



2024

Resumen de beneficios



CCA Health Rhode Island

CCA Medicare Maximum (HMO D-SNP) H0876-001

Este es un resumen de los servicios de salud y medicamentos cubiertos por CCA Rhode Island desde el 1 de enero de 2024 hasta el 31 de diciembre de 2024.

3 Davol Square, Suite C-300
Providence, RI 02903

INTRODUCCIÓN AL RESUMEN DE BENEFICIOS

¿QUIÉN PUEDE UNIRSE?

Su elegibilidad para inscribirse en este plan depende de su tipo de Medicaid. Usted debe tener derecho a la Parte A de Medicare, estar inscrito en la Parte B y vivir en nuestra área de servicio (el estado de Rhode Island), y también a recibir ciertos niveles de asistencia del programa de Medicaid del estado de Rhode Island. Si recibe beneficios de Medicare y Medicaid, esto significa que es doblemente elegible. Puede inscribirse en este plan si se encuentra en una de las siguientes categorías de Medicaid:

- **Beneficiario calificado de Medicare Plus (Qualified Medicare Beneficiary Plus, QMB+):** usted obtiene la cobertura de Medicaid del costo compartido con Medicare y también cumple con los requisitos para obtener los beneficios completos de Medicaid. Medicaid paga sus primas, deducibles, coseguro y montos de copago de la Parte A y la Parte B. Usted no paga ningún monto, excepto los copagos por medicamentos recetados de la Parte D.
- **Beneficiario de Medicare calificado (Qualified Medicare Beneficiary, QMB):** usted obtiene la cobertura de Medicaid del costo compartido con Medicare, pero no cumple con los requisitos para obtener los beneficios completos de Medicaid. Medicaid paga sus primas, deducibles, coseguro y montos de copago de la Parte A y la Parte B únicamente. Usted no paga ningún monto, excepto los copagos por medicamentos recetados de la Parte D.
- **Beneficiario Plus específico de Medicare de bajos ingresos (Specified Low-Income Medicare Beneficiary Plus, SLMB+):** Medicaid paga su prima de la Parte B y proporciona los beneficios completos de Medicaid. Usted cumple con los requisitos para obtener todos los beneficios de Medicaid. En ocasiones, también puede cumplir con los requisitos para recibir asistencia limitada de la agencia de Medicaid de su estado para pagar los montos de costo compartido de Medicare. Por lo general, su costo compartido es del 0 % cuando el servicio está cubierto por Medicare y Medicaid.
- **Beneficios completos de doble elegibilidad (FBDE):** Medicaid ayuda a brindar asistencia con las primas, los copagos, los deducibles y el coseguro de la Parte A y la Parte B de Medicare. Usted también recibe beneficios completos de Medicaid de Rhode Island. Puede haber casos en los que tenga que pagar costos compartidos cuando un servicio o beneficio no cuenten con la cobertura de Medicaid.

¿QUÉ MÉDICOS, HOSPITALES Y FARMACIAS PUEDO USAR?

Este plan tiene una red de médicos, hospitales, farmacias y otros proveedores. Excepto en situaciones de emergencia, si utiliza los proveedores que no están en nuestra red, es posible que CCA Health no pague estos servicios.

Para ver la cobertura y los costos de Original Medicare, consulte su manual actual de “Medicare & You” (“Medicare y usted”). Puede verlo en línea en www.medicare.gov u obtener una copia llamando al 1-800-MEDICARE, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

INFORMACIÓN IMPORTANTE

Para obtener más información, llámenos al 833-346-9222. Los usuarios de TTY deben llamar al 711. El horario de atención es de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los 7 días de la semana. O visítenos en www.ccarihealth.org.

