



BlueCross BlueShield  
of Oklahoma

# Resumen de beneficios

Blue Cross MedicareRx (PDP)<sup>SM</sup>

1 de enero de 2020-31 de diciembre de 2020

El presente folleto es un resumen de lo que cubrimos y de lo que usted paga. Este folleto no enumera cada servicio que cubrimos o cada limitación o exclusión. Si desea obtener una lista completa de los servicios que cubrimos, comuníquese con nosotros y solicite la "Evidencia de cobertura".

## Lista de inscripción previa

Antes de tomar la decisión de inscribirse, es importante que comprenda la totalidad de nuestros beneficios y nuestras disposiciones. Si tiene alguna consulta puede llamarnos y hablar con un representante de servicio al cliente al 1-888-285-2249 (TTY/TDD: 711). Estamos abiertos de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local, los 7 días de la semana. Si llama desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre, se utilizarán tecnologías alternativas (por ejemplo, correo de voz) los fines de semana y días feriados.

## Conozca los beneficios

- Revise la lista completa de beneficios que se encuentra en la Evidencia de cobertura (EOC), especialmente para aquellos servicios por los cuales rutinariamente consulta a un médico. Visite [www.getblueok.com/pdp](http://www.getblueok.com/pdp) o llame al 1-888-285-2249 para ver una copia de la EOC.
- Revise el *Directorio de farmacias* para asegurarse de que la farmacia que usa para cualquier medicamento con receta médica esté en la red. Si la farmacia no figura en el listado, es posible que deba elegir una nueva farmacia para sus medicamentos recetados.

## Conozca las disposiciones más importantes

- Además de su prima mensual de la cobertura, usted debe seguir pagando su prima de la Parte B de Medicare. Esta prima, por lo general se deduce mensualmente de su cheque de Seguridad Social.
- Los beneficios, las primas o los copagos/el coaseguro pueden cambiar el 1 de enero de 2021.

# INTRODUCCIÓN AL RESUMEN DE BENEFICIOS

1 de enero de 2020-31 de diciembre de 2020

	Blue Cross MedicareRx Basic (PDP) <sup>SM</sup>	Blue Cross MedicareRx Value (PDP) <sup>SM</sup>	Blue Cross MedicareRx Plus (PDP) <sup>SM</sup>
<b>Tiene opciones sobre cómo recibir sus beneficios con receta de Medicare</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Una opción es recibir los medicamentos con receta a través de una cobertura de medicamentos con receta de Medicare, como <b>Blue Cross MedicareRx Basic (PDP)</b>, <b>Blue Cross MedicareRx Value (PDP)</b>, o <b>Blue Cross MedicareRx Plus (PDP)</b>.</li> <li>• Otra opción es recibir su cobertura de medicamentos con receta a través de una cobertura Medicare Advantage (como un HMO o PPO) u otra cobertura de salud de Medicare que ofrece cobertura de medicamentos con receta de Medicare. Usted recibe toda la cobertura de su Parte A y su Parte B, y la cobertura de medicamentos con receta (Parte D) a través de estas coberturas.</li> </ul>		
<b>Consejos para comparar sus opciones de Medicare</b>	<p>Este folleto de Resumen de beneficios le brinda un resumen de lo que cubre <b>Blue Cross MedicareRx Basic (PDP)</b>, <b>Blue Cross MedicareRx Value (PDP)</b>, o <b>Blue Cross MedicareRx Plus (PDP)</b> y lo que usted paga.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Si quiere comparar nuestras coberturas con otras coberturas de medicamentos con receta, solicite a las otras coberturas sus folletos de Resumen de beneficios. O bien, utilice el Buscador de coberturas de Medicare en <a href="http://www.medicare.gov">http://www.medicare.gov</a>.</li> <li>• Si usted quiere saber más acerca de la cobertura y los costos de Original Medicare, busque en su Manual actualizado "<b>Medicare y usted</b>". También puede consultar esta información en el sitio web <a href="http://www.medicare.gov">http://www.medicare.gov</a> o solicitar una copia por teléfono llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.</li> </ul>		
<b>Secciones en este folleto</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cosas que debe saber sobre <b>Blue Cross MedicareRx Basic (PDP)</b></li> <li>• Prima mensual, deducible y límites en la suma a pagar por los servicios con cobertura</li> <li>• Beneficios de medicamentos con receta</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cosas que debe saber sobre <b>Blue Cross MedicareRx Value (PDP)</b></li> <li>• Prima mensual, deducible y límites en la suma a pagar por los servicios con cobertura</li> <li>• Beneficios de medicamentos con receta</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cosas que debe saber sobre <b>Blue Cross MedicareRx Plus (PDP)</b></li> <li>• Prima mensual, deducible y límites en la suma a pagar por los servicios con cobertura</li> <li>• Beneficios de medicamentos con receta</li> </ul>

