

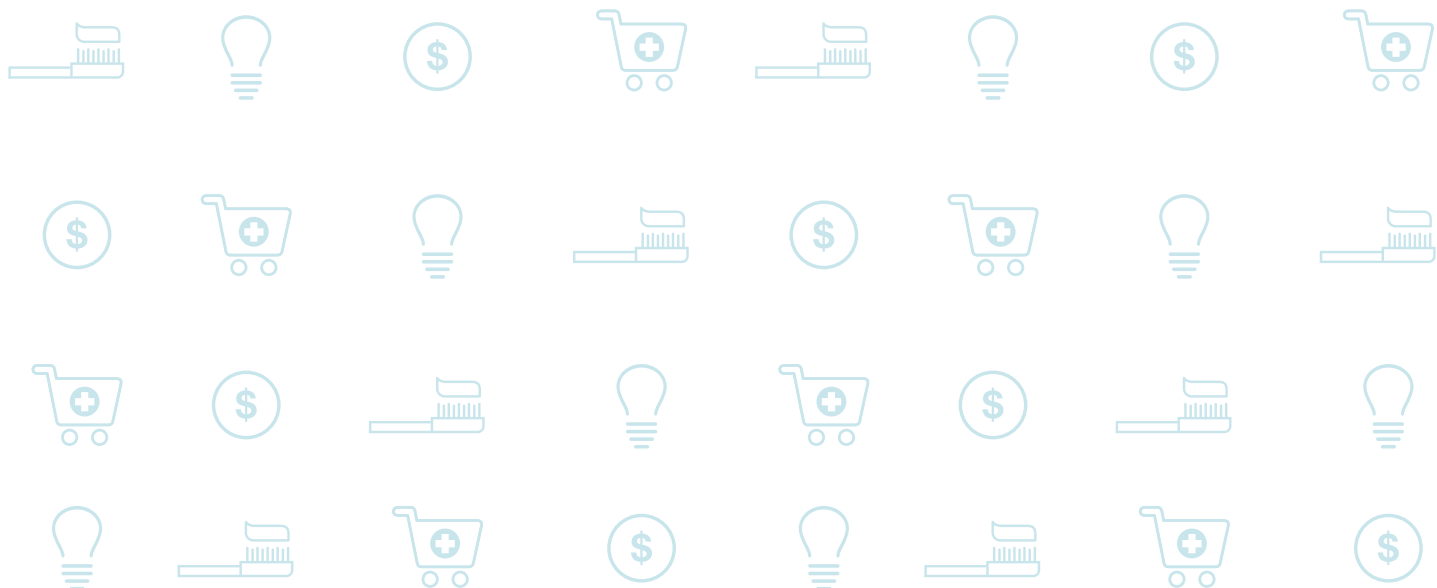
# Su guía informativa del plan

2025 Shared Health Dual Freedom (PPO D-SNP)<sup>SM</sup>



**A su lado. De su parte.**





## Estamos aquí para ayudar

Podemos responder sus preguntas, informarle si es elegible para uno de nuestros planes e incluso inscribirle cuando esté listo. Llámenos.



**1-844-764-2765, TTY 711**, o póngase en contacto con su agente local



# Índice



<b>Diferencia entre HMO D-SNP y PPO D-SNP</b>	<b>2</b>
<b>Medicare vs. Medicaid</b>	<b>3</b>
<b>Shared Health Dual Freedom (PPO D-SNP)<sup>SM</sup></b>	<b>4</b>
<b>Su tarjeta de beneficios</b>	<b>5</b>
<b>Beneficios</b>	<b>6</b>
<b>Su beneficio de medicamentos recetados de la Parte D</b>	<b>8</b>
<b>Su beneficio dental</b>	<b>10</b>
<b>Área de cobertura de nuestro plan</b>	<b>12</b>
<b>Antes de inscribirse</b>	<b>14</b>
<b>Cómo inscribirse</b>	<b>16</b>
<b>Resumen de beneficios</b>	<b>En la próxima sección</b>
Le facilitamos un folleto con más detalles sobre los beneficios.	
<b>Formularios</b>	<b>En el bolsillo delantero</b>
Incluimos dos formularios de inscripción para rellenar con la ayuda de un agente comercial.	

