



什麼是 Medicare Prescription Payment Plan (Medicare 處方付費計劃)？

Medicare 處方付費計劃是處方藥法規中新的支付選項，與您目前的藥物保險配合使用；透過將您的付現額 Medicare D 部分藥物費用分攤到整個日曆年（一月至十二月），藉此幫助您管理這一方面的藥物費用。從 2025 年開始，任何擁有 Medicare 藥物計劃或包含藥物保險的 Medicare 健康計劃（例如包含藥物保險的 Medicare Advantage 計劃）者都可以使用此項支付選項。所有計劃都提供此支付選項，並且採自願加入的方式。

如果您選擇這項支付選項，您每個月將繼續支付您的計劃保費（如果有），您會收到您的健康或藥物計劃帳單支付您的處方藥費用（而非付費給藥房）。加入 Medicare 處方付費計劃無需任何費用。

加入前需要瞭解什麼？

該計劃的執行內容為何？

您在配藥 D 部分承保的處方藥時無需付費給藥房（包括郵購藥房和特種藥房）。取而代之的是您每個月都會收到來自您健康或藥物計劃的帳單。

即使您將來不必在藥房支付藥物費用，您仍然必須承擔該費用。想在領藥前瞭解您的藥物費用，請致電您的計劃或詢問藥劑師。

這種支付選項可能有助於管理您的每月開銷，但是並不會省下您的金錢或降低您的藥物費用。請前往第 4 頁，瞭解 Extra Help（額外補助）和其他可能為您省錢的方案（如果符合資格）。

我的月度帳單是如何計算的？

您的月度帳單是根據您購買的任何處方藥之費用，加上您上個月的餘額，除以當年度剩餘的月份數。所有計劃都使用相同的公式來計算您每個月的付款金額。

有關月度帳單如何計算的範例，請參閱第 6 頁。

您的付款金額可能每個月都不同，因此您可能無法提前知道帳單的具體金額。當您配發新的處方（或續配既有處方）時，將來的付款金額可能增加，因為隨著新的付現額加到您的月付金額中，該年度用來分攤剩餘的付款金額的月份數就會減少。

在單一日曆年（一月至十二月）裡，您支付的金額絕對不超過：

- 您付給藥房的付現額總額（指您不加入此支付選項的情況下）。
- Medicare 藥物承保年度最高付現額（2025 年為 \$2,000）。處方藥法規規定，2025 年您的付現額藥物費用上限為 \$2,000。每一位擁有 Medicare 藥物承保的人都是如此，不論您是否加入 Medicare 處方付費計劃。

這項計劃對我有幫助嗎？

這必須視您的情況而定。請記住，此支付選項可能有助於管理您的每月開銷，但是並不會省下您的金錢或降低您的藥物費用。

如果您在日曆年初的藥物費用較高，那麼加入 Medicare 處方付費計劃可能對您最有利。儘管您可以在年度的任何月份開始加入此支付選項，但是於當年中越早加入（例如九月之前），您就有更多月份可以分攤您的藥物費用。請造訪 [Medicare.gov/prescription-payment-plan/will-this-help-me](https://www.medicare.gov/prescription-payment-plan/will-this-help-me) 回答幾個問題，瞭解此支付選項是否對您有利。

如有以下情況，此支付選項可能不是您的最佳選擇：

- 您每年的藥物費用很低。
- 您每個月的藥物費用都相同。
- 您正在考慮於日曆年終報名加入此支付選項（於九月之後）。
- 您不想改變支付藥物費用的方式。
- 您獲得或有資格獲得 Medicare 的 Extra Help。
- 您獲得或有資格加入 Medicare Savings Program（Medicare 儲蓄計劃）。
- 您從其他組織獲得協助支付藥物費用，例如 State Pharmaceutical Assistance Program（SPAP，州藥物補助計劃）、優惠券方案或其他健康保險。

請前往第 4 頁，瞭解有助於降低您藥物費用的計劃。

Medicare 急診處方付費計劃選擇之標準

如果您符合以下條件，則可以追溯加入 Medicare 處方付費計劃：

- D 部分投保人認為，由於要求於 24 小時時限內處理其選擇加入該計劃導致延遲處方配藥，可能會嚴重危害投保人之性命、健康或恢復最佳機能的能力；以及
- D 部分投保人請求在急診索賠裁決日期和時間後 72 小時內追溯選擇加入計劃。

