

- Provider Partners Illinois Advantage Plan (HMO I-SNP) (H3800-001)
- Provider Partners Maryland Advantage Plan (HMO I-SNP) (H8067-001)
- Provider Partners Missouri Advantage Plan (HMO I-SNP) (H9191-001)
- Provider Partners North Carolina Advantage Plan (HMO I-SNP) (H4439-001)
- Provider Partners Pennsylvania Advantage Plan (HMO I-SNP) (H4093-001)
- Provider Partners Texas Advantage Plan (HMO I-SNP) (H4054-001)

Este es un resumen de los servicios de salud y medicamentos que cubre Provider Partners Health Plans (HMO I-SNP) durante el año del plan: del 1 de enero de 2024 al 31 de diciembre de 2024. Este plan, Provider Partners Illinois Advantage Plan, Provider Partners Maryland Advantage Plan, Provider Partners Missouri Advantage Plan, Provider Partners North Carolina Advantage Plan, Provider Partners Pennsylvania Advantage Plan, Provider Partners Texas Advantage Plan (HMO I-SNP), es ofrecido por Provider Partners Health Plans. Siempre que encuentre las expresiones "nosotros", "para nosotros" o "nuestro" o "nuestra" en este Resumen de beneficios se refieren a Provider Partners Health Plans. Siempre que encuentre las expresiones "plan" o "nuestro plan," se refieren a Provider Partners Illinois Advantage Plan, Provider Partners Maryland Advantage Plan, Provider Partners Missouri Advantage Plan, Provider Partners North Carolina Advantage Plan, Provider Partners Pennsylvania Advantage Plan, Provider Partners Texas Advantage Plan (HMO I-SNP).

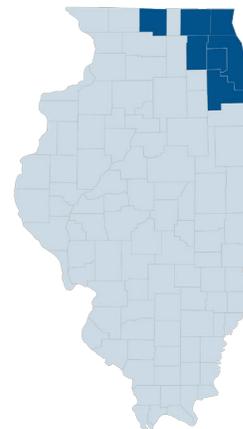
Provider Partners Health Plans (HMO I-SNP) es un plan para personas con necesidades especiales (SNP) de una Organización para el Mantenimiento de la Salud (HMO) que tiene un contrato con Medicare. La inscripción en Provider Partners Health Plans depende de la renovación del contrato.

Es posible que los beneficios, la prima, los copagos o los coseguros sean modificados el 1 de enero de cada año. Se pueden aplicar limitaciones, copagos y restricciones. La información proporcionada no es una descripción completa de los beneficios. Encuentre una lista completa de beneficios en la Evidencia de

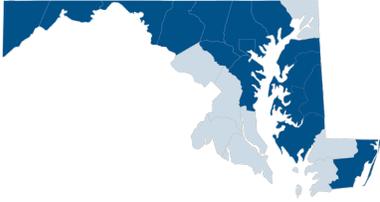
cobertura. Llame al Departamento de Servicio al Cliente al número 1-800-405-9681, o TTY 711, para recibir más información o visite nuestro sitio web en www.pphealthplan.com.

Para inscribirse en Provider Partners Health Plans (HMO I-SNP), debe tener derecho a la Parte A de Medicare, estar inscrito en la Parte B de Medicare y vivir en nuestra área de servicio. Este plan está disponible para toda persona con Medicare que alcance el nivel de cuidado de un centro de enfermería especializada (SNF) y que resida en un asilo de convalecencia contratado. Usted debe continuar pagando su prima de la Parte B de Medicare.

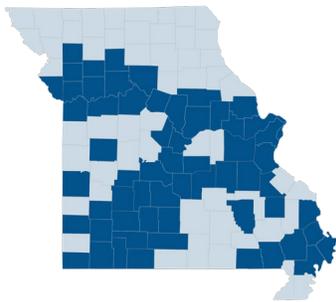
Nuestra área de servicio incluye los siguientes condados de Illinois (IL): Cook, DuPage, Kane, Lake, McHenry, Will y Winnebago.



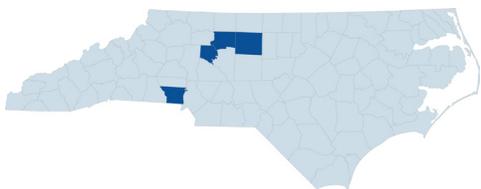
Nuestra área de servicio incluye los siguientes condados de Maryland (MD): Allegany, Anne Arundel, Baltimore, Baltimore City, Caroline, Carroll, Dorchester, Frederick, Garrett, Harford, Howard, Kent, Queen Anne's, Talbot, Washington y Worcester.