# ¿Cuál es la diferencia entre HMO y PPO?

<b>Pregunta</b>	<b>HMO</b> <i>ORGANIZACIÓN PARA EL MANTENIMIENTO DE LA SALUD</i>	<b>PPO</b> <b>Shared Health Dual Freedom (PPO D-SNP)<sup>SM</sup></b> <i>ORGANIZACIÓN DE PROVEEDORES PREFERENTES</i>
<b>¿Cuánto costará este plan?</b>	<b>Menor costo</b> Los afiliados al plan HMO deben acudir a los proveedores de la red.	<b>Mayor costo</b> Los afiliados al plan PPO tienen flexibilidad para acudir a proveedores tanto dentro como fuera de la red sin necesidad de derivación. Los afiliados pueden tener que presentar un reclamo si el proveedor fuera de la red no está dispuesto a presentar el reclamo al plan.
<b>¿Necesito un médico de atención primaria (PCP, por sus siglas en inglés)?</b>	<b>Sí</b> Los planes HMO le obligan a tener un médico de atención primaria, que puede ayudarle a coordinar sus servicios de atención médica.	<b>No</b> Los planes PPO no exigen que tenga un médico de atención primaria: puede acudir a cualquier proveedor que desee. Pero le animamos a tener un médico de atención primaria, que puede ayudarle a coordinar sus servicios de atención médica.
<b>Si tengo un médico o un especialista fuera de la red, ¿podré seguir acudiendo a ellos y que se cubran los gastos?</b>	<b>No</b> Los planes HMO no cubren la atención de proveedores de atención médica fuera de la red. Hay algunas excepciones, como los servicios de emergencia.	<b>Sí</b> Los planes PPO le dan flexibilidad para visitar a proveedores fuera de su red. Sin embargo, cuando acuda a un proveedor fuera de la red, es posible que tenga que presentar una solicitud de reembolso.
<b>¿Tendré que presentar reclamos?</b>	<b>No</b> Ya que los planes HMO solo le permiten visitar a los proveedores dentro de la red, es probable que nunca tenga que presentar un reclamo. Esto se debe a que su compañía de seguros paga directamente al proveedor.	<b>Sí</b> Si su proveedor no está dispuesto a presentar un reclamo por usted, tendrá que hacerlo usted.



# Medicare + Medicaid

## MEDICARE

Name/Nombre  
**JOHN DOE**

Medicare Number/Numero de Medicare  
**1EG3-TE4-AM79**

Entitled to/Con derecho a  
**HOSPITAL (PART A)  
MEDICAL (PART B)**

Coverage starts/Cobertura empieza  
**01-14-2030  
01-14-2030**

## Medicaid

MEMBER NAME  
**John Doe**

MEMBER ID  
**5543211407**

COVERAGE DATE  
**02-14-2030**



### MEDICARE ORIGINAL

## MEDICARE

El Medicare Original está gestionado por el gobierno federal. Consta de dos partes - Parte A y Parte B. Aquí tiene un rápido vistazo a lo que cubren.



### LA PARTE A ES SEGURO HOSPITALARIO

#### Parte A — Ayuda a cubrir:

- Atención hospitalaria
- Estancias limitadas en un centro de enfermería especializada
- Algunos cuidados médicos a domicilio
- Cuidados paliativos



### LA PARTE B ES SEGURO MÉDICO

#### Parte B — Ayuda a cubrir:

- Servicios médicos
- Asistencia ambulatoria
- Equipos médicos duraderos
- Algunos servicios preventivos
- Algunos medicamentos con receta

Medicare Original no cubre la mayoría de los medicamentos recetados. También le deja gastos de bolsillo.

## MEDICAID

Dependiendo de sus ingresos o de su discapacidad, también puede optar a Medicaid. Es proporcionado por el programa Medicaid de su estado. También puede ayudar a reducir lo que paga por la atención médica.

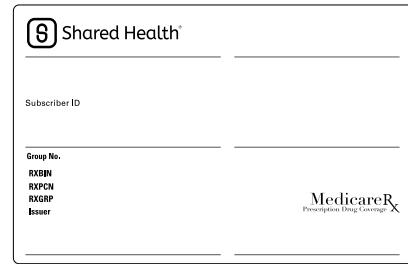
#### Medicaid ayuda a cubrir:

- Atención médica hospitalaria y ambulatoria
- Cuidados en residencias
- Atención médica a domicilio
- Servicios de laboratorio y rayos X

Medicare Original no cubre la mayoría de los medicamentos recetados. También le deja gastos de bolsillo.

