

Resumen *de* Beneficios *para* 2018

Health Net Seniority Plus Sapphire (HMO)

Condado de Kern, CA

H0562-111-002



Los beneficios entran en vigencia a partir del 1 de enero de 2018
H0562_18_3043SB_4510_SPN_Accepted 09102017



Health Net[®]
MEDICARE PROGRAMS

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 Seniority Plus Sapphire (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.
- Es un ciudadano de los Estados Unidos o vive legalmente en los Estados Unidos y tiene residencia permanente en el área de servicio del plan (en otras palabras, su residencia permanente se encuentra en uno de los condados del área de servicio de Health Net Seniority Plus Sapphire [HMO]). Nuestra área de servicio incluye el siguiente condado de California: Kern.
- No tiene enfermedad renal en etapa terminal (por sus siglas en inglés, ESRD). (Se pueden aplicar excepciones para las personas que desarrollen la ESRD mientras estén inscritos en un plan de salud grupal o comercial de Health Net o en un plan de Medicaid).

El plan Health Net Seniority Plus Sapphire (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 Seniority Plus Sapphire (HMO)
Prima mensual del plan, incluye la prima de la Parte C y la Parte D	<p>\$35.50</p> <p>Usted debe continuar pagando la prima de Medicare Parte B.</p>
Deducible	<p>Deducible de \$0 por servicios de la Parte C</p> <p>Deducible de \$240 por medicamentos que requieren receta médica de la Parte D (se aplica a los medicamentos en los Niveles 2 a 5)</p> <p>Deducible de \$35 por servicios dentales de rutina</p> <p>Este plan tiene una cantidad de deducible de \$1,316 para los días 1 a 60 por período de beneficios para servicios hospitalarios para pacientes internados. Este monto puede cambiar en 2018.</p> <p>Una vez que haya pagado su deducible, comenzaremos a pagar nuestra parte de los costos por los servicios médicos cubiertos y usted pagará su parte (la cantidad de su copago o coseguro) por el resto del período de beneficios.</p>
Responsabilidad de desembolso máximo (no incluye la prima mensual y los medicamentos que requieren receta médica)	<p>\$6,700 por año</p> <p>Este es el máximo que pagará por los copagos y coseguro por servicios médicos en el año.</p> <p>No todos los servicios cubiertos se aplican al desembolso máximo. Para obtener más información, consulte la Evidencia de Cobertura (EOC) del plan.</p> <p>Deberá continuar pagando sus primas mensuales y el costo compartido por sus medicamentos que requieren receta médica de la Parte D.</p>

Primas y Beneficios	Health Net Seniority Plus Sapphire (HMO)
Cobertura de atención hospitalaria para pacientes internados	<p>En 2017, las cantidades para cada período de beneficios fueron de \$0 o:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Deducible de \$1,316 para los días 1 al 60. • Copago de \$329 por día para los días 61 al 90 • Copago de \$658 por día para 60 días de reserva de por vida <p>Las cantidades de costo compartido para pacientes internados son para 2017 y pueden cambiar en 2018. Proporcionaremos tasas actualizadas en cuanto Medicare las publique.</p> <p><i>Es posible que se requiera autorización previa (aprobación por adelantado).</i></p> <p>Es posible que se requiera una remisión.</p>
Hospital para Pacientes Ambulatorios <i>(incluidos los servicios proporcionados en centros hospitalarios para pacientes ambulatorios y centros quirúrgicos ambulatorios)</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Consulta hospitalaria (incluidas las inyecciones epidurales): coseguro de 20 % por cada consulta • Consulta en un centro quirúrgico ambulatorio (incluidas las inyecciones epidurales): Coseguro del 20 % por cada consulta <p><i>Es posible que se requiera autorización previa (aprobación por adelantado).</i></p> <p>Es posible que se requiera una remisión.</p>
Consultas con el Médico	<ul style="list-style-type: none"> • Atención primaria: copago de \$0 por cada consulta • Especialista: copago de \$0 por cada consulta <p><i>Es posible que algunos servicios de especialistas requieran autorización previa (aprobación por adelantado).</i></p> <p>Es posible que se requiera una remisión para consultas con especialistas.</p>
Atención Preventiva	<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.</p> <p>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>
Atención de Emergencia	<p>Copago de \$80 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>