- CCA Medicare Maximum (HMO D-SNP) es un plan Medicare Advantage HMO de salud con un contrato de Medicare y un contrato con el programa estatal de Medicaid. La inscripción en el plan depende de la renovación del contrato.
- La información de beneficios proporcionada no enumera todos los servicios que cubrimos ni todas las limitaciones o exclusiones.
- Si desea obtener una lista completa de los servicios que cubrimos, llame al 833-346-9222 (TTY 711) y solicite la “Evidencia de cobertura” o acceda a ella en www.ccahealthca.org.
- Cuando este documento dice “nosotros”, “nos” o “nuestro”, se refiere a Commonwealth Care Alliance Rhode Island, LLC. Cuando dice “plan” o “nuestro plan”, se refiere a CCA Medicare Maximum.
- En el estado de Rhode Island, Commonwealth Care Alliance Rhode Island, LLC opera como CCA Health Rhode Island (CCA Health).
- Esta información no contiene una descripción completa de los beneficios. Comuníquese con Servicios al miembro para obtener más información.
- Los beneficios pueden cambiar el 1 de enero de 2025. La lista de medicamentos cubiertos (lista de medicamentos aprobados), la red de farmacias o la red de proveedores pueden cambiar en cualquier momento. Recibirá un aviso cuando sea necesario.
- Excepto en situaciones de emergencia, si utiliza los proveedores que no están en nuestra red, es posible que no paguemos estos servicios. 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 servicios para miembros o consulte su Evidencia de cobertura para obtener más información, incluidos los costos compartidos que se aplican a los servicios fuera de la red.

Puede obtener este documento de manera gratuita en otros formatos, como letra grande, braille o audio. Llame al 833-346-9222 (TTY 711).

Primas y deducibles

	CCA MEDICARE MAXIMUM (HMO D-SNP)
Prima mensual del plan (incluye servicios médicos y medicamentos)	\$0 de prima Debe seguir pagando su prima de la Parte B de Medicare.
Deducible médico	\$0
Responsabilidad máxima de costos de bolsillo (no incluye medicamentos recetados de la Parte D)	\$0 por año para servicios cubiertos por Medicare de proveedores dentro de la red

Lista de servicios cubiertos

La siguiente tabla es una descripción general rápida de los servicios dentro de la red que usted puede necesitar, sus costos y las reglas sobre los beneficios.

Beneficios		CCA MEDICARE MAXIMUM (HMO D-SNP)
Hospitalizaciones		\$0 - Se requiere autorización previa
Atención ambulatoria	Servicios de atención ambulatoria, incluida la cirugía	\$0 - Se requiere autorización previa
	Centro de cirugía ambulatoria (Ambulatory Surgical Center, ASC)	\$0 - Se requiere autorización previa
	Atención ambulatoria Servicios de observación	\$0
Consultas médicas	Proveedor de atención primaria (PCP)	\$0
	Especialistas	\$0
Atención preventiva (p. ej., vacuna antigripal, exámenes de detección de diabetes)		\$0 Otros servicios preventivos disponibles
Atención de emergencia		\$0
Servicios de urgencia		\$0
Servicios de diagnóstico/de laboratorio/de diagnóstico por imágenes	Servicios de radiología de diagnóstico (p. ej., resonancia magnética)	\$0 - Se requiere autorización previa
	Servicios de laboratorio	\$0 - Se requiere autorización previa
	Pruebas y procedimientos de diagnóstico	\$0 - Se requiere autorización previa
	Radiología terapéutica	\$0 - Se requiere autorización previa
	Radiografías para pacientes ambulatorios	\$0 - Se requiere autorización previa
Servicios para la audición	Exámenes de audición de rutina	\$0 (Uno (1) por año)
	Audífonos	Asignación anual de \$4,000 para dos (2) audífonos (Uno (1) por oído, por año)

Beneficios		CCA MEDICARE MAXIMUM (HMO D-SNP)
Servicios dentales	Servicios preventivos (sin Medicare)	\$0
	Servicios integrales (cubiertos por Medicare)	\$0 - Se requiere autorización previa
	Servicios integrales (sin Medicare)	\$0 Se requiere autorización previa Consulte la Evidencia de cobertura para obtener una lista completa de los costos compartidos y las limitaciones de los beneficios.
	Máximo anual	Máximo anual de \$4,000 para servicios preventivos e integrales (sin Medicare)
Servicios oftalmológicos	Examen ocular de rutina	\$0 (Uno (1) por año)
	Anteojos	\$0 Hasta \$350 por marcos, lentes y lentes de contacto visualmente necesarios cada año
Servicios de salud mental		\$0 - Se requiere autorización previa
Centro de enfermería especializada		\$0 - Días 1-100 Se requiere autorización previa
Fisioterapia (Physical Therapy, PT), terapia ocupacional (Occupational Therapy, OT) y terapia del habla y el lenguaje (Speech and Language Therapy, ST)		\$0 - Se requiere autorización previa
Ambulancia		\$0 - Se requiere autorización previa para todos los servicios de ambulancia que no sean de emergencia