一旦您選擇的 Medicare 處方付費計劃生效，您也有權報銷急診處方和任何 D 部分承保處方配藥的所有分攤費用。

誰可以協助我決定是否該參加此計劃？

- **您的健康或藥物計劃：**請造訪 Blue Shield of California 網站或於上午 8 點至下午 8 點致電 (833) 696-2087，取得更多資訊。TTY 使用者請撥打 711。如果您需要緊急領取處方，請致電您的計劃討論您的選項。
- **Medicare:** 請造訪 [Medicare.gov/prescription-payment-plan](https://www.medicare.gov/prescription-payment-plan) 瞭解更多有關此支付選項的資訊以及該選項是否適合您。
- **State Health Insurance Assistance Program（SHIP，州健康保險援助計劃）：**請造訪 [shiphelp.org](https://www.shiphelp.org) 取得您當地的 SHIP 電話號碼，獲得免費的個人化健康保險諮詢。

我要如何報名加入？

如果您有投保 Blue Shield of California 的 Medicare D 部分計劃，請登入您的帳戶或致電 (833) 696-2087 (TTY - 711) 開始加入此支付選項：

- 在 **2024 年**，針對 **2025 年**：如果您想加入 2025 年的 Medicare 處方付費計劃，請立即聯絡 Blue Shield of California。您加入的時間將從 2025 年 1 月 1 日開始算起。
- **2025 年期間**：自 2025 年 1 月 1 日起，您可以聯絡 Blue Shield of California，在該日曆年的任何時間開始加入 Medicare 處方付費計劃。

請記住，如果您在該日曆年終（九月之後）加入，那麼此支付選項可能不是您的最佳選擇。原因在於，隨著新的付現額藥物費用加到您的月付金額中，該年度用來分攤剩餘的付款金額的月份數就會減少。

如果加入，我需要瞭解哪些內容？

報名加入後，後續為何？

您的健康或藥物計劃審核您的加入請求後，會寄出一封信函給您，確認您加入 Medicare 處方付費計劃。接著：

1. 當您獲得 D 部分承保的藥物處方時，您的計劃會自動通知藥房您已加入此支付選項，您不必將處方藥費用支付給藥房。
即使您將來不必在藥房支付藥物費用，您仍然必須承擔該費用。想在領藥前瞭解您的藥物費用，請致電您的計劃或詢問藥劑師。
2. 您的計劃每個月都會寄給您一份帳單，內含您尚未支付的處方藥金額、到期時間以及付款方式的資訊。您會收到一份月度計劃保費的獨立帳單（如果您有）。

我該如何支付帳單？

您的健康或藥物計劃核准您加入 Medicare 處方付費計劃後，會寄給您一封信函，其中附有如何付款的資訊。

如果我不支付帳單會如何？

如果您錯過付款時間，您的健康或藥物計劃會寄送信函提醒您。如果您未在該提醒信函所列日期之前付款，Medicare 處方付費計劃會將您從計劃中除名。您只須支付所欠金額，不必支付任何利息或規費，即使您遲繳金額亦同。您可以選擇一次付清全部金額或按月繳費。如果您遭到 Medicare 處方付費計劃除名，您仍然享有您的 Medicare 健康或藥物計劃的保險資格。

請務必先支付您的健康或藥物計劃月度保費（如果有），如此才不會喪失藥物承保資格。如果對於同時支付月度計劃保費和 Medicare 處方付費計劃帳單有疑慮，請前往第 5 頁瞭解能協助您降低費用的各項方案的相關資訊。

如果您認為您的 Medicare 處方付費計劃帳單有誤，請致電您的計劃。如果您認為他們有錯誤，您有權依照《會員手冊》或 Evidence of Coverage (EOC, 承保範圍說明書) 中的流程提出申訴。

我該如何退出此計劃？

您可以隨時聯絡您的健康或藥物計劃，要求退出 Medicare 處方付費計劃。退出此計劃不會影響您的 Medicare 藥物承保和其他 Medicare 福利。請記住：