Primas y Beneficios	Health Net Seniority Plus Sapphire (HMO)
Servicios Requeridos de Urgencia	<p>Coseguro del 20 % (hasta \$65) 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>
Servicios de diagnóstico/pruebas de laboratorio/diagnóstico por imágenes	<ul style="list-style-type: none"> • Servicios de Laboratorio: copago de \$0 • Pruebas y procedimientos de diagnóstico: coseguro del 20 % • Electrocardiograma: Coseguro del 20 % • Rayos X para pacientes ambulatorios: coseguro del 20 % • 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]): coseguro del 20 % • Servicios de radiología terapéutica (como tratamiento de radiación para el cáncer): coseguro del 20 % <p><i>Es posible que algunos servicios requieran autorización previa (aprobación por adelantado).</i></p> <p>Es posible que se requiera una remisión.</p>
Servicios de Audición	<ul style="list-style-type: none"> • Examen auditivo (cubierto por Medicare): Coseguro del 20 % por cada consulta <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"> • Servicios de audición de rutina (no cubiertos por Medicare): copago de \$0 por cada consulta (1 por año) • Aparato auditivo: copago de \$0 (un par) cada 3 años <p>Este plan paga hasta \$2,000 por 2 audífonos (para ambos oídos combinados) cada 3 años. Los afiliados no tienen costos compartidos de desembolso.</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>
Servicios Dentales	<p>Servicios dentales (cubiertos por Medicare): Coseguro del 20 % por cada consulta</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>Organización de Proveedores Dentales Preferidos (por sus siglas en inglés, DPPO):</p> <p>Hay un deducible anual independiente de \$35 para servicios dentales cubiertos dentro y fuera de la red. Hay un beneficio máximo anual combinado de \$1,000 por servicios combinados de proveedores dentro y fuera de la red.</p>

<p>Servicios Dentales (continuación)</p>	<p>Servicios dentales preventivos y de diagnóstico:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Limpiezas, exámenes, y tratamientos con flúor de rutina: \$0 (hasta 2 por año calendario) • Rayos X Dentales: \$0 (hasta 2 por año calendario) Fuera de la red: Cargo máximo permitido (por sus siglas en inglés, MAC) del 20 % después del deducible <p>Servicios dentales integrales adicionales (no cubiertos por Medicare):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios de restauración, extracciones y periodoncia: Coseguro del 20 % Fuera de la red: Cargo máximo permitido (MAC) del 40 % después del deducible <p><i>Es posible que algunos servicios requieran autorización previa (aprobación por adelantado).</i> Es posible que se requiera una remisión.</p>
<p>Servicios de la vista</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Examen de la vista para diagnosticar y tratar enfermedades y afecciones de la vista (cubierto por Medicare): copago de \$0 por cada consulta • Examen anual de detección de glaucoma (cubierto por Medicare): copago de \$0 • Anteojos o lentes de contacto después de una cirugía de cataratas (cubiertos por Medicare): copago de \$0 • Examen de la vista de rutina (no cubierto por Medicare) (uno cada 12 meses): copago de \$0 por cada consulta • Lentes y accesorios de rutina (no cubiertos por Medicare): asignación de hasta \$450 para lentes de contacto o anteojos (marcos y lentes) cada 24 meses <p><i>Es posible que algunos servicios requieran autorización previa (aprobación por adelantado).</i> Es posible que se requiera una remisión.</p>
<p>Servicios de Salud Mental</p>	<p>Pacientes ambulatorios: Coseguro del 20 % por cada consulta</p> <p>Pacientes internados: Copago de \$90 por día para los días 1 a 15 Copago de \$0 por día para los días 16 a 90</p> <p><i>Es posible que algunos servicios requieran autorización previa (aprobación por adelantado).</i></p>