Beneficios	CCA MEDICARE MAXIMUM (HMO D-SNP)
Transporte	\$0 50 traslados de ida médicos por año a ubicaciones aprobadas por el plan Se aplican limitaciones por millas Los miembros con enfermedades crónicas pueden usar los 50 viajes de ida o vuelta para fines médicos o no médicos. No todos los miembros califican¹
Medicamentos de la Parte B de Medicare	\$0 - Se requiere autorización previa

¹Los beneficios de robo de identidad, servicios básicos, calzado deportivo, alimentos y transporte no médico mencionados son parte de un programa complementario especial para personas con enfermedades crónicas que califican. Pueden aplicarse ciertas restricciones. Llame a Servicios para Miembros al 833-346-9222 (TTY 711) para saber si califica. No todos los miembros califican.

Medicamentos recetados

Cobertura de medicamentos	CCA MEDICARE MAXIMUM (HMO D-SNP)
Deducible anual por medicamento recetado (Parte D)	\$0 para todos los niveles

Cobertura inicial	Usted pagará lo siguiente hasta que los costos totales anuales de medicamentos alcancen los \$5,030. Los costos totales anuales de medicamentos son aquellos que pagan usted y nuestro plan de la Parte D. Usted paga \$0 por insulina para un suministro de un mes.	
Tienda minorista estándar		
Nivel de medicamentos	Suministro para un mes	Suministro para tres meses
Nivel 1 (medicamentos genéricos preferidos)	\$0	\$0
Nivel 2 (genérico)	\$0	\$0
Nivel 3 (medicamentos de marca preferida)	\$0	\$0
Nivel 4 (medicamentos de marca no preferida)	\$0	\$0
Nivel 5 (medicamentos especializados)	\$0	\$0
Pedido por correo		
Nivel de medicamentos	Suministro para un mes	Suministro para tres meses
Nivel 1 (medicamentos genéricos preferidos)	\$0	\$0
Nivel 2 (genérico)	\$0	\$0
Nivel 3 (medicamentos de marca preferida)	\$0	\$0
Nivel 4 (medicamentos de marca no preferida)	\$0	\$0
Nivel 5 (medicamentos especializados)	\$0	N/C - Los medicamentos especializados solo están disponibles para un suministro de un mes
Etapa de brecha de cobertura	Después de que los costos totales de medicamentos alcancen los \$5,030, usted ingresará en la etapa de brecha de cobertura. Usted paga \$0 por insulina para un suministro de un mes. Los costos de los medicamentos seguirán siendo de \$0.	
Cobertura en casos de catástrofe	Después de que los costos totales de medicamentos alcancen los \$8,000, usted ingresará en la etapa de cobertura en casos de catástrofe. Usted paga \$0 por insulina para un suministro de un mes. Los costos de los medicamentos seguirán siendo de \$0.	

Beneficios adicionales

En la siguiente tabla se presentan beneficios adicionales que usted obtiene a través de nuestro plan en proveedores o centros de la red.