- 如果您仍有欠款，即使您不再參加此支付選項，您仍然必須支付所欠款項。
- 您可以選擇一次付清全部餘額或按月繳費。
- 退出 Medicare 處方付費計劃後，您必須直接在藥房支付新的付現額藥物費用。

如果我變更健康或藥物計劃會如何？

如果您退出目前的計劃，或變更為新的 Medicare 藥物計劃或包含藥物承保的 Medicare 健康計劃（例如包含藥物保險的 Medicare Advantage 計劃），您參加的 Medicare 處方付費計劃將會終止。

如果您希望再次加入 Medicare 處方付費計劃，請與您的新計劃聯絡。

有哪些方案可以協助降低我的費用？

如果您的收入和資源有限，請瞭解您是否有資格參加以下其中一項方案：

- **Extra Help**：這是一項 Medicare 方案，協助您支付 Medicare 藥物費用。請造訪 ssa.gov/medicare/part-d-extra-help 瞭解您是否符合申請資格。您也可以向您所在州醫療援助 (Medicaid) 辦公室提出申請。請造訪 Medicare.gov/ExtraHelp 瞭解更多資訊。
- **Medicare 儲蓄計劃**：是州政府推出的計劃，可能有助於支付部分或全部的 Medicare 保費、自付額、共付額和共同保險。請造訪 Medicare.gov/medicare-savings-programs 瞭解更多資訊。
- **州藥物補助計劃 (SPAP)**：這些計劃可能包括您的 Medicare 藥物計劃保費和/或費用分攤。SPAP 提撥金可能計入您的 Medicare 藥物承保付現額度。請造訪 go.medicare.gov/spap 瞭解更多資訊。
- **製藥公司藥物補助計劃 (有時稱為病患補助計劃 (PAP))**：這是來自製藥公司的計劃，旨在協助降低有 Medicare 保險之患者的藥物費用。請造訪 go.medicare.gov/pap 瞭解更多資訊。

許多人符合儲蓄計劃的資格，但是並沒有意識到這一點。請造訪 Medicare.gov/basics/costs/help，或聯絡您當地的社會安全署辦公室瞭解更多資訊。請造訪 ssa.gov/locator/ 尋找您當地的社會安全署辦公室。

我可以從哪裡獲得更多資訊？

- **您的健康或藥物計劃**：請造訪 Blue Shield of California 網站，或致電 (833) 696-2087 (TTY - 711) 瞭解更多資訊。
- **Medicare**：請造訪 Medicare.gov/prescription-payment-plan，或致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)，每週 7 天、每天 24 小時。TTY 使用者可以撥打 1-877-486-2048。

如何提出與 Medicare 處方付費計劃相關的投訴與申訴

要針對 Medicare 處方付費計劃的任何方面提出投訴與申訴，您可以依照目前 Blue Shield of California 的投訴與申訴流程：[Blue Shield of California 申訴流程](#)。

月度帳單的計算範例

範例 1：

您服用多種費用很高的藥物，每個月的付現額總計為 \$500。2025 年一月，您透過您的 Medicare 藥物計劃或包含藥物保險的 Medicare 健康計劃加入 Medicare 處方付費計劃。

您的 Medicare 處方付費計劃第一個月帳單與該年度剩餘月份的帳單，兩者的計算方式不同：

- 首先，我們計算您第一個月「可能的最高付款金額」：

$$\begin{array}{r} \$2,000 \text{ [年度最高付現額]} \\ - \$0 \text{ [使用此支付選項之前無} \\ \text{付現額]} \\ \hline = \$2,000 \end{array} \qquad = \$166.67 \text{ [您第一個月} \\ \text{「可能的最高付款金額」]} \\ \\ 12 \text{ [該年度剩餘月份]}$$

- 接著，我們計算您一月份要支付的金額：

- 比較您一月份的付現額總額（\$500）與我們剛才計算的「可能的最高付款金額」：\$166.67。
- 您的計劃將向您收取這兩筆金額中較小的那一筆金額。因此，您一月份要支付 \$166.67。
- 您的餘額為 \$333.33（\$500-\$166.67）。