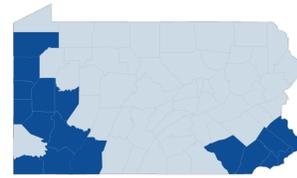
Nuestra área de servicio incluye los siguientes condados de Missouri (MO): Audrain, Barry, Boone, Butler, Caldwell, Callaway, Camden, Cape Girardeau, Carroll, Chariton, Christian, Clay, Clinton, Cole, Crawford, Dade, Dallas, DeKalb, Douglas, Franklin, Greene, Henry, Hickory, Howard, Jackson, Jasper, Jefferson, Laclede, Lafayette, Lawrence, Lincoln, Livingston, Madison, Maries, McDonald, Miller, Mississippi, Moniteau, Montgomery, New Madrid, Phelps, Platte, Polk, Pulaski, Ray, Reynolds, Ripley, St. Charles, St. Francois, St. Louis, St. Louis City, Saline, Scott, Stoddard, Stone, Taney, Vernon, Warren, Washington, Webster y Wright.



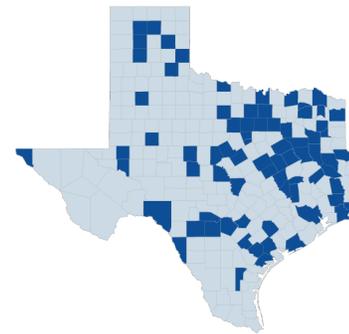
Nuestra área de servicio incluye los siguientes condados de Carolina del Norte (NC): Davie, Forsyth, Gaston y Guilford.



Nuestra área de servicio incluye los siguientes condados de Pennsylvania (PA): Allegheny, Armstrong, Beaver, Bucks, Butler, Chester, Crawford, Delaware, Fayette, Greene, Lancaster, Lawrence, Mercer, Montgomery, Philadelphia, Somerset y Westmoreland.



Nuestra área de servicio incluye los siguientes condados de Texas (TX): Anderson, Angelina, Bandera, Bexar, Brazos, Brown, Burnet, Cass, Cherokee, Collingsworth, Comanche, Concho, Cooke, Crane, Dallas, Delta, Denton, Ector, El Paso, Falls, Fannin, Freestone, Goliad, Gray, Gregg, Grimes, Guadalupe, Hall, Hamilton Hardin, Harris, Henderson, Hood, Hopkins, Howard, Hutchinson, Jefferson, Jim Wells, Karnes, Kaufman, Lavaca, Limestone, Lubbock, Madison, Matagorda, Maverick, McLennan, Medina, Midland, Moore, Nacogdoches, Navarro, Orange, Palo Pinto, Parker, Potter, Randall, Red River, Refugio, Robertson, Runnels, San Saba, Shelby, Smith, Somervell, Tarrant, Titus, Trinity, Tyler, Upshur, Uvalde, Val Verde, Victoria, Wichita, Wise y Young.



Excepto en situaciones de emergencia, si usted usa proveedores que no están en nuestra red, es posible que no paguemos esos servicios.

Si desea obtener información sobre la cobertura y los costos de Medicare Original, consulte la versión más reciente del manual "Medicare y Usted". Puede verlo en línea en www.medicare.gov o pedir una copia 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.

Este documento está disponible en otros formatos, como braille, en letras grandes o en audio.

Para obtener más información, llámenos al 1-800-405-9681 (los usuarios de TTY deben llamar al 711). El horario de atención es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo, y de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes, del 1 de abril al 30 de septiembre, o bien puede visitar www.pphealthplan.com.