Beneficios adicionales		CCA MEDICARE MAXIMUM (HMO D-SNP)
Acupuntura	Cubierta por Medicare	Copago de \$0 por un máximo de 20 visitas por año para servicios de acupuntura cubiertos por Medicare para tratar el dolor de espalda crónico
	Sin Medicare	\$0 por hasta 12 visitas complementarias por año
Servicios quiroprácticos		\$0 por atención quiropráctica cubierta por Medicare
Recompensa por la visita de bienestar anual y examen físico		Recompensa de \$25 por una visita de bienestar anual o examen físico anual
Manejo de enfermedades	Suministros para el control de la diabetes	\$0 Nuestro plan tiene contratos con Abbott Diabetes Care y LifeScan, proveedores preferidos, para suministrar glucómetros y tiras reactivas a nuestros miembros con diabetes. Se requiere autorización previa
	Capacitación para el autocontrol de la diabetes	\$0
	Zapatos terapéuticos o plantillas	\$0 - Se requiere autorización previa
Equipo médico duradero y suministros relacionados	Equipo médico duradero (p. ej., sillas de ruedas, oxígeno)	\$0 - Se requiere autorización previa
	Prótesis (p. ej., aparatos ortopédicos, extremidades artificiales)	\$0 - Se requiere autorización previa
Beneficio de acondicionamiento físico		Silver&Fit® incluye una membresía de acondicionamiento físico con acceso mensual a un gimnasio único de su elección dentro de la red, programación Fit at Home para acondicionamiento físico en el hogar, un kit anual de acondicionamiento físico en el hogar y mucho más. ²
Servicios de podología	Exámenes y tratamiento de los pies	\$0 - Se requiere autorización previa
	Cuidado de los pies de rutina	\$0 - cuatro (4) visitas por año
Atención médica a domicilio		\$0 - Se requiere autorización previa

² El programa Silver&Fit® es proporcionado por American Specialty Health Fitness, Inc. (ASH Fitness), una subsidiaria de American Specialty Health Incorporated (ASH). Silver&Fit son marcas comerciales de ASH y se utilizan con permiso en el presente documento. Solo en ubicaciones participantes. Comuníquese con el plan para obtener más información.

Beneficios adicionales	CCA MEDICARE MAXIMUM (HMO D-SNP)
Centro de cuidados paliativos	\$0 Usted no paga nada por la atención en centros de cuidados paliativos de ningún centro aprobado por Medicare. Es posible que deba pagar parte de los costos de los medicamentos y la atención de relevo. Original Medicare cubre los cuidados paliativos fuera de nuestro plan.
Seguro contra robo de identidad	Monitoreo de identidad gratuito para miembros con afecciones crónicas que califican. No todos los miembros califican.¹
Línea de asesoramiento de enfermería (24/7)	Hable sin costo con un enfermero matriculado o un médico de salud conductual las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
Servicios de tratamiento de opioides	\$0
Artículos de venta libre (OTC)	Usted recibe una tarjeta CCA Healthy Savings con una asignación de \$750 que se cargan cada trimestre calendario (cada tres meses) que puede usar para comprar artículos de venta libre (over the counter, OTC) cubiertos por CCA sin necesidad de presentar una receta en tiendas minoristas dentro de la red. Use su tarjeta para comprar artículos de venta libre, incluidos: suministros de primeros auxilios, pruebas de COVID-19, gel de baño, cuidado dental, remedios para el resfrío y la gripe, y alimentos en tiendas minoristas-dentro de la red. Los miembros con enfermedades crónicas pueden usar su asignación trimestral en la tarjeta Healthy Savings para la compra de alimentos aprobados en tiendas minoristas dentro de la red, así como para pagos de servicios públicos como gas, electricidad e Internet/televisión por cable en proveedores de servicios públicos registrados que aceptan Visa. No todos los miembros califican.¹
Diálisis renal	\$0
Asignación para calzado deportivo	Un máximo anual de \$100 por año en la tarjeta de Healthy Savings para la compra de calzado deportivo en tiendas de calzado registradas que aceptan Visa para miembros con enfermedades crónicas. No todos los miembros califican.¹
Cobertura mundial	Cubierto para atención de urgencia y del departamento de emergencias, hasta \$100 000 por año

¹Los beneficios de robo de identidad, servicios básicos, calzado deportivo, alimentos y transporte no médico mencionados son parte de un programa complementario especial para personas con enfermedades crónicas que califican. Pueden aplicarse ciertas restricciones. Llame a Servicios para Miembros al 833-346-9222 (TTY 711) para saber si califica. No todos los miembros califican.

Aviso de no discriminación

Commonwealth Care Alliance, Inc.® cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina a las personas, no las excluye, ni las trata diferente debido a su enfermedad, estado de salud, recepción de servicios de salud, experiencia con reclamos, antecedentes médicos, discapacidad (incluida la discapacidad mental), estado civil, edad, sexo (incluidos los estereotipos sexuales y la identidad de género), orientación sexual, nacionalidad, raza, color, religión, credo, asistencia pública o lugar de residencia. Commonwealth Care Alliance, Inc.:

- Proporciona ayuda y servicios gratuitos a personas con discapacidades para comunicarse con nosotros de manera eficiente, por ejemplo:
 - Intérpretes de lenguaje de señas calificados.
 - Información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos).
- Proporciona servicios lingüísticos gratuitos para las personas cuyo idioma principal no sea el inglés, tales como:
 - Intérpretes calificados.
 - Información escrita en otros idiomas.