對於二月份和該年度剩餘月份，我們以不同的方式計算您的付款金額：

$$\begin{array}{r} \$333.33 \text{ [餘額]} + \$500 \text{ [新的費用]} \\ = \$833.33 \\ \hline 11 \text{ [該年度剩餘月份]} \end{array} \qquad = \$75.76 \text{ [您二月份的付款金額]}$$

我們將按二月的計算方式計算您三月份的付款金額：

$$\begin{array}{r} \$75.57 \text{ [餘額]} + \$500 \text{ [新的費用]} \\ = \$1,257.57 \\ \hline 10 \text{ [該年度剩餘月份]} \end{array} \qquad = \$125.76 \text{ [您三月份的付款金額]}$$

四月份時，當您續配處方藥時，您當年度的年度付現額（2025 年為 \$2,000）將會達到上限。您必須繼續

支付已欠的費用並獲得處方藥，但四月之後，該年度接下來的時間都不會再增加任何新的付現額。

$$\begin{aligned}
 & \$1,131.81 \text{ [餘額]} + \$500 \text{ [新的費用]} \\
 & = \$1631.81 \\
 & \hline
 & 9 \text{ [該年度剩餘月份]}
 \end{aligned}
 \qquad
 = \$181.31 \text{ [您四月份和該年度所有剩餘月份的付款金額]}$$

儘管您的付款金額每個月都不同，但是到了年底，您支付的金額絕不超過：

- 您必須要付的付現額總額。
- 年度最高付現額總額（2025 年為 \$2,000）。

請記住，這只是您的付現額藥物費用每月要付的金額。您每個月仍然要支付健康或藥物計劃（如果有）的保費。

範例 1：一月開始參加，而年初的藥物費用很高

月份	您的藥物費用 (不使用此支付選項)	您的每月付款金額 (使用此支付選項)	備註
一月	\$500	\$166.67	這是您開始加入此支付選項的月份。請記住，您第一個月的帳單是根據「可能的最高付款金額」計算的。我們以不同的方式計算您該年度剩餘月份的帳單。
二月	\$500	\$75.76	
三月	\$500	\$125.76	
四月	\$500	\$181.31	這個月，您達到年度付現額上限（2025 年為 \$2,000）。該年度剩下的時間內，您不會再有新的付現額藥物費用。
五月	\$0.00	\$181.31 *	* 您每個月仍可獲得 \$500 的藥物，但由於您已達到年度付現額上限，因此在年度接下來的時間都不會再增加任何新的付現額。您將繼續支付已欠的款項。
六月	\$0.00	\$181.31 *	
七月	\$0.00	\$181.31 *	
八月	\$0.00	\$181.31 *	
九月	\$0.00	\$181.31 *	
十月	\$0.00	\$181.31 *	
十一月	\$0.00	\$181.31 *	
十二月	\$0.00	\$181.31 *	
總計	\$2,000.00	\$2,000.00	即使您不使用此支付選項，您全年支付的總金額也相同。

如果對於從一月到四月每月支付 \$500 有疑慮，此支付選項有助於您管理費用。如果您傾向連續四個月每月支付 \$500，然後在該年度接下來的月份中不必支付費用，那麼此支付選項可能不適合您。請聯絡您的健康或藥物計劃，取得適合您個人需求的協助。

範例 2：

您服用多種藥物，每月的總付現額為 \$80。2025 年一月，您透過您的 Medicare 藥物計劃或包含藥物保險的 Medicare 健康計劃加入 Medicare 處方付費計劃。

您的 Medicare 處方付費計劃第一個月帳單與該年度剩餘月份的帳單，兩者的計算方式不同：

- 首先，我們計算您第一個月「可能的最高付款金額」：

$$\begin{array}{r} \$2,000 \text{ [年度最高付現額]} \\ - \$0 \text{ [使用此支付選項之前} \\ \text{無付現額]} \\ \hline = \$2,000 \\ 12 \text{ [該年度剩餘月份]} \end{array} = \$166.67 \text{ [您第一個月「可能的} \\ \text{最高付款金額}]$$