Medicaid no lo cubre todo. Puede que tenga que pagar algo de su bolsillo. Por eso es importante encontrar un plan que ayude a cubrir estas diferencias.

# Shared Health Dual Freedom



**Si califica tanto para Medicare como para Medicaid, nuestro plan de \$0 de prima puede ayudarle a obtener más de las cosas que realmente necesita.**

**Con Shared Health Dual Freedom, tiene la flexibilidad de visitar a proveedores fuera de su red. ADEMÁS le brindamos extras como:**

- Una Tarjeta de Beneficios recargable que puede utilizar para pagar sus medicamentos de venta libre (OTC, por sus siglas en inglés), artículos, comestibles y servicios públicos. También añadimos sus **SHARED REWARDS** a la tarjeta después de que complete determinadas actividades y revisiones médicas
- Copagos médicos de
- Copagos de \$0 por medicamentos recetados de la Parte D
- \$0 de deducibles
- Traslados ilimitados al médico, la farmacia, el dentista y otros lugares aprobados por el plan
- Audífonos, pilas, adaptaciones y examen
- Atención oftalmológica (incluye lentes y/o lentes de contacto y accesorios)
- Amplia oferta de proveedores, dentistas, hospitales y farmacias
- Su propio equipo asistencial



# Su Tarjeta de Beneficios

 Shared Health®

Benefits Card

John Doe

5412 7512 3412 3456

VALID THRU 04/26



RELOADABLE: DO NOT THROW AWAY

## Con nosotros es más fácil obtener lo que necesita.

Cuando se afilie, le daremos una Tarjeta de Beneficios recargable. Esta tarjeta puede utilizarse para los siguientes beneficios y recompensas del plan.



### Asignación mensual combinada de \$135 para OTC/Comestibles/Servicios

Utilice su asignación mensual combinada de \$135 para ayudar a pagar artículos de venta libre (OTC), comestibles y servicios públicos. Utilícela para pagar artículos aprobados por el plan en tiendas participantes que acepten las principales tarjetas de crédito, como Walmart. O pida determinados productos OTC a través de nuestro catálogo de venta por correo. También puede utilizar su Tarjeta de Beneficios para pagar servicios públicos aprobados por el plan, como agua, gas natural, electricidad, cable e Internet.



### SHARED REWARDS

Nuestro programa **SHARED REWARDS** le permite ganar recompensas por dar prioridad a su salud. Añadiremos estas recompensas a su Tarjeta de Beneficios después de que complete ciertas actividades médicas, como asistir a su Visita Anual de Bienestar.

*El valor de la Tarjeta de Beneficios está precargado con determinadas cantidades, según los beneficios. Las **SHARED REWARDS** no están precargadas. Pueden aplicarse límites de beneficios y exclusiones. Compruebe la Evidencia de Cobertura del plan o llámenos para más detalles.*

# Beneficios

## Shared Health Dual Freedom

PPO D-SNP

Tarjeta de beneficios fácil de usar que incluye:



Productos de venta  
libre, comestibles y  
servicios públicos

**\$135**

asignación mensual  
combinada



**SHARED  
REWARDS**

Shared Health Dual Freedom ofrece a sus miembros  
una amplia gama de beneficios que incluye:



**Primas  
\$0  
al año**



**Traslados  
ilimitados**  
al médico, la farmacia u  
otros lugares aprobados  
por el plan



**Dispositivo de  
comunicación de**  
Servicios de alerta  
médica para ayuda en  
caso de emergencia



**Asignación de  
\$300**  
al año para el plan  
de la vista



**Copago de  
\$0  
para audición**



**Deducibles de  
\$0**



**14  
Comidas  
entregadas**  
tras hospitalizaciones  
que califiquen



**Copago de  
\$0  
por medicamentos  
recetados**



**Asignación  
dental de  
\$3,500**  
al año



LO QUE CUBRE	LO QUE RECIBE
Servicios dentales (preventivo y global)	Asignación de <b>\$3,500</b> al año para servicios dentales (como radiografías, exámenes y extracciones)
Programa de estado físico	<b>Recursos en línea</b> (como videos digitales de ejercicios) y una <b>suscripción</b> a gimnasios estándar participantes
Servicios de audición	<b>Copago de \$0</b> por 1 audífono por oído cada 3 años, pilas, adaptaciones y un examen
Reparto de comidas	<b>14 comidas</b> a domicilio después de una hospitalización calificada
Productos de venta libre (OTC)/ Comestibles/Servicios públicos	Asignación mensual combinada de <b>\$135</b> para productos de venta libre, comestibles y servicios públicos aprobados por el plan.
Servicios de alerta médica	Incluye dispositivo de comunicación para ayuda en situaciones de emergencia
Transporte	<b>Viajes ilimitados</b> al médico, la farmacia u otros lugares aprobados por el plan. Los trayectos superiores a 75 millas pueden requerir autorización previa
Servicios de la vista	Asignación de <b>\$300</b> al año para cuidados de la vista, incluidos lentes y/o lentes de contacto

LO QUE CUBRE	LO QUE PAGA
Ambulancia	<b>\$0</b>
Diálisis	
Equipos médicos duraderos/Prótesis	
Atención de emergencias	
Atención médica a domicilio	
Atención hospitalaria	
Pruebas de laboratorio y radiografías	
Suministros para diabéticos de la Parte B de Medicare	
Prima mensual	
Rehabilitación ambulatoria	
Servicios quirúrgicos ambulatorios	
Atención preventiva	
Consultas de atención primaria y especializada	
Centro de enfermería especializada	
Telemedicina	
Atención urgente	

# Su Parte D

## Beneficios para medicamentos recetados



Shared Health Dual Freedom

Nuestro plan de Shared Health tiene **deducibles y copagos de medicamentos de \$0**. Eso significa que no pagará nada por un **suministro de 30 o 90** días de medicamentos cubiertos en una farmacia de nuestra red o a través de nuestro programa de entrega por correo. Esto incluye tanto los medicamentos genéricos como los de marca.

Para más información sobre los medicamentos que cubrimos, consulte nuestra lista de medicamentos cubiertos (también llamada formulario).

Puede encontrarlo en **sharedhealth.com**. Vaya a "Buscar su plan" e introduzca su código postal o estado. A continuación, haga clic en "Documentos y formularios". O llámenos. Le informaremos si sus recetas están cubiertas por el plan.





## Su equipo asistencial

**Tanto si necesita que le llevemos a su farmacia como si tiene preguntas sobre un medicamento que está tomando, estamos aquí para usted. Porque somos más que grandes beneficios.**

**Somos una mano amiga cuando más lo necesita.**

# Beneficio dental

Shared Health Dual Freedom



Shared Health cubre todos los servicios dentales que cubre Medicare Original. Los afiliados a Shared Health Dual Freedom recibirán una asignación anual de **\$3000** para ayudar a pagar los servicios dentales complementarios que cubrimos.



## A continuación le ofrecemos una breve descripción de los servicios dentales complementarios que cubrimos:

Cubrimos algunos servicios preventivos, como revisiones dentales periódicas, limpiezas y radiografías.

### Exámenes y limpieza

- Un examen periódico cada seis meses
- Un examen de emergencia por período de 12 meses
- Una limpieza o mantenimiento periodontal cada seis meses

### Radiografías

- Un juego de películas de aleta de mordida por período de 12 meses (*hasta cuatro películas de aleta de mordida*)
- Una radiografía panorámica o de toda la boca cada 36 meses



Cubrimos algunos tratamientos básicos para los dientes, como empastes, endodoncias, o la extracción de un diente, y determinados tratamientos para las encías. No todos los servicios que recomienda su dentista estarán cubiertos. Y hay límites en la frecuencia con que pueden realizarse algunos procedimientos.

<b>Servicios de restauración</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Empastes de amalgama y composite</li> <li>• Tratamiento paliativo (<i>alivio urgente del dolor</i>)</li> </ul>
<b>Endodoncia</b> (pulpa de los dientes)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tratamiento del conducto radicular</li> </ul>
<b>Periodoncia</b> (tejido y hueso que sostiene los dientes)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Desbridamiento dental completo</li> <li>• Raspado periodontal y alisado radicular</li> </ul>
<b>Cirugía oral</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Extracciones</li> <li>• Cirugía oral</li> </ul>

Cubrimos algunos tratamientos importantes para sus dientes. Por ejemplo, coronas, dentaduras postizas, puentes y algunas intervenciones quirúrgicas. Hay normas sobre cuándo cubriremos ciertos tratamientos. Y hay límites en cuanto a la frecuencia de algunos procedimientos.