	Blue Cross MedicareRx Basic (PDP) <sup>SM</sup>	Blue Cross MedicareRx Value (PDP) <sup>SM</sup>	Blue Cross MedicareRx Plus (PDP) <sup>SM</sup>
<b>Acceso Blue para asegurados</b>	<p>Visite <a href="http://www.bluememberok.com/pdp">www.bluememberok.com/pdp</a> para acceder a la información sobre su selección de la cobertura, lo que incluye lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Información sobre reclamaciones</li> <li>• Información sobre beneficios</li> <li>• Localizador de farmacias</li> </ul>		
<b>Horario de atención:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Desde el 1 de octubre al 31 de marzo, puede llamarnos los 7 días de la semana de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local.</li> <li>• Desde el 1 de abril al 30 de septiembre, puede llamarnos de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local.</li> </ul>		
<b>Números de teléfono y sitio web</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Si es asegurado de esta cobertura, llame al número gratuito 1-888-285-2249. (Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 711).</li> <li>• Si usted no es un asegurado de esta cobertura, llame al número gratuito 1-844-629-6889 (Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 711).</li> <li>• Nuestro sitio web: <a href="http://www.getblueok.com/pdp">www.getblueok.com/pdp</a></li> </ul>		
<b>¿Quién se puede inscribir?</b>	<p>Para unirse a <b>Blue Cross MedicareRx Basic (PDP)</b>, <b>Blue Cross MedicareRx Value (PDP)</b>, o <b>Blue Cross MedicareRx Plus (PDP)</b>, debe tener derecho a la Parte A de Medicare, o estar inscrito en la Parte B de Medicare y vivir en nuestra área de servicio.</p> <p>Nuestra área de servicio incluye el estado de Oklahoma.</p>		
<b>¿Qué medicamentos están cubiertos?</b>	<p>Puede ver la lista de medicamentos de la cobertura completa (lista de los medicamentos con receta de la Parte D) y cualquier restricción en nuestro sitio web <a href="http://www.getblueok.com/pdp">www.getblueok.com/pdp</a>.</p> <p>O bien llámenos y le enviaremos una copia de la Lista de medicamentos.</p>		
<b>¿Cómo determinaré los costos de mis medicamentos?</b>	<p>Nuestra cobertura agrupa cada medicamento en uno de cinco “niveles”. Deberá usar su Lista de medicamentos para ubicar en qué nivel está su medicamento para determinar cuánto le costará. El monto que pague dependerá del nivel del medicamento y la etapa del beneficio que ha alcanzado. Más adelante en este documento analizaremos las etapas de beneficios que ocurren después de que alcanza su deducible, si corresponde: Etapa de cobertura inicial, Etapa sin cobertura y Etapa de cobertura por eventos catastróficos.</p>		