- 接著，我們計算您一月份要支付的金額：
 - 比較您一月份的付現額總額（\$80）與我們剛才計算的「可能的最高付款金額」：\$166.67。
 - 您的計劃將向您收取這兩筆金額中較小的那筆金額。因此，您一月份要支付 \$80。
 - 您的餘額為 \$0。

對於二月份和該年度剩餘月份，我們以不同的方式計算您的付款金額：

$$\begin{array}{r} \$0 \text{ [餘額]} + \$80 \text{ [新的費用]} = \$80 \\ \hline 11 \text{ [該年度剩餘月份]} \end{array} = \$7.27 \text{ [您二月份的付款金額]}$$

我們將按二月的計算方式計算您三月份的付款金額：

$$\begin{array}{r} \$72.73 \text{ [餘額]} + \$80 \text{ [新的費用]} = \$152.73 \\ \hline 10 \text{ [該年度剩餘月份]} \end{array} = \$15.27 \text{ [您三月的付款金額]}$$

儘管您的付款金額每個月都不同，但是到了年底，您支付的金額絕不超過：

- 您必須要付的付現額總額。
- 年度最高付現額總額（2025 年為 \$2,000）。

請記住，這只是您的付現額藥物費用每月要付的金額。您每個月仍然要支付健康或藥物計劃（如果有）的保費。

範例 2：從一月開始參加，但全年費用保持一致

月份	您的藥物費用 (不使用此支付選項)	您的每月付款金額 (使用此支付選項)	備註
一月	\$80.00	\$80.00	這是您開始使用此支付選項的月份。請記住，您第一個月的帳單是根據「可能的最高付款金額」計算的。我們以不同的方式計算您該年度剩餘月份的帳單。
二月	\$80.00	\$7.27	
三月	\$80.00	\$15.27	
四月	\$80.00	\$24.16	
五月	\$80.00	\$34.16	
六月	\$80.00	\$45.59	
七月	\$80.00	\$58.93	
八月	\$80.00	\$74.92	
九月	\$80.00	\$94.93	
十月	\$80.00	\$121.59	
十一月	\$80.00	\$161.59	
十二月	\$80.00	\$241.59	
總計	\$960.00	\$960.00	即使您不使用此支付選項，您全年支付的總金額也相同。

根據您的具體情況，由於九月開始付款的金額較高，使用此支付選項可能無法讓您受益。請聯絡您的健康或藥物計劃，取得適合您個人需求的協助。

範例 3：

您每個月為定期服用的處方支付 \$4 的付現額。

2025 年四月，您需要一份新的一次性處方，費用為 \$613；因此，您四月份的總付現額為 \$617。同月份，在您配取處方藥之前，您決定透過您的 Medicare 藥物計劃或包含藥物保險的 Medicare 健康計劃加入 Medicare 處方付費計劃。

您的 Medicare 處方付費計劃第一個月帳單與該年度剩餘月份的帳單，兩者的計算方式不同：

- 首先，我們計算您第一個月「可能的最高付款金額」：

\$2,000 [年度最高付現額]	
– 此支付選項	= \$220.89 [您第一個月「可能的最高付款金額」]
<hr/>	
= \$1,988	
9 [該年度剩餘月份]	

- 然後，我們計算您四月要支付的金額：

- 比較您四月份的付現額總額（\$617）與我們剛才計算的「可能的最高付款金額」：\$220.89。
- 您的計劃將向您收取這兩筆金額中較小的那一筆金額。因此，您四月份要支付 \$220.89。
- 您的餘額為 \$396.11（\$617 – \$220.89）。

對於五月和該年度剩餘的月份，我們以不同的方式計算您的付款金額：

\$396.11 [餘額] + \$4 [新的費用]	
<hr/>	
= \$400.11	= \$50.01 [您五月份的付款金額]
8 [該年度剩餘月份]	