<b>Restauración mayor y prostodoncia</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Prótesis removibles completas, inmediatas y parciales (<i>limitadas a un juego por periodo de 5 años</i>)</li> <li>• Coronas y puentes fijos</li> <li>• Ajustar, realinear o rebasar dentaduras postizas</li> </ul>
--	--

*Esta lista no es exhaustiva. Pueden aplicarse límites y restricciones a los beneficios. Para más información sobre sus beneficios dentales, consulte su Evidencia de Cobertura o la Guía de Beneficios Dentales. O llámenos.*

# Áreas de cobertura

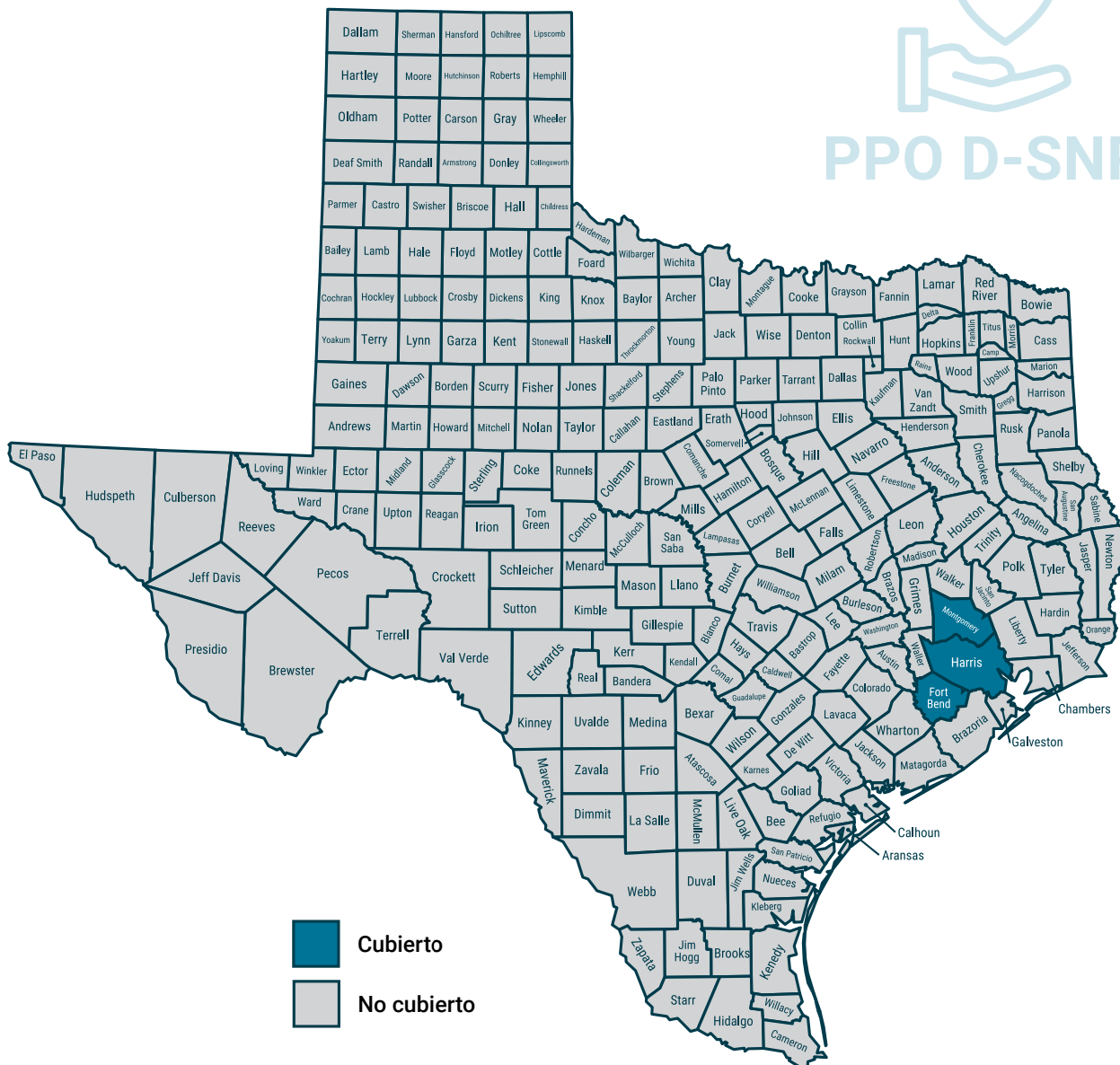
Shared Health Dual Freedom – 3 condados



## Texas



PPO D-SNP



# Condados cubiertos

Shared Health Dual Freedom – Condados cubiertos



**Fort Bend**  
**Harris**  
**Montgomery**



# Antes de inscribirse



Si se inscribe en Shared Health Dual Freedom, tiene la posibilidad de seleccionar un proveedor que no pertenezca a nuestra red, pero su proveedor debe aceptar Medicare y estar dispuesto a facturar a Shared Health, a menos que se trate de una emergencia. Consulte el capítulo 3 de la Evidencia de Cobertura (EOC, por sus siglas en inglés) para más información sobre visitar a proveedores fuera de la red.

## Por eso es una buena idea:

**1**

### Comprobar si nuestra red incluye estas cosas

- ☐ Su proveedor de atención primaria (PCP) – le recomendamos que tenga un PCP
- ☐ Cualquier especialista que usted vea
- ☐ Su farmacia
- ☐ El hospital y los centros médicos a los que acude
- ☐ Su dentista

**2**

### Consulte nuestra lista de medicamentos cubiertos

- ☐ Nuestro plan cubre determinados medicamentos. Si usted y su médico han decidido que necesita tomar un determinado medicamento, es conveniente que se asegure de que lo cubrimos.



Podemos verificarlo por teléfono. Llámenos.  
**1-844-764-2765, TTY 711**, O póngase en  
contacto con su agente local.



También puede obtener esta información en línea en **[sharedhealth.com](https://sharedhealth.com)**.





**3**

### Compruebe nuestra área de cobertura

- ☐ El área de cobertura de Shared Health Dual Freedom incluye los condados de Fort Bend, Harris y Montgomery.
