

Pennsylvania Public School
Employees' Retirement System (PSERS)

Health Options Program

2025



Planes de atención
administrada para afiliados
elegibles para Medicare y
no elegibles para Medicare

Suroeste

PENSILVANIA

Allegheny • Fayette • Greene • Indiana • Washington
Westmoreland

Costos mensuales de 2025 si es elegible para Medicare *(sin incluir la asistencia para pagar la prima)*

	COBERTURA ÚNICA	COBERTURA PARA 2 PERSONAS
Highmark Freedom Blue PPO	\$253	\$506
Capital Blue Cross PPO	\$260	\$520
UPMC PSERS HOP Custom PPO	\$262	\$524
Aetna Medicare P01 PPO	\$497	\$994

Costos mensuales de 2025 si NO es elegible para Medicare *(sin incluir la asistencia para pagar la prima)*

	COBERTURA ÚNICA	COBERTURA PARA 2 PERSONAS
Highmark PPOBlue (80-70 Plan)	\$2,017	\$4,034
Capital Blue Cross PPO	\$1,697	\$3,394
UPMC Business Advantage	\$2,068	\$4,136
Aetna Premier Open Choice PPO	\$2,112	\$4,224

Opciones de plan de 2025 si es elegible para Medicare

CUÁNTO PAGARÁ EN 2025	HIGHMARK FREEDOM BLUE PPO	
PLAN MÉDICO	En la red	Fuera de la red
Deducible anual	\$0	\$0
Gasto máximo de bolsillo anual	\$1,000 (combinado)	
Hospitalización	\$0	\$0
Visitas al médico	\$5 por médico de atención primaria (PCP); \$15 por especialista	\$5 por médico de atención primaria (PCP); \$15 por especialista
Cuidado preventivo	\$0	\$0
Sala de emergencias	\$40 (se exime si es admitido)	\$40 (se exime si es admitido)
Centro de atención de urgencias	\$25	\$25
Cirugía ambulatoria	\$0	\$0
Pruebas diagnósticas	\$0	\$0
Terapia ambulatoria	\$15	\$15
Equipo médico duradero	15%	20%
Servicios de salud mental para pacientes ambulatorios	\$15	\$15
Servicios de salud mental para pacientes hospitalizados	\$0	\$0
Exámenes físicos	\$0 (se puede aplicar un copago por visita al consultorio)	\$0 (se puede aplicar un copago por visita al consultorio)
Exámenes de obstetricia/ginecología	\$0 (se puede aplicar un copago por visita al consultorio)	\$0 (se puede aplicar un copago por visita al consultorio)
Mamografías	\$0	\$0
Centro de enfermería especializada	\$0 hasta 100 días por período de beneficios de Medicare	\$0 hasta 100 días por período de beneficios de Medicare
Audífonos (una vez cada 12 meses)	Copago de \$499 por año por audífono para TruHearing Advanced; \$799 por audífono para TruHearing Premium; Asignación de \$500 por año para otros audífonos a través de TruHearing	Asignación de \$500 para audífonos cada tres años de cualquier otro proveedor o TruHearing
Atención dental (sujeto a limitaciones de frecuencia)	\$20 por examen y limpieza y \$20 por radiografías cada 6 meses; 50% para servicios de restauración y dentaduras postizas	50% de exámenes periódicos, limpiezas, radiografías, empastes según sea necesario y dentaduras postizas
Exámenes de la visión/exámenes auditivos	\$0 por examen de la visión; \$15 por examen auditivo	\$50 por examen de la visión; \$15 por examen auditivo
Lentes recetados (una vez cada 12 meses)	Beneficio máximo de \$150 por año calendario para marcos de anteojos estándar, lentes para anteojos o lentes de contacto; los marcos de Davis Vision Fashion Collection y los lentes estándar están cubiertos por completo	Beneficio máximo de \$150 por año calendario para marcos de anteojos estándar, lentes para anteojos o lentes de contacto; los marcos de Davis Vision Fashion Collection y los lentes estándar están cubiertos por completo
MEDICAMENTOS RECETADOS	Farmacia minorista (suministro para 31 días)	Pedido por correo*
Deducible anual	\$0	\$0
Cobertura inicial hasta el límite del gasto de bolsillo de \$2,000**		
Medicamentos genéricos preferidos (Nivel 1)	\$5 por farmacia preferida; \$10 por farmacia estándar	\$12.50 por farmacia preferida; \$25 por farmacia estándar
Medicamentos genéricos no preferidos (Nivel 2)	\$5 por farmacia preferida; \$10 por farmacia estándar	\$12.50 por farmacia preferida; \$25 por farmacia estándar
Medicamentos de marca preferidos (Nivel 3)	\$25 por farmacia preferida; \$30 por farmacia estándar	\$62.50 por farmacia preferida; \$75 por farmacia estándar
Medicamentos de marca no preferidos (Nivel 4)	\$55 por farmacia preferida; \$60 por farmacia estándar	\$137.50 por farmacia preferida; \$150 por farmacia estándar
Medicamentos especializados (Nivel 5)	33%	33% (suministro para 31 días)
Cobertura en caso de catástrofe		
Medicamentos genéricos		\$0
Medicamentos de marca		\$0