您的付款金額全年都不相同。原因在於您在該年度增加了藥物費用，但該年度剩餘能分攤費用的月份也較少了。

到了年底，您支付的金額絕不超過：

- 您必須要付的付現額總額。
- 年度最高付現額總額（2025 年為 \$2,000）。

請記住，這只是您的付現額藥物費用每月要付的金額。您每個月仍然要支付健康或藥物計劃（如果有）的保費。

範例 3：從四月開始參加，但全年費用各不相同

月份	您的藥物費用 (不使用此支付選項)	您的每月付款金額 (使用此支付選項)	備註
一月	\$4.00	\$4.00*	* 您在開始加入 Medicare 處方付費計劃之前直接將這些款項付給藥房。
二月	\$4.00	\$4.00*	
三月	\$4.00	\$4.00*	
四月	\$617.00	\$220.89	這是您開始使用此支付選項的月份。請記住，您第一個月的帳單是根據「可能的最高付款金額」計算的。我們以不同的方式計算您該年度剩餘月份的帳單。
五月	\$4.00	\$50.01	
六月	\$4.00	\$50.59	
七月	\$124.00	\$71.25	這個月，除了 \$4 的藥物之外，您還需要一份 \$120 的藥物。按照我們五月份所使用的相同公式，您的付款金額增加，原因在於您在該年度增加了藥物費用，但該年度剩餘能分攤費用的月份也較少了。
八月	\$4.00	\$72.05	
九月	\$4.00	\$73.05	
十月	\$124.00	\$114.39	這個月，除了 \$4 的藥物之外，您還需要一份 \$120 的藥物。按照我們五月份所使用的相同公式，您的付款金額增加，原因在於您在該年度增加了藥物費用，但該年度剩餘能分攤費用的月份也較少了。
十一月	\$4.00	\$116.39	
十二月	\$4.00	\$120.38	
總計	\$901.00	\$901.00	即使您不使用此支付選項，您全年支付的總金額也相同。

如果對於在四月份支付 \$617 有疑慮，此支付選項將有助於您把費用分攤到全年的每個月份中支付，但付款金額有所不同。如果您擔心年終的付款金額較高，那麼此支付選項可能不適合您。請聯絡您的健康或藥物計劃，取得適合您個人需求的協助。

非歧視通知

歧視屬於違法行為。Blue Shield of California 遵循適用的州法律和聯邦公民權利法律，並且不以種族、膚色、原國籍、血統、宗教、性別、婚姻狀況、懷孕或相關狀況、性別特徵、性別刻板印象、性別認同、性取向、年齡或殘障為由而進行歧視。Blue Shield of California 不會因種族、膚色、原國籍、血統、宗教、性別、婚姻狀況、懷孕或相關狀況、性別特徵、性別刻板印象、性別認同、性取向、年齡或殘障而排斥或區別對待任何人。

Blue Shield of California 提供：

- 為殘障人士免費提供如下協助與服務，以便殘障人士有效地與我們進行溝通，例如：
 - ✓ 合格的手語翻譯
 - ✓ 其他格式的書面資訊（大字印刷版、音訊版、可存取的電子格式、其他格式）
- 為母語非英語的人士提供的免費語言服務，例如：
 - ✓ 合格的口譯員
 - ✓ 其他語言版本的文本資訊

如您需要以上服務，請使用您會員識別卡背面的電話號碼聯絡 Blue Shield of California 客戶服務部。

如您認為 Blue Shield of California 未能提供如上服務，或以任何其他方式基於種族、膚色、原國籍、血統、宗教、性別、婚姻狀況、懷孕或相關狀況、性別特徵、性別刻板印象、性別認同、性取向、年齡或殘障進行歧視，您可以向以下機構提交申訴：

Blue Shield of California Civil Rights Coordinator
P.O. Box 5588, El Dorado Hills, CA 95762-0011
電話：(844) 831-4133 (TTY: 711), 傳真：(844) 696-6070
電子郵件：BlueShieldCivilRightsCoordinator@blueshieldca.com

您可以親自前來申訴，或將申訴透過郵遞、傳真或發送電子郵件的方式提交。如需提交申訴方面的協助，民權協調員將隨時為您提供協助。

您還可以透過民權辦公室的投訴門戶網站，以電子方式向 U.S. Department of Health and Human Services（美國衛生和公共服務部）的民權辦公室提交民權投訴，網址為 <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>，或透過郵遞或電話提交投訴，聯絡方式如下：

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

投訴表格可前往 <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html> 獲取。

Multi-Language Insert Multi-Language Interpreter Services

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 1-800-776-4466. 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, por favor llame al 1-800-776-4466. 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 1-800-776-4466。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 1-800-776-4466。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 Mayroon kaming libreng serbisyo sa pagsasalang-wika upang masagot ang anumang mga katanungan ninyo hinggil sa aming planong pangkalusugan o panggagamot. Upang makakuha ng tagasalang-wika, tawagan lamang kami sa 1-800-776-4466. Maaari kayong tulungan ng isang nakakapagsalita ng Tagalog. Ito ay libreng serbisyo.