- ☐ Asegúrese de que nuestro plan se ofrece donde usted vive.

***Consulte las páginas 12 y 13 para conocer las áreas de cobertura.***



# Inscribirse es fácil



## **Paso 1: Rellene el formulario de inscripción.**

Solo tiene que rellenar y firmar el formulario de inscripción que encontrará en el bolsillo delantero.



## **Paso 2: Envíenos su formulario de inscripción.**

Envíenos su formulario de inscripción por correo usando uno de los sobres franqueados del bolsillo delantero. Si envía más de un formulario de inscripción, asegúrese de incluir solo un formulario de inscripción en cada sobre.



## **Paso 3: Revisaremos su formulario de inscripción.**

Una vez que hayamos revisado su formulario, le comunicaremos el estado de su inscripción.



Si tiene preguntas o prefiere afiliarse por teléfono, llámenos al **1-844-764-2765, TTY 711**, o póngase en contacto con su agente local.

## **¡No olvide su evaluación de salud!**

Hemos incluido una Evaluación de Salud opcional en el bolsillo trasero. Se trata de una breve encuesta que nos ayuda a asegurarnos de que recibe todas los beneficios adicionales para los que califica. Sus respuestas no afectan su afiliación en ningún modo. Debe enviárnoslo utilizando el número de fax o la dirección de correo electrónico que figuran en el formulario.

# Después de inscribirse



## Cuando se apruebe su formulario de inscripción:



Notas: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_







## Alcance de la Cita

Shared Health cumple las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo (incluidos el embarazo, la orientación sexual y la identidad de género). Shared Health no excluye a las personas ni las trata de forma diferente por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo.

Salud compartida:

- Provides free aids and services to people with disabilities to communicate effectively with us, such as (1) qualified interpreters and (2) written information in other formats, such as large print, audio and accessible electronic formats.
- Provides free language services to people whose primary language is not English, such as (1) qualified interpreters and (2) written information in other languages.