Si necesita estos servicios, comuníquese con el Coordinador de Derechos Civiles (Civil Rights Coordinator).

Si cree que Commonwealth Care Alliance, Inc. no le ha proporcionado estos servicios o lo ha discriminado de algún otro modo por motivo de su afección médica, estado de salud, recepción de servicios de salud, experiencia de reclamos, antecedentes médicos, discapacidad (incluida la discapacidad mental), estado civil, edad, sexo (incluidos los estereotipos sexuales y la identidad de género), orientación sexual, nacionalidad, raza, color, religión, credo, asistencia pública o lugar de residencia, puede interponer un reclamo ante:

Commonwealth Care Alliance
Civil Rights Coordinator
30 Winter Street
Boston, MA 02108
Teléfono: 617-960-0474, ext. 3932 (TTY 711) Fax: 857-453-4517
Correo electrónico: civilrightscordinator@commonwealthcare.org

Puede presentar una queja en persona o por correo postal, fax o correo electrónico. Si necesitas ayuda para presentar una queja formal, el coordinador de derechos civiles está disponible para ayudarlo.

También puede presentar un reclamo de derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos, de manera electrónica a través del Portal de quejas de la Oficina de Derechos Civiles disponible en ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf, o bien, por correo postal o teléfono a:

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

Los formularios para quejas están disponibles en www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html.

Servicios de intérpretes de diferentes idiomas

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 1-855-959-5855 (TTY 711). Someone who speaks English can help you. This is a free service.

Spanish (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 1-855-959-5855 (TTY 711). Alguien que hable español le podrá ayudar. Este es un servicio gratuito.

Chinese Mandarin: 我们提供免费的翻译服务，帮助您解答关于健康或药物保险的任何疑问。如果您需要此翻译服务，请致电 1-855-959-5855 (TTY 711)。我们的中文工作人员很乐意帮助您。这是一项免费服务。

Chinese Cantonese: 您對我們的健康或藥物保險可能存有疑問，為此我們提供免費的翻譯服務。如需翻譯服務，請致電 1-855-959-5855 (TTY 711)。我們講中文的人員將樂意為您提供幫助。這是一項免費服務。

Tagalog (Tagalog – Filipino): Mayroon kaming libreng serbisyo sa pagsasaling-wika upang masagot ang anumang mga katanungan ninyo hinggil sa aming planong pangkalusugan o panggamot. Upang makakuha ng tagasaling-wika, tawagan lamang kami sa 1-855-959-5855 (TTY 711). Maaari kayong tulungan ng isang nakakapagsalita ng Tagalog. Ito ay libreng serbisyo.

French (Français): 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 1-855-959-5855 (TTY 711). Un interlocuteur parlant Français pourra vous aider. Ce service est gratuit.

Vietnamese (Tiếng Việt): 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 1-855-959-5855 (TTY 711) sẽ có nhân viên nói tiếng Việt giúp đỡ quý vị. Đây là dịch vụ miễn phí.

German (Deutsch): Unser kostenloser Dolmetscherservice beantwortet Ihren Fragen zu unserem Gesundheits- und Arzneimittelplan. Unsere Dolmetscher erreichen Sie unter 1-855-959-5855 (TTY 711). Man wird Ihnen dort auf Deutsch weiterhelfen. Dieser Service ist kostenlos.

Korean (한국어): 당사는 의료 보험 또는 약품 보험에 관한 질문에 대해 드리고자 무료 통역 서비스를 제공하고 있습니다. 통역 서비스를 이용하려면 전화 1-855-959-5855 (TTY 711) 번으로 문의해 주십시오. 한국어를 하는 담당자가 도와 드릴 것입니다. 이 서비스는 무료로 운영됩니다.