* Debe obtener suministros para pedidos por correo utilizando Express Scripts/ESI. En la cobertura inicial y el período sin cobertura: suministro para 100 días de los medicamentos de los niveles 1 y 2; suministro para 90 días de los medicamentos de los niveles 3 y 4.

** Incluye los costos totales de los medicamentos cubiertos pagados por el participante.

CUÁNTO PAGARÁ EN 2025	CAPITAL BLUE CROSS PPO	
PLAN MÉDICO	En la red	Fuera de la red
Deducible anual	\$0	\$0
Gasto máximo de bolsillo anual	\$3,400 combinado	
Hospitalización	\$0	\$0
Visitas al médico	\$5 por médico de atención primaria (PCP); \$15 por especialista	\$5 por médico de atención primaria (PCP); \$15 por especialista
Cuidado preventivo	\$0	\$0
Sala de emergencias	\$50 (se exime si es admitido)	\$50 (se exime si es admitido)
Centro de atención de urgencias	\$35	\$35
Cirugía ambulatoria	\$0	30%
Pruebas diagnósticas	\$0 por servicios de laboratorio; \$0 - \$25 por imágenes de alta tecnología; 15% de radiología terapéutica; todos los demás \$0	30%
Terapia ambulatoria	\$15	\$15
Equipo médico duradero	20%	20%
Servicios de salud mental para pacientes ambulatorios	\$15	\$15
Servicios de salud mental para pacientes hospitalizados	\$0	\$0
Exámenes físicos	\$0 (examen de bienestar anual)	\$0 (examen de bienestar anual)
Exámenes de obstetricia/ginecología	\$0 por exámenes preventivos	\$0 por exámenes preventivos
Mamografías	\$0 por exámenes preventivos	\$0 por exámenes preventivos
Centro de enfermería especializada	\$0 de 1 a 20 días; \$30 de 21 a 100 días	20% de 1 a 100 días
Audífonos (una vez cada 12 meses)	Copago de \$499/\$699/999 por audífono, por año	No cubierto
Atención dental	\$0 por visita al consultorio; la limpieza y las radiografías están cubiertas dos veces al año; máximo de \$1,500 por año calendario (combinado dentro y fuera de la red)	50% por visita al consultorio; la limpieza y las radiografías están cubiertas dos veces al año; máximo de \$1,500 por año calendario (combinado dentro y fuera de la red)
Exámenes de la visión/exámenes auditivos (una vez cada año calendario)	Exámenes de la visión: \$0 por examen de la visión de rutina Exámenes auditivos: \$0 por examen auditivo de rutina	Exámenes de la visión: 50% por examen de la visión de rutina Exámenes auditivos: \$0 por examen auditivo de rutina
Lentes con receta (una vez cada 12 meses)	100% después de la bonificación de \$150 para marcos y lentes o lentes de contacto	
MEDICAMENTOS RECETADOS	Farmacia minorista (suministro para 30 días)	Pedido por correo (suministro para 100 días)
Deducible anual	\$0	\$0
Cobertura inicial hasta el límite del gasto de bolsillo de \$2,000*		
Medicamentos genéricos preferidos (Nivel 1)	\$0	\$0
Medicamentos genéricos no preferidos (Nivel 2)	\$4	\$12
Medicamentos de marca preferidos (Nivel 3)	\$30	\$90
Medicamentos de marca no preferidos (Nivel 4)	33%	33%
Medicamentos especializados (Nivel 5)	33% (suministro para 30 días)	No cubierto
Cobertura en caso de catástrofe		
Medicamentos genéricos	\$0	
Medicamentos de marca	\$0	

* Incluye los costos totales de los medicamentos cubiertos pagados por el participante.

