau 1-800-431-9007 (Jade, Sapphire, Amber and HMO SNP),  
1-800-275-4737 (All Other HMO) (TTY: 711).

---

HINDI

ध्यान दें: यदि आप हिंदी बोलते हैं, आपको भाषा सहायता सेवाएं, निःशुल्क उपलब्ध हैं। कृपया  
1-800-431-9007 (Jade, Sapphire, Amber and HMO SNP), 1-800-275-4737 (All  
Other HMO) (TTY: 711). पर कॉल करें।

---

THAI

เรียน: ถ้าคุณพูดภาษาไทยคุณสามารถใช้บริการช่วยเหลือทางภาษาได้ฟรี โทร 1-800-431-9007  
(Jade, Sapphire, Amber and HMO SNP), 1-800-275-4737 (All Other HMO)  
(TTY: 711)

---