Russian (Русский): Если у вас возникнут вопросы относительно страхового или медикаментного плана, вы можете воспользоваться нашими бесплатными услугами переводчиков. Чтобы воспользоваться услугами переводчика, позвоните нам по телефону 1-855-959-5855 (телетайп 711). Вам окажет помощь сотрудник, который говорит по-русски. Данная услуга бесплатная.

Arabic (العربية): إننا نقدم خدمات المترجم الفوري المجانية للإجابة عن أي أسئلة تتعلق بالصحة أو جدول الأدوية لدينا. للحصول على مترجم فوري، ليس عليك سوى الاتصال بنا على 1-855-959-5855 (رقم هاتف الصم والبكم 711). سيقوم شخص ما يتحدث العربية بمساعدتك. هذه خدمة مجانية.

Hindi (हिंदी): 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 1-855-959-5855 (TTY 711) पर फोन करें। कोई व्यक्ति जो हिन्दी बोलता है आपकी मदद कर सकता है। यह एक मुफ्त सेवा है।

Italian (Italiano): È disponibile un servizio di interpretariato gratuito per rispondere a eventuali domande sul nostro piano sanitario e farmaceutico. Per un interprete, contattare il numero 1-855-959-5855 (TTY 711). Un nostro incaricato che parla Italianovi fornirà l'assistenza necessaria. È un servizio gratuito.

Portuguese (Português): 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 1-855-959-5855 (TTY 711). Irá encontrar alguém que fale o idioma Português para o ajudar. Este serviço é gratuito.

French Creole (Kreyòl Ayisyen): 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 1-855-959-5855 (TTY 711). Yon moun ki pale Kreyòl kapab ede w. Sa a se yon sèvis ki gratis.

Polish (Polski): 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 1-855-959-5855 (TTY 711). Ta usługa jest bezpłatna.

Japanese (日本語): 当社の健康 健康保険と薬品 処方薬プランに関するご質問にお答えするために、無料の通訳サービスがあります。通訳をご用命になるには、1-855-959-5855 (TTY 711) 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。

Gujarati (ગુજરાતી): અમારી આરોગ્ય અથવા દવાની યોજના વિશે તમને હોય તેવા કોઈપણ પ્રશ્નોના જવાબ આપવા માટે અમારી પાસે મફત દુભાષિયા સેવાઓ છે. દુભાષિયા મેળવવા માટે, અમને ફક્ત 1-855-959-5855 (TTY 711) પર કોલ કરો. અંગ્રેજી/ગુજરાતી બોલતી વ્યક્તિ તમને મદદ કરી શકે છે. આ એક મફત સેવા છે.

Lao/Laotian (ພາສາລາວ):

ພວກເຮົາມີບໍລິການລ່າມແປພາສາໂດຍບໍ່ເສຍຄ່າເພື່ອຕອບທຸກຄໍາຖາມທີ່ທ່ານອາດມີກ່ຽວກັບແຜນສຸຂະພາບ ຫຼື ແຜນຍາຂອງພວກເຮົາ. ເພື່ອຂໍລ່າມແປພາສາ, ພຽງໃຫ້ທ່ານພວກເຮົາທີ່ເບີ 1-855-959-5855 (TTY 711). ຈະມີຜູ້ທີ່ເວົ້າພາສາອັງກິດ/ລາວຊ່ວຍທ່ານໄດ້. ນີ້ແມ່ນການບໍລິການບໍ່ເສຍຄ່າ.

Cambodian (ខ្មែរ): យើងមានសេវាកម្មប្រែប្រួលមាត់ដោយឥតគិតថ្លៃដើម្បីឆ្លើយសំណួរណាមួយដែលអ្នកអាចមានអំពីគម្រោងសុខភាព ឬផ្លូវរបស់យើង។ ដើម្បីទទួលបានអ្នកបកប្រែផ្ទាល់មាត់ សូមហៅទូរសព្ទមកយើងតាមរយៈលេខ 1-855-959-5855 (TTY 711) ។ នរណាម្នាក់ដែលនិយាយភាសាអង់គ្លេស/ភាសាខ្មែរអាចជួយអ្នកបាន។ នេះគឺជាសេវាកម្មដែលឥតគិតថ្លៃ។