CUÁNTO PAGARÁ EN 2025	UPMC PSERS HOP CUSTOM PPO*	
PLAN MÉDICO	Dentro de la red	Fuera de la red
Deducible anual	\$0	\$500
Máximo anual a cuenta del afiliado	\$3400	\$5100
Hospitalización	\$0	20%
Consultas médicas	\$0 por médico de cabecera; \$20 por especialista	20%
Cuidado preventivo	\$0	20%; sin deducible
Sala de emergencias	\$120 (exento si se admite dentro de los 3 días)	\$120 (exento si se admite dentro de los 3 días), sin deducible
Centro de atención de urgencia	\$20	Copago de \$20, sin deducible
Cirugía ambulatoria	\$0	20%
Pruebas de diagnóstico	\$0 por análisis; \$10 por radiografía; \$30 por imágenes avanzadas	20%
Terapia ambulatoria	\$20	20%
Equipo médico duradero	15%	50%
Salud mental ambulatoria	\$20	20%
Hospitalización para salud mental	\$0	20%
Exámenes físicos	\$0 por exámenes de bienestar anuales; Exámenes físicos anuales: no cubiertos	20% por exámenes de bienestar anuales: sin deducible; Exámenes físicos anuales: no cubiertos
Exámenes ginecológicos y obstétricos	\$0 por examen de rutina	20%; sin deducible
Mamografías	\$0 por examen de rutina	20%; sin deducible
Centro de enfermería especializada	\$0 por día los días 1 a 15; \$50 por día los días 16 a 100	20%
Audífonos (una vez cada 12 meses)	\$690/\$1890	\$690/\$1890, sin deducible
Atención dental	Exámenes dentales: \$20	Exámenes dentales: 50%; sin deducible
Exámenes de visión/audición (una vez al año)	\$0 por examen de la vista de rutina; \$20 por examen de audición de rutina	\$50 por examen de la vista de rutina, sin deducible; 50% por examen de audición de rutina, sin deducible
Lentes con receta (una vez cada 12 meses)	Asignación de \$175 (combinando dentro y fuera de la red)	
MEDICAMENTOS CON RECETA	Farmacia minorista (suministro para 30 días)**	Farmacia minorista/de pedidos por correo (suministro de 100 días)**
Deducible anual	\$0	\$0
Cobertura inicial hasta el límite del gasto de bolsillo de \$2,000***		
Medicamentos genéricos preferidos (Nivel 1)	Farmacia preferida \$0; Farmacia estándar \$15	Farmacia preferida \$0; Farmacia estándar \$30
Medicamentos genéricos no preferidos (Nivel 2)	Farmacia preferida \$10; Farmacia estándar \$20	Farmacia preferida \$20; farmacia estándar \$40
Medicamentos de marca preferidos (Nivel 3)	Farmacia estándar o preferida \$47	Farmacia preferida \$117,50; Farmacia estándar \$141
Medicamentos no preferidos (Nivel 4)	50% en farmacia estándar o preferida	50% en farmacia estándar o preferida
Medicamentos de especialidad (Nivel 5)	33% en farmacia estándar o preferida	33% en farmacia estándar o preferida (limitado a un suministro de 30 días)
Cobertura por catástrofe		
Medicamentos genéricos	\$0	
Medicamentos de marca	\$0	

* UPMC está disponible en todos los condados del sureste y suroeste de Pensilvania y en algunos condados del centro norte de Pensilvania.