	Blue Cross MedicareRx Basic (PDP) <sup>SM</sup>	Blue Cross MedicareRx Value (PDP) <sup>SM</sup>	Blue Cross MedicareRx Plus (PDP) <sup>SM</sup>
<p><b>¿Qué farmacias puedo usar?</b></p>	<p>Tenemos una red de farmacias y generalmente usted debe usar estas farmacias para surtir sus recetas por medicamentos cubiertos de la Parte D.</p> <p>Algunas de las farmacias de nuestra red tienen gastos compartidos preferidos. Usted puede pagar menos si usa estas farmacias.</p> <p>Puede ver el <i>Directorio de farmacias</i> de nuestra cobertura en nuestro sitio web <a href="http://www.getblueok.com/pdp">www.getblueok.com/pdp</a>.</p> <p>O llámenos y le enviaremos una copia del <i>Directorio de farmacias</i>.</p>		

# RESUMEN DE BENEFICIOS

1 de enero de 2020-31 de diciembre de 2020

	Blue Cross MedicareRx Basic (PDP) <sup>SM</sup>	Blue Cross MedicareRx Value (PDP) <sup>SM</sup>	Blue Cross MedicareRx Plus (PDP) <sup>SM</sup>
<b>PRIMA MENSUAL, DEDUCIBLE Y LÍMITES EN LA SUMA A PAGAR POR LOS SERVICIOS CON COBERTURA</b>			
<b>¿Cuánto es la prima mensual?</b>	\$40.90 por mes.	\$74.30 por mes.	\$138.10 por mes.
<b>Deducible de la Parte D</b>	\$435 por año para medicamentos con receta de la Parte D	\$435 por año para medicamentos con receta de la Parte D	Como la cobertura no tiene deducible para medicamentos con receta, esta etapa de pago no se aplica a usted.
<b>Cobertura inicial</b>	<p>Después de que usted paga su deducible anual, paga lo siguiente hasta que sus costos totales anuales por medicamentos alcancen \$4,020.</p> <p>Los costos totales anuales por medicamentos son los costos totales por medicamentos que son pagados por usted y nuestra cobertura de la Parte D.</p> <p>Es posible que obtenga sus medicamentos en farmacias en locales comerciales de la red y farmacias de pedido por correo.</p>	<p>Después de que usted paga su deducible anual, paga lo siguiente hasta que sus costos totales anuales por medicamentos alcancen \$4,020.</p> <p>Los costos totales anuales por medicamentos son los costos totales por medicamentos que son pagados por usted y nuestra cobertura de la Parte D.</p> <p>Es posible que obtenga sus medicamentos en farmacias en locales comerciales de la red y farmacias de pedido por correo.</p>	<p>Usted paga lo siguiente hasta que sus costos totales anuales por medicamentos alcancen \$4,020.</p> <p>Los costos totales anuales por medicamentos son los costos totales por medicamentos que son pagados por usted y nuestra cobertura de la Parte D.</p> <p>Es posible que obtenga sus medicamentos en farmacias en locales comerciales de la red y farmacias de pedido por correo.</p>