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 1-800-776-4466. Un interlocuteur parlant Français pourra vous aider. Ce service est gratuit.

Vietnamese 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 1-800-776-4466 sẽ có nhân viên nói tiếng Việt giúp đỡ quý vị. Đây là dịch vụ miễn phí.

German Unser kostenloser Dolmetscherservice beantwortet Ihren Fragen zu unserem Gesundheits- und Arzneimittelplan. Unsere Dolmetscher erreichen Sie unter 1-800-776-4466. Man wird Ihnen dort auf Deutsch weiterhelfen. Dieser Service ist kostenlos.

Korean 당사는 의료 보험 또는 약품 보험에 관한 질문에 답해 드리고자 무료 통역 서비스를 제공하고 있습니다. 통역 서비스를 이용하려면 전화 1-800-776-4466 번으로 문의해 주십시오. 한국어를 하는 담당자가 도와 드릴 것입니다. 이 서비스는 무료로 운영됩니다.

Russian 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 1-800-776-4466. Вам окажет помощь сотрудник, который говорит по-русски. Данная услуга бесплатная.

Arabic إننا نقدم خدمات المترجم الفوري المجانية للإجابة عن أي أسئلة تتعلق بالصحة أو جدول الأدوية لدينا. للحصول ليس عليك سوى الاتصال بنا على 1-800-776-4466. سيقوم شخص ما يتحدث العربية بمساعدتك. هذه خدمة مجانية على مترجم فوري،

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 1-800-776-4466 पर फोन करें. कोई व्यक्ति जो हिन्दी बोलता है आपकी मदद कर सकता है. यह एक मुफ्त सेवा है.

Italian E disponibile un servizio di interpretariato gratuito per rispondere a eventuali domande sul nostro piano sanitario e farmaceutico. Per un interprete, contattare il numero 1-800-776-4466. Un nostro incaricato che parla Italianovi 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 1-800-776-4466. Irá encontrar alguém que fale o idioma Português para o ajudar. Este serviço é gratuito.

French Creole 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 1-800-776-4466. 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 1-800-776-4466. Ta usługa jest bezpłatna.

Japanese 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、1-800-776-4466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。

Hmong Peb muaj cov kev pab cuam txhais lus pab dawb los teb tej lus nug uas koj muaj hais txog ntawm peb li kev noj qab haus huv los sis lub phiaj xwm tshuaj kho mob. Kom tau txais tus kws pab cuam txhais lus, tsuas yog hu rau peb ntawm 1-800-776-4466. Muaj cov paub lus Hmoob tuaj yeem pab tau koj. Qhov no yog pab dawb.

Ukrainian Ми надаємо безкоштовні послуги перекладача, щоб відповісти на будь-які запитання щодо нашого плану лікування чи надання лікарських засобів. Щоб скористатися послугами перекладача, просто зателефонуйте нам за номером 1-800-776-4466. Вам може допомогти хтось, хто розмовляє Українською. Це безкоштовна послуга.

Navajo Díí ats'íís baa áháyá éí doodago azee' bee aa áháyá bína'ídííkidgo éí ná ata' hodoolnihíí hóló. Ata' halne'é biniiyégo, kojí' 1-800-776-4466 béésh bee hodíílnih. Diné k'ehjí yálti'i níká adoolwoł. Díí t'áá jíík'eh bee aná'áwo.