** También se encuentra disponible el suministro para 60 días.

*** Incluye los costos totales de los medicamentos cubiertos pagados por el participante.

CUÁNTO PAGARÁ EN 2025	AETNA MEDICARE P01 PPO*	
PLAN MÉDICO	En la red	Fuera de la red
Deducible anual	\$0	\$0
Gasto máximo de bolsillo anual	\$3,500	\$5,000
Hospitalización	\$0	15%
Visitas al médico	\$15	15%
Cuidado preventivo	\$0	15%
Sala de emergencias	\$50 (se exime si es admitido)	\$50 (se exime si es admitido)
Centro de atención de urgencias	\$15	\$15
Cirugía ambulatoria	\$0	15%
Pruebas diagnósticas	\$15	15%
Terapia ambulatoria	\$15	15%
Equipo médico duradero	15%	15%
Servicios de salud mental para pacientes ambulatorios	\$15	15%
Servicios de salud mental para pacientes hospitalizados	\$0	15%
Exámenes físicos	\$0	15%
Exámenes de obstetricia/ginecología	\$0	15%
Mamografías	\$0	15%
Centro de enfermería especializada	Copago de \$0 por día, de 1 a 20 días; \$75 por día, de 21 a 100 días	15%
Audífonos (una vez cada 36 meses)	Asignación de \$500	
Atención dental	\$15 (si está cubierto por Medicare)	15% (si está cubierto por Medicare)
Exámenes de la visión/exámenes auditivos	\$0 (una vez cada 12 meses)	15% (una vez cada 12 meses)
Lentes recetados (una vez cada 24 meses)	Asignación de \$100	
MEDICAMENTOS RECETADOS	Farmacia minorista (suministro para 30 días)	Pedido por correo (suministro para 90 días)
Deducible anual	\$0	\$0
Cobertura inicial hasta el límite del gasto de bolsillo de \$2,000**		
Medicamentos genéricos (Nivel 1)	\$4 por farmacia preferida; \$5 por farmacia estándar	\$8 por farmacia preferida; \$10 por farmacia estándar
Medicamentos de marca preferidos (Nivel 2)	\$25***	\$50***
Medicamentos de marca no preferidos (Nivel 3)	\$50***	\$100***
Medicamentos especializados (Nivel 4)	33%***	33%*** (limitado al suministro de un mes)
Cobertura en caso de catástrofe		
Medicamentos genéricos	\$0	
Medicamentos de marca	\$0	

* Aetna solo está disponible en Nueva Jersey, Pensilvania y algunos condados de Florida, Delaware, Maryland y Nueva York.

** Incluye los costos totales de los medicamentos cubiertos pagados por el participante.

*** Incluye algunos genéricos de alto costo.

Opciones de plan de 2025 si NO es elegible para Medicare

CUÁNTO PAGARÁ EN 2025	HIGHMARK PPOBLUE (80-70 PLAN)	
MÉDICO	En la red	Fuera de la red
Deducible anual	\$100/individual \$300/familiar	\$500/individual \$1,500/familiar
Gasto máximo de bolsillo anual	\$10,000	Sin máximo
Hospitalización	20%	30%
Visitas al médico	\$20 por visita al PCP; \$40 por visita al especialista; sin deducible	30%
Cuidado preventivo	\$20 por visita, sin deducible	Los exámenes físicos de rutina no están cubiertos; 30% de mamografías y exámenes ginecológicos de rutina
Sala de emergencias	\$100 (se exime si es admitido); sin deducible	\$100 (se exime si es admitido); sin deducible
Centro de atención de urgencias	\$40; sin deducible	30%
Cirugía ambulatoria	20%	30%
Pruebas diagnósticas	20%	30%
Terapia ambulatoria	\$40 por visita; con un máximo de 60 visitas*; sin deducible	30%; con un máximo de 60 visitas*
Equipo médico duradero	20%	30%
Servicios de salud mental para pacientes ambulatorios	0%; sin deducible	30%
Servicios de salud mental para pacientes hospitalizados	20%	30%
Exámenes físicos	\$20 por visita al PCP; \$40 por visita al especialista; sin deducible	No cubierto
Exámenes de obstetricia/ginecología	\$40 por visita, sin deducible	30% de rutina; sin deducible
Mamografías	20%	30%
Centro de enfermería especializada	20%; 100 visitas por año calendario	30%; 100 visitas por año calendario
Audífonos	No cubierto	No cubierto
Atención dental	No cubierto	No cubierto
Exámenes de la visión/exámenes auditivos	No cubierto	No cubierto
Lentes recetados	No cubierto	No cubierto
MEDICAMENTOS RECETADOS		
Deducible anual	\$0	No cubierto
Máximo anual	Sin máximo	No cubierto
Farmacia minorista (suministro para 34 días)		
Medicamentos genéricos	30% (obligatoriamente genéricos)	No cubierto
Medicamentos de marca	50%	No cubierto
Pedido por correo (suministro para 90 días)		
Medicamentos genéricos	30% (obligatoriamente genéricos)	No cubierto
Medicamentos de marca	50%	No cubierto