## Gastos compartidos durante la Etapa de cobertura inicial

Etapa de cobertura inicial: Farmacia en locales comerciales estándar			
	Blue Cross MedicareRx Basic (PDP) <sup>SM</sup>	Blue Cross MedicareRx Value (PDP) <sup>SM</sup>	Blue Cross MedicareRx Plus (PDP) <sup>SM</sup>
<b>Nivel 1: Genéricos preferidos</b>	<b>Suministro para un mes:</b> \$6 de copago	<b>Suministro para un mes:</b> \$5 de copago	<b>Suministro para un mes:</b> \$5 de copago
	<b>Suministro para tres meses:</b> \$18 de copago	<b>Suministro para tres meses:</b> \$15 de copago	<b>Suministro para tres meses:</b> \$15 de copago
<b>Nivel 2: Genéricos</b>	<b>Suministro para un mes:</b> \$9 de copago	<b>Suministro para un mes:</b> \$14 de copago	<b>Suministro para un mes:</b> \$7 de copago
	<b>Suministro para tres meses:</b> \$27 de copago	<b>Suministro para tres meses:</b> \$42 de copago	<b>Suministro para tres meses:</b> \$21 de copago
<b>Nivel 3: De marca preferida</b>	<b>Suministro para un mes:</b> 21% del costo total	<b>Suministro para un mes:</b> \$47 de copago	<b>Suministro para un mes:</b> \$35 de copago
	<b>Suministro para tres meses:</b> 21% del costo total	<b>Suministro para tres meses:</b> \$141 de copago	<b>Suministro para tres meses:</b> \$105 de copago
<b>Nivel 4: No preferidos o de marca no preferida</b>	<b>Suministro para un mes:</b> 34% del costo total	<b>Suministro para un mes:</b> 50% del costo total	<b>Suministro para un mes:</b> 45% del costo total
	<b>Suministro para tres meses:</b> 34% del costo total	<b>Suministro para tres meses:</b> 50% del costo total	<b>Suministro para tres meses:</b> 45% del costo total
<b>Nivel 5: Especializados</b>	<b>Suministro para un mes:</b> 25% del costo total	<b>Suministro para un mes:</b> 25% del costo total	<b>Suministro para un mes:</b> 33% del costo total
	<b>Suministro para tres meses:</b> 25% del costo total	<b>Suministro para tres meses:</b> 25% del costo total	<b>Suministro para tres meses:</b> 33% del costo total

**Etapa de cobertura inicial: Farmacia en locales comerciales preferida**

	<b>Blue Cross MedicareRx Basic (PDP)<sup>SM</sup></b>	<b>Blue Cross MedicareRx Value (PDP)<sup>SM</sup></b>	<b>Blue Cross MedicareRx Plus (PDP)<sup>SM</sup></b>
<b>Nivel 1: Genéricos preferidos</b>	<b>Suministro para un mes:</b> \$1 de copago	<b>Suministro para un mes:</b> \$0 de copago	<b>Suministro para un mes:</b> \$0 de copago
	<b>Suministro para tres meses:</b> \$3 de copago	<b>Suministro para tres meses:</b> \$0 de copago	<b>Suministro para tres meses:</b> \$0 de copago
<b>Nivel 2: Genéricos</b>	<b>Suministro para un mes:</b> \$4 de copago	<b>Suministro para un mes:</b> \$8 de copago	<b>Suministro para un mes:</b> \$2 de copago
	<b>Suministro para tres meses:</b> \$12 de copago	<b>Suministro para tres meses:</b> \$24 de copago	<b>Suministro para tres meses:</b> \$6 de copago
<b>Nivel 3: De marca preferida</b>	<b>Suministro para un mes:</b> 16% del costo total	<b>Suministro para un mes:</b> \$42 de copago	<b>Suministro para un mes:</b> \$30 de copago
	<b>Suministro para tres meses:</b> 16% del costo total	<b>Suministro para tres meses:</b> \$126 de copago	<b>Suministro para tres meses:</b> \$90 de copago
<b>Nivel 4: No preferidos o de marca no preferida</b>	<b>Suministro para un mes:</b> 29% del costo total	<b>Suministro para un mes:</b> 40% del costo total	<b>Suministro para un mes:</b> 35% del costo total
	<b>Suministro para tres meses:</b> 29% del costo total	<b>Suministro para tres meses:</b> 40% del costo total	<b>Suministro para tres meses:</b> 35% del costo total
<b>Nivel 5: Especializados</b>	<b>Suministro para un mes:</b> 25% del costo total	<b>Suministro para un mes:</b> 25% del costo total	<b>Suministro para un mes:</b> 33% del costo total
	<b>Suministro para tres meses:</b> 25% del costo total	<b>Suministro para tres meses:</b> 25% del costo total	<b>Suministro para tres meses:</b> 33% del costo total