Punjabi ਪੰਜਾਬੀ ਸਾਡੀ ਸਿਹਤ ਜਾਂ ਡਰੱਗ ਪਲਾਨ ਬਾਰੇ ਤੁਹਾਡੇ ਕਿਸੇ ਵੀ ਸਵਾਲ ਦਾ ਜਵਾਬ ਦੇਣ ਲਈ ਸਾਡੇ ਕੋਲ ਮੁਫਤ ਦੁਬਾਰੀਏ ਸੇਵਾਵਾਂ ਉਪਲਬਧ ਹਨ। ਇੱਕ ਦੁਬਾਰੀਆ ਲੈਣ ਲਈ, ਸਾਨੂੰ 1-800-776-4466 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ। ਪੰਜਾਬੀ ਬੋਲਣ ਵਾਲਾ ਕੋਈ ਵੀ ਵਿਅਕਤੀ ਤੁਹਾਡੀ ਮਦਦ ਕਰ ਸਕਦਾ ਹੈ। ਇਹ ਇੱਕ ਮੁਫਤ ਸੇਵਾ ਹੈ।

Khmer យើងមានសេវាអ្នកបកប្រែផ្ទាល់មាត់ដោយឥតគិតថ្លៃដើម្បីឆ្លើយសំណួរនានាដែលអ្នកអាចមានអំពីសុខភាព ឬគម្រោងឱសថរបស់យើង។ ដើម្បីទទួលបានអ្នកបកប្រែផ្ទាល់មាត់ម្នាក់សូមទូរសព្ទមកយើងខ្ញុំតាមលេខ 1-800-776-4466។ អ្នកណាម្នាក់ដែលនិយាយភាសាខ្មែរអាចជួយអ្នកបាន។ សេវានេះមិនគិតថ្លៃនោះទេ។

Mien Yie mbuo mbenc duqv maaih tengx wang-henh nzie faan waac mienh liouh dau waac bun muangx dongh nzunc baav meih maaih waac naaic taux yie mbuo gorngv taux yie nyei heng-wangc jauv-louc a'fai ndie-daan. Liouh lorx zipv longc faan waac nor, douc waac lorx taux yie mbuo yiem njiec naaiv 1-800-776-4466. Maaih mienh gorngv benx Mienh waac haih tengx nzie duqv meih. Naaiv se benx wang-henh nzie weih jauv-louc oc.

Lao ພວກເຮົາມີນາຍພາສາໂດຍບໍ່ເສຍຄ່າເພື່ອຕອບຄໍາຖາມຕ່າງໆທີ່ທ່ານອາດຈະມີກ່ຽວກັບສຸຂະພາບ ຫຼື ແຜນການຍາຂອງພວກເຮົາ. ເພື່ອໃຫ້ໄດ້ຮັບນາຍພາສາ, ພຽງແຕ່ໂທຫາພວກເຮົາທີ່ເບີ 1-800-776-4466. ມີຜູ້ຮູ້ພາສາລາວ ສາມາດຊ່ວຍທ່ານ. ນີ້ແມ່ນບໍລິການໂດຍບໍ່ເສຍຄ່າ.

Armenian Մեզ քնն հասանելի է և անվճար թարգմանչական ծառայություններ՝ մեր անոթաբանական և քիմիական քննարկումների հետ կապված և նաև ցանկացած հարցի և պատասխանների համար: Թարգմանչական և անվճար քննարկումներ ցանկացած ժամ 1-800-776-4466
հեռախոսահամարով: Զեղ կօգնի հարցերին իմացող թարգմանչական և անվճար է:

Farsi ما خدمات مترجم شفاهی رایگان ارائه می‌دهیم تا به هر گونه سوالی که در مورد طرح سلامت یا داروی ما دارید پاسخ دهیم. برای داشتن مترجم شفاهی، کافیت با ما به شماره 1-800-776-4466 تماس بگیرید. کسی که فارسی صحبت می‌کند می‌تواند به شما کمک کند. این یک خدمت رایگان است.

Thai ภาษาไทย เรามีบริการล่ามฟรีเพื่อตอบคำถามของคุณเกี่ยวกับสุขภาพหรือแผนด้านยาของคุณ หากต้องการบริการล่าม โปรดโทรหาเราที่ 1-800-776-4466 มีคนที่สามารถพูดภาษาไทยได้เพื่อช่วยเหลือคุณ บริการนี้เป็นบริการฟรี