* Máximo combinado dentro y fuera de la red

CUÁNTO PAGARÁ EN 2025	CAPITAL BLUE CROSS PPO	
MÉDICO	En la red	Fuera de la red
Deducible anual	\$100/individual \$300/familiar	\$500/individual \$1,500/familiar
Gasto máximo de bolsillo anual	\$3,000/individual \$6,000/familiar	Sin máximo
Hospitalización	20%; sin deducible	30%; sin deducible
Visitas al médico	\$10 por visita al PCP; \$25 por visita al especialista; sin deducible	30%; sin deducible
Cuidado preventivo	\$10 por visita, sin deducible	20%
Sala de emergencias	\$100; sin deducible (se exime si es admitido)	\$100; sin deducible (se exime si es admitido)
Centro de atención de urgencias	\$40; sin deducible	30%
Cirugía ambulatoria	20%	30%
Pruebas diagnósticas	20%	30%
Terapia ambulatoria	\$40 por visita, sin deducible	30%
Equipo médico duradero	20%	30%
Servicios de salud mental para pacientes ambulatorios	\$40 por visita, sin deducible	30%; sin deducible
Servicios de salud mental para pacientes hospitalizados	20%	30%
Exámenes físicos	\$10 por visita al PCP; \$25 por visita al especialista; sin deducible	20%; sin deducible
Exámenes de obstetricia/ginecología	\$0; sin deducible	30% sin deducible
Mamografías	\$0; sin deducible	30% sin deducible
Centro de enfermería especializada	\$0; límite de 100 días	50%; límite de 100 días
Audífonos	No cubierto	No cubierto
Atención dental	No cubierto	No cubierto
Exámenes de la visión/exámenes auditivos	No cubierto	No cubierto
Lentes recetados	No cubierto	No cubierto
MEDICAMENTOS RECETADOS		
Deducible anual	\$300/individual \$600/familiar	No cubierto
Máximo anual	Máximo de período de beneficio de \$2,500 en medicamentos para mejorar la calidad de vida	No cubierto
Farmacia minorista		
Medicamentos genéricos	30%*	No cubierto
Medicamentos de marca	30%/farmacia preferida;* 50%/farmacia no preferida	No cubierto
Pedido por correo (suministro para 90 días)		
Medicamentos genéricos	30%	No cubierto
Medicamentos de marca	30%/farmacia preferida; 50%/farmacia no preferida	No cubierto

* Los medicamentos especializados genéricos y los medicamentos de marca preferidos están cubiertos al 50% y los medicamentos especializados de marca no preferidos no están cubiertos.

CUÁNTO PAGARÁ EN 2025	UPMC BUSINESS ADVANTAGE*
MÉDICO	Solo en la red
Deducible anual	\$500/individual \$1,000/familiar
Gasto máximo de bolsillo anual	\$4,000/individual \$8,000/familiar
Hospitalización	20%
Visitas al médico	\$20 por visita al PCP; \$40 por visita al especialista; sin deducible
Cuidado preventivo	\$0; sin deducible
Sala de emergencias	Copago de \$100 (se exime si es admitido); sin deducible
Centro de atención de urgencias	\$40; sin deducible
Cirugía ambulatoria	20%
Pruebas diagnósticas	20%
Terapia ambulatoria	\$40 por visita; con un máximo de 30 visitas; sin deducible
Equipo médico duradero	20%
Servicios de salud mental para pacientes ambulatorios	\$20 por visita, sin deducible
Servicios de salud mental para pacientes hospitalizados	20%
Exámenes físicos	\$0 examen de rutina; sin deducible
Exámenes de obstetricia/ginecología	\$0 examen de rutina; sin deducible
Mamografías	\$0 examen de rutina; sin deducible
Centro de enfermería especializada	20%; 120 días por período de beneficios
Audífonos	No cubierto
Atención dental	No cubierto
Exámenes de la visión/exámenes auditivos	No cubierto
Lentes recetados	No cubierto
MEDICAMENTOS RECETADOS	
Deducible anual	\$0
Máximo anual	Sin máximo
Farmacia minorista	
Medicamentos genéricos	\$8 (obligatoriamente genéricos)
Medicamentos de marca	\$38 por medicamentos preferidos; \$76 por medicamentos especializados y no preferidos
Pedido por correo (suministro para 90 días)	
Medicamentos genéricos	\$16 (obligatoriamente genéricos)
Medicamentos de marca	\$76 por medicamentos preferidos; \$152 por medicamentos no preferidos

* UPMC no está disponible en todos los condados.