**Etapa de cobertura inicial: Farmacia de pedido por correo estándar (un suministro de 90 días como máximo)**

	<b>Blue Cross MedicareRx Basic (PDP)<sup>SM</sup></b>	<b>Blue Cross MedicareRx Value (PDP)<sup>SM</sup></b>	<b>Blue Cross MedicareRx Plus (PDP)<sup>SM</sup></b>
<b>Nivel 1: Genéricos preferidos</b>	\$18 de copago	\$15 de copago	\$15 de copago
<b>Nivel 2: Genéricos</b>	\$27 de copago	\$42 de copago	\$21 de copago
<b>Nivel 3: De marca preferida</b>	21% del costo total	\$141 de copago	\$105 de copago
<b>Nivel 4: No preferidos o de marca no preferida</b>	34% del costo total	50% del costo total	45% del costo total
<b>Nivel 5: Especializados</b>	25% del costo total	25% del costo total	33% del costo total

**Etapa de cobertura inicial: Farmacia de pedido por correo preferida (un suministro de 90 días como máximo)**

	<b>Blue Cross MedicareRx Basic (PDP)<sup>SM</sup></b>	<b>Blue Cross MedicareRx Value (PDP)<sup>SM</sup></b>	<b>Blue Cross MedicareRx Plus (PDP)<sup>SM</sup></b>
<b>Nivel 1: Genéricos preferidos</b>	\$3 de copago	\$0 de copago	\$0 de copago
<b>Nivel 2: Genéricos</b>	\$12 de copago	\$24 de copago	\$6 de copago
<b>Nivel 3: De marca preferida</b>	16% del costo total	\$126 de copago	\$90 de copago
<b>Nivel 4: No preferidos o de marca no preferida</b>	29% del costo total	40% del costo total	35% del costo total
<b>Nivel 5: Especializados</b>	25% del costo total	25% del costo total	33% del costo total

**Etapa de cobertura inicial: Farmacias de atención a largo plazo y fuera de la red (suministro para un mes)**

	<b>Blue Cross MedicareRx Basic (PDP)<sup>SM</sup></b>	<b>Blue Cross MedicareRx Value (PDP)<sup>SM</sup></b>	<b>Blue Cross MedicareRx Plus (PDP)<sup>SM</sup></b>
<b>Atención a largo plazo, Niveles 1-5</b>	Si reside en una instalación a largo plazo, usted paga lo mismo que en una farmacia en locales comerciales.		
<b>Fuera de la red, Niveles 1-5</b>	Usted recibe los medicamentos de una farmacia fuera de la red al mismo costo que en una farmacia dentro de la red.		