Si necesita estos servicios, póngase en contacto con el Servicio de Atención al Afiliado en el número que figura en el reverso de su tarjeta de DNI de afiliado o llame al **1-844-474-6477**, TTY **711**. Del **1 de octubre al 31 de marzo** estamos abiertos de 7.00 a 20.00 h (hora peninsular), siete días a la semana. Del **1 de abril al 30 de septiembre**, puede llamarnos de 7.00 a 20.00 h, de lunes a viernes. Si llama fuera de este horario o en un día festivo, deje un mensaje en nuestro sistema telefónico automático y nos pondremos en contacto con usted en el plazo de un (1) día laborable.

Si cree que Shared Health no le ha prestado estos servicios o le ha discriminado de alguna otra forma por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, puede presentar una queja ("Queja por no discriminación").

Si necesita ayuda para preparar y presentar su reclamación por no discriminación, póngase en contacto con el Servicio de Atención al Afiliado llamando al número que figura en el reverso de su tarjeta de DNI de afiliado o llamando al **1-844-474-6477** (TTY **711**). Allí le facilitarán el formulario que debe utilizar para presentar su queja.

Puede presentar una reclamación por no discriminación en persona o enviándonos el formulario correspondiente por fax al número (423) 591-9208; por correo electrónico a la dirección **Nondiscrimination\_OfficeGM@sharedhealth.com**; o por correo postal o en persona a esta dirección: Nondiscrimination Compliance Coordinator, c/o Manager, Operations, Member Benefits Administration, 1 Cameron Hill Circle, Suite 19, Chattanooga, TN 37402.

También puede presentar una queja sobre derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE.UU., por vía electrónica a través del portal de quejas de la Oficina de Derechos Civiles (Office for Civil Rights Complaint Portal) en **ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf**; por teléfono llamando al **1-800-368-1019**, **1-800-537-7697** (TDD), de 7:30 a.m. a 7 p.m. CT; o por correo postal a esta dirección Centralized Case Management Operations, U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue, S.W., Room 509F, HHH Bldg., Washington, D.C. 20201. Los formularios de denuncia están disponibles en **hhs.gov/ocr/office/file/index.html**.

# Servicios de intérprete multilingüe

Disponemos de servicios gratuitos de interpretación para responder a cualquier pregunta que pueda tener sobre nuestro plan de salud o de medicamentos. Para conseguir un intérprete, sólo tiene que llamarnos al 1-844-474-6477, TTY 711. Alguien que hable inglés/idioma podrá ayudarle. Este servicio es 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 1-844-474-6477, 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 1-844-474-6477, 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:** 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 1-844-474-6477, TTY 711. 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 1-844-474-6477, TTY 711. 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 1-844-474-6477, TTY 711 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 Arzneimittelpflicht. Unsere Dolmetscher erreichen Sie unter 1-844-474-6477, TTY 711. Man wird Ihnen dort auf Deutsch weiterhelfen. Dieser Service ist kostenlos.

**Korean:** 당사는 의료 보험 또는 약품 보험에 관한 질문에 대해 드리고자 무료 통역 서비스를 제공하고 있습니다. 통역 서비스를 이용하려면 전화 1-844-474-6477, TTY 711번으로 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 1-844-474-6477, TTY 711 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 على مترجم فوري، ليس عليك سوى الاتصال بنا على 1-844-474-6477, TTY 711. سيقوم شخص ما يتحدث العربية بمساعدتك. هذه خدمة مجانية.

**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 1-844-474-6477, TTY 711 पर फोन करें। कोई व्यक्ति जो हिन्दी बोलता है आपकी मदद कर सकता है। यह एक मुफ्त सेवा है।

**Italian:** È disponibile un servizio di interpretariato gratuito per rispondere a eventuali domande sul nostro piano sanitario e farmaceutico. Per un interprete, contattare il numero 1-844-474-6477, TTY 711. Un nostro incaricato che parla Italianovi fornirà l'assistenza necessaria. È un servizio gratuito.

**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 1-844-474-6477, TTY 711. 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 1-844-474-6477, TTY 711. 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 1-844-474-6477, TTY 711. 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、1-844-474-6477, 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。1-844-474-6477, TTY 711 これは無料のサービスです。”



## ¿PREGUNTAS?

Póngase en contacto con nosotros:

**1-844-764-2765, TTY 711**

o llame a su agente local

**[sharedhealth.com](https://www.sharedhealth.com)**



**On your side. In your corner.**