CUÁNTO PAGARÁ EN 2025	AETNA PREMIER OPEN CHOICE PPO*	
MÉDICO	En la red	Fuera de la red
Deducible anual	\$300/individual \$600/familiar	\$500/individual \$1,000/familiar
Gasto máximo de bolsillo anual	\$6,600/individual \$13,200/familiar	\$10,000/individual \$20,000/familiar
Hospitalización	\$200 por día durante 5 días; después \$0	30%
Visitas al médico	\$15 por visita al PCP; \$40 por visita al especialista	30%
Cuidado preventivo	\$0; sin deducible	30%
Sala de emergencias	\$75; sin deducible (se exime si es admitido)	\$75; sin deducible (se exime si es admitido)
Centro de atención de urgencias	\$50; sin deducible	30%
Cirugía ambulatoria	\$150	30%
Pruebas diagnósticas	\$35 por radiografía/servicio de laboratorio; \$150 por imágenes complejas	30%
Terapia ambulatoria	\$40; la cobertura está sujeta a cambios según el tipo de terapia recibida	30%
Equipo médico duradero	20%	30%
Servicios de salud mental para pacientes ambulatorios	\$40; todos los demás servicios de salud mental \$0	30%
Servicios de salud mental para pacientes hospitalizados	\$200 por día durante 5 días; después \$0	30%
Exámenes físicos	0%; sin deducible; de rutina	30%
Exámenes de obstetricia/ginecología	0%; sin deducible; de rutina	30%
Mamografías	0%; sin deducible; de rutina	30%
Centro de enfermería especializada	\$200 por día durante 5 días; después \$0; con un límite de 100 días	30%
Audífonos (una vez cada 36 meses; \$1,000 máximo)	100% después de una asignación de \$1,000	30%
Atención dental	No cubierto	No cubierto
Exámenes de la visión/exámenes auditivos	Exámenes de la visión: \$0; sin deducible; 1 examen cada 12 meses; exámenes auditivos: \$40; 1 examen cada 24 meses	30%
Lentes recetados (una vez cada 24 meses)	100% después de una asignación de \$100	100% después de una asignación de \$100
MEDICAMENTOS RECETADOS		
Deducible anual	\$200/individual \$600/familiar	\$200/individual \$600/familiar
Máximo anual	Combinado con médico	Combinado con médico
Farmacia minorista		
Medicamentos genéricos	30%	50% después del copago aplicable
Medicamentos de marca	30%/en la farmacopea 50%/fuera de la farmacopea	50% después del copago aplicable
Pedido por correo (suministro para 90 días)		
Medicamentos genéricos	30%	No cubierto
Medicamentos de marca	30%/en la farmacopea 50%/fuera de la farmacopea	No cubierto

* Aetna solo está disponible en Nueva Jersey, Pensilvania y algunos condados de Florida, Delaware, Maryland y Nueva York.

Este folleto proporciona solo un resumen de los beneficios de estos planes. No proporciona detalles sobre lo que está cubierto o las limitaciones que pueden aplicarse. Se incluye más información en la Evidencia de cobertura (para miembros de un plan Medicare Advantage) o la Descripción de beneficios (para un plan para miembros que no son elegibles para Medicare). Además, puede llamar a la Unidad de Administración de HOP al 1-800-773-7725 y solicitar un paquete de información para cualquiera de estos planes.

Pennsylvania Public School Employees' Retirement System (PSERS)

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 1-800-773-7725. Someone who speaks English/Language 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 1-800-773-7725. 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 1-800-773-7725。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 1-800-773-7725。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 panggagamot. Upang makakuha ng tagasaling-wika, tawagan lamang kami sa 1-800-773-7725. 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 1-800-773-7725. 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 1-800-773-7725 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 1-800-773-7725. 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 1-800-773-7725 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 1-800-773-7725. 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 1-800-773-7725. 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 1-800-773-7725 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 1-800-773-7725. 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 1-800-773-7725. 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 1-800-773-7725. 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 1-800-773-7725. 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、 1-800-773-7725 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。