**Etapa sin cobertura: Farmacia en locales comerciales estándar**

	<b>Blue Cross MedicareRx Basic (PDP)<sup>SM</sup></b>	<b>Blue Cross MedicareRx Value (PDP)<sup>SM</sup></b>	<b>Blue Cross MedicareRx Plus (PDP)<sup>SM</sup></b>
<p><b>Etapa sin cobertura</b></p>	<p>La mayoría de las coberturas de medicamentos de Medicare tienen una etapa sin cobertura (también denominada “vacío de cobertura”). Esto significa que hay un cambio temporal en lo que usted paga por sus medicamentos. La etapa sin cobertura comienza después de que el costo del medicamento total anual (incluido lo que nuestra cobertura ha pagado y lo que usted ha pagado) alcanza \$4,020.</p> <p>Después de que ingresa en la etapa sin cobertura, usted paga un 25% del costo de la cobertura por los medicamentos de marca cubiertos y un 25% del costo de la cobertura por los medicamentos genéricos cubiertos hasta que sus costos den un total de \$6,350, lo cual es el final de la etapa sin cobertura. No todos ingresarán en la etapa sin cobertura.</p>	<p>Su cobertura proporciona cobertura adicional hasta la etapa sin cobertura. Para el nivel 1, usted sigue pagando montos similares a los que pagaba en la Etapa de cobertura inicial.</p> <p>La mayoría de las coberturas de medicamentos de Medicare tienen una etapa sin cobertura (también denominada “vacío de cobertura”). Esto significa que hay un cambio temporal en lo que usted paga por sus medicamentos. La etapa sin cobertura comienza después de que el costo del medicamento total anual (incluido lo que nuestra cobertura ha pagado y lo que usted ha pagado) alcanza \$4,020.</p> <p>Después de que ingresa en la etapa sin cobertura, usted paga un 25% del costo de la cobertura por los medicamentos de marca cubiertos y un 25% del costo de la cobertura por los medicamentos genéricos cubiertos hasta que sus costos den un total de \$6,350, lo cual es el final de la etapa sin cobertura. No todos ingresarán en la etapa sin cobertura.</p>	<p>Su cobertura proporciona cobertura adicional hasta la etapa sin cobertura. Para el nivel 1, usted sigue pagando montos similares a los que pagaba en la Etapa de cobertura inicial.</p> <p>La mayoría de las coberturas de medicamentos de Medicare tienen una etapa sin cobertura (también denominada “vacío de cobertura”). Esto significa que hay un cambio temporal en lo que usted paga por sus medicamentos. La etapa sin cobertura comienza después de que el costo del medicamento total anual (incluido lo que nuestra cobertura ha pagado y lo que usted ha pagado) alcanza \$4,020.</p> <p>Después de que ingresa en la etapa sin cobertura, usted paga un 25% del costo de la cobertura por los medicamentos de marca cubiertos y un 25% del costo de la cobertura por los medicamentos genéricos cubiertos hasta que sus costos den un total de \$6,350, lo cual es el final de la etapa sin cobertura. No todos ingresarán en la etapa sin cobertura.</p>

## Etapa de cobertura por eventos catastróficos

	<b>Blue Cross MedicareRx Basic (PDP)<sup>SM</sup></b>	<b>Blue Cross MedicareRx Value (PDP)<sup>SM</sup></b>	<b>Blue Cross MedicareRx Plus (PDP)<sup>SM</sup></b>
<b>Etapa de cobertura por eventos catastróficos</b>	<p>Después de que sus costos anuales de gastos de bolsillo por medicamentos (incluidos los medicamentos comprados a través de su farmacia en locales comerciales y a través de pedidos por correo) alcancen \$6,350, usted paga la suma que sea mayor:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• 5% del costo total, o</li><li>• un copago de \$3.60 por medicamentos genéricos (incluidos los medicamentos de marca tratados como genéricos) y un copago de \$8.95 por todos los demás medicamentos.</li></ul>		



## BlueCross BlueShield of Oklahoma

Blue Cross and Blue Shield of Oklahoma cumple con las leyes de derechos civiles federales aplicables y no discrimina por motivo de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. Blue Cross and Blue Shield of Oklahoma no excluye a las personas ni las trata diferente por su raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo.

Blue Cross and Blue Shield of Oklahoma:

- Proporciona ayuda y servicios gratuitos a las personas con discapacidades para comunicarse de forma efectiva con nosotros, como:
  - Intérpretes calificados de lenguaje de señas
  - Información por escrito en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos)
- Proporciona servicios de idioma gratuitos a las personas cuyo idioma principal no es el inglés, como:
  - Intérpretes calificados
  - Información escrita en otros idiomas

Si necesita estos servicios, comuníquese con el Coordinador de Derechos Civiles.