Primas y Beneficios	Health Net Seniority Plus Sapphire (HMO)
Centro de Enfermería Especializada	<p>En 2017, las cantidades para cada período de beneficios fueron:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Copago de \$0 por día para los días 1 al 20 • Copago de \$164.50 por día para los días del 21 al 100 <p>Las cantidades de costo compartido son para 2017 y pueden cambiar en 2018. Proporcionaremos tasas actualizadas en cuanto Medicare las publique.</p> <p><i>Es posible que se requiera autorización previa (aprobación por adelantado).</i></p> <p>Es posible que se requiera una remisión.</p>
Fisioterapia	<p>Copago de \$0 por cada consulta</p> <p><i>Es posible que se requiera autorización previa (aprobación por adelantado).</i></p> <p>Es posible que se requiera una remisión.</p>
Ambulancia	<p>Coseguro del 20 %</p> <p>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.</p> <p><i>Se requiere autorización previa (aprobación por adelantado) para servicios de ambulancia que no son de emergencia.</i></p>
Transporte	<p>Copago de \$0 por viaje</p> <p>Hasta 20 viajes de ida o de vuelta, por año, a lugares aprobados por el plan.</p> <p><i>Es posible que se requiera autorización previa (aprobación por adelantado).</i></p>
Medicamentos de Medicare Parte B	<ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos de quimioterapia: coseguro del 20 % • Otros medicamentos de la Parte B: coseguro del 20 % <p><i>Es posible que se requiera autorización previa (aprobación por adelantado).</i></p>

Primas y Beneficios	Health Net Seniority Plus Sapphire (HMO)
Programas de Bienestar	<ul style="list-style-type: none"> • Programa de acondicionamiento físico: copago de \$0 El plan cubre una membresía básica para el acondicionamiento físico en centros de acondicionamiento físico participantes. Los afiliados también pueden solicitar un programa de acondicionamiento físico en el hogar. • 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. • 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. <p>Asesoramiento para dejar de fumar por Internet y por vía telefónica a 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

Etapas del deducible	Deducible de \$240. El deducible no se aplica a los Niveles 1 y 6.		
Etapas de cobertura Inicial (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.		
		Receta de suministro para 30 días para costo compartido en farmacia de venta minorista estándar	Compra por Correo suministro de 90 días
	Nivel 1: medicamentos genéricos preferidos	Copago de \$0	Copago de \$0
	Nivel 2: medicamentos genéricos	Copago de \$20	Copago de \$60
	Nivel 3: medicamentos de marca preferidos	Copago de \$47	Copago de \$141
	Nivel 4: Medicamentos de marca no preferidos	Copago de \$100	Copago de \$300
	Nivel 5: medicamentos especializados	Coseguro del 28 %	Coseguro del 28 %
	Nivel 6: medicamentos para la atención seleccionada	Copago de \$0	Copago de \$0
Información importante:	<p>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.</p> <p>La prima, los copagos, el coseguro y los deducibles pueden variar según el nivel de “Ayuda Extra” que usted recibe. Comuníquese con el plan para obtener más detalles. Si califica para recibir “Ayuda Extra” con sus costos de medicamentos que requieren receta médica, el programa de “Ayuda Extra” pagará la totalidad o una parte de su prima del plan mensual y los deducibles y copagos/coseguro de sus medicamentos que requieren receta</p>		

Medicamentos que requieren receta médica para pacientes ambulatorios

médica. Si no es elegible para recibir “Ayuda Extra”, consulte el Capítulo 6 de la Evidencia de Cobertura para obtener información sobre los costos compartidos de los medicamentos que requieren receta médica para pacientes ambulatorios.

Esta no es una lista completa de todos los medicamentos que cubre nuestro plan. Para obtener una lista completa, llame al 1-800-431-9007 (TTY: 711) o visite <https://ca.healthnetadvantage.com>.

También puede ver nuestro Directorio de farmacias del plan en nuestro sitio web, <https://ca.healthnetadvantage.com>.

Para obtener más información, comuníquese con

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

Los afiliados actuales deben llamar al: 1-800-431-9007 (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 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: Զանգահարեք: 1-800-431-9007 (Jade, Sapphire, Amber and HMO SNP), 1-800-275-4737 (All Other HMO) (TTY: 711).
PERSIAN	توجه: 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 ます。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)