Si usted cree que Blue Cross and Blue Shield of Illinois no le ha proporcionado estos servicios o lo ha discriminado de alguna otra manera por motivo de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, puede presentar una reclamación al: Civil Rights Coordinator, Office of Civil Rights Coordinator, 300 E. Randolph St., 35<sup>th</sup> floor, Chicago, Illinois 60601, 1-855-664-7270, TTY/TDD: 1-855-661-6965, Fax: 1-855-661-6960, [Civilrightscoordinator@hcsc.net](mailto:Civilrightscoordinator@hcsc.net). Puede presentar una reclamación en persona o por correo, fax o correo electrónico. Si necesita ayuda para presentar una reclamación, el Coordinador de Derechos Civiles está disponible para ayudarle.

También puede presentar una reclamación de derechos civiles ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos, Oficina de Derechos Civiles, de forma electrónica a través del Portal de Reclamaciones de la Oficina de Derechos Civiles, disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o por correo o teléfono al:

U.S. Department of Health and Human Services  
200 Independence Avenue, SW  
Room 509F, HHH Building  
Washington, D.C. 20201

1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD)

Los formularios de reclamación están disponibles en <http://www.hhs.gov/ocr/office/fix.html>.

Una División de Health Care Service Corporation, a Mutual Legal Reserve Company (HCSC), licenciataria independiente de Blue Cross and Blue Shield Association.

ATTENTION: If you speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-888-285-2249 (TTY: 711).

ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-888-285-2249 (TTY: 711).

CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 1-888-285-2249 (TTY: 711).

注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 1-888-285-2249 (TTY: 711)。

주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 1-888-285-2249 (TTY: 711) 번으로 전화해 주십시오.

ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung. Rufnummer: 1-888-285-2249 (TTY: 711).

ملحوظ: إذا كنت تتحدث اللغة العربية، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل رقم 1-888-285-2249 (رقم هاتف الصم والبكم: 711).

သတိပြုရန် - အကယ်၍ သင်သည် မြန်မာစကား ကို ပြောပါက၊ ဘာသာစကား အကူအညီ၊ အခမဲ့၊ သင့်အတွက် စီစဉ်ဆောင်ရွက်ပေးပါမည်။ ဖုန်းနံပါတ် 1-888-285-2249 (TTY: 711) သို့ ခေါ်ဆိုပါ။

LUS CEEV: Yog tias koj hais lus Hmoob, cov kev pab txog lus, muaj kev pab dawb rau koj. Hu rau 1-888-285-2249 (TTY: 711).

PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 1-888-285-2249 (TTY: 711).

ATTENTION: Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le 1-888-285-2249 (ATS: 711).

ໂປດຊາບ: ຖ້າວ່າ ທ່ານເວົ້າພາສາ ລາວ, ການບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາ, ໂດຍບໍ່ເສັຽຄ່າ, ແມ່ນມີພ້ອມໃຫ້ທ່ານ. ໂທ 1-888-285-2249 (TTY: 711).

เรียน: ถ้าคุณพูดภาษาไทยคุณสามารถใช้บริการช่วยเหลือทางภาษาได้ฟรี โทร 1-888-285-2249 (TTY: 711).

خبردار: اگر آپ اردو بولتے ہیں، تو آپ کو زبان کی مدد کی خدمات مفت میں دستیاب ہیں۔ کال کریں 1-888-285-2249 (TTY: 711).

Hagsesda: iyuhno hyiwoniha [tsalagi gawonihisdi]. Call 1-877-285-2249 (TTY: 711).

توجہ: اگر بہ زبان فارسی گفتگو می کنید، تسهیلات زبانی بہ صورت رایگان برای شما فراهم می باشد. با تماس بگیرید. 1-877-285-2249 (TTY: 711).





Esta información no es una descripción completa de los beneficios. Llame al 1-888-285-2249 (TTY/TDD:711) para obtener más información.

Las coberturas de medicamentos con receta son proporcionadas por Blue Cross and Blue Shield of Oklahoma, que hace referencia a HCSC Insurance Services Company (HISC), licenciataria independiente de Blue Cross and Blue Shield Association. Un patrocinador de la Parte D aprobado por Medicare. La inscripción en la cobertura de HISC depende de la renovación del contrato.