Primas y beneficios	Provider Partners Health Plans HMO I-SNP
Prima mensual del plan <i>(incluye servicios médicos y medicamentos)</i>	Usted paga: IL: \$32.80 MD: \$41.30 MO: \$43.70 NC: \$46.90 PA: \$40.20 TX: \$28.40 Usted debe continuar pagando su prima de la Parte B de Medicare.
Deducible	Usted paga \$240, excepto por la insulina suministrada a través de un equipo médico duradero. Consulte la sección sobre medicamentos con receta para pacientes ambulatorios para conocer el deducible de la Parte D.
Máximo de gastos de bolsillo <i>(no incluye medicamentos con receta de la Parte D)</i>	Usted no paga más de \$8,850 al año. Este es el máximo que paga por año en concepto de copagos, coseguros y otros costos por servicios médicos.
Servicios hospitalarios para pacientes hospitalizados	Deducible de \$1,632 por cada período de beneficios. Días 1 a 60: \$0 después de pagar el deducible de la Parte A. Días 61 a 90: \$408 de copago cada día. Días 91 a 150: \$816 de copago cada día mientras utilice sus 60 días de reserva una vez en la vida. Después del día 150: Usted paga todos los costos. Pasados los días de reserva una vez en la vida: Usted paga todos los costos. Se pueden aplicar autorizaciones previas.
Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios	Usted paga el 20 % del costo total de los servicios con cobertura de Medicare.
Centro de cirugía ambulatoria (ASC)	Usted paga el 20 % del costo total de los servicios con cobertura de Medicare.
Visitas al médico • Cuidado primario • Especialistas	Usted paga el 20 % del costo total de los servicios con cobertura de Medicare. Usted paga el 20 % del costo total de los servicios con cobertura de Medicare.
Cuidado preventivo <i>(por ej., vacuna contra la gripe, pruebas de detección de la diabetes)</i>	Usted no paga nada. Hay otros servicios preventivos disponibles. Hay algunos servicios cubiertos que tienen costo.

Primas y beneficios	Provider Partners Health Plans HMO I-SNP
Cuidado de emergencia	<p>Usted paga el 20 % del costo total (hasta un máximo de \$100) por consulta.</p> <p>El coseguro no se cobra si es admitido en el mismo hospital dentro de las 24 horas por la misma afección.</p>
Servicios requeridos de urgencia	Usted paga el 20 % del costo total (hasta un máximo de \$55) por consulta.
<p>Servicios de diagnóstico, análisis de laboratorio y diagnóstico por imágenes</p> <ul style="list-style-type: none"> • Exámenes y procedimientos de diagnóstico • Servicios de laboratorio • Imágenes por resonancia magnética, tomografía por emisión de positrones, medicina nuclear • Radiografías 	<p>Usted paga el 20 % del costo total de los servicios con cobertura de Medicare.</p> <p>Usted paga el 20 % del costo total de los servicios con cobertura de Medicare.</p> <p>Usted paga el 20 % del costo total de los servicios con cobertura de Medicare.</p> <p>Usted paga el 20 % del costo total de los servicios con cobertura de Medicare. Se pueden aplicar autorizaciones previas.</p>
<p>Servicios para la audición</p> <ul style="list-style-type: none"> • Examen de audición de rutina • Aparatos auditivos 	<p>Usted paga 0 % del total del costo para un examen de audición de rutina por año.</p> <p>IL: Nuestro plan paga hasta \$1,000 cada 2 años para aparatos auditivos. El monto de \$1,000 aplica a ambos oídos en forma combinada.</p> <p>MD: Nuestro plan paga hasta \$1,000 cada 2 años para aparatos auditivos. El monto de \$1,000 aplica a ambos oídos en forma combinada.</p> <p>MO: Nuestro plan paga hasta \$1,000 cada 2 años para aparatos auditivos. El monto de \$1,000 aplica a ambos oídos en forma combinada.</p> <p>NC: Nuestro plan paga hasta \$2,000 cada 2 años para aparatos auditivos. El monto de \$2,000 aplica a ambos oídos en forma combinada.</p> <p>PA: Nuestro plan paga hasta \$1,000 cada 2 años para aparatos auditivos. El monto de \$1,000 aplica a ambos oídos en forma combinada.</p> <p>TX: Nuestro plan paga hasta \$1,000 cada 2 años para aparatos auditivos. El monto de \$1,000 aplica a ambos oídos en forma combinada.</p> <p>Usted paga el 20 % del costo total de los servicios con cobertura de Medicare. Llame al Servicio al Cliente o consulte la Evidencia de cobertura, Capítulo 4, para obtener más información sobre el beneficio de audición de rutina.</p>
<p>Servicios dentales</p> <ul style="list-style-type: none"> • Preventivo (como examen oral y limpieza) • Servicios dentales integrales complementarios 	<p>IL: Usted paga un copago de \$0 por servicios dentales integrales preventivos y complementarios. El beneficio anual es de \$3,000. Una vez que se haya agotado el máximo del beneficio anual combinado de \$3,000, usted es responsable de pagar cualquier cargo remanente.</p> <p>MD: Usted paga un copago de \$0 por servicios dentales integrales preventivos y complementarios. El beneficio anual es de \$5,000. Una vez que se haya agotado el máximo del beneficio anual combinado de \$5,000, usted es responsable de pagar cualquier cargo remanente.</p>

Servicios dentales (continuación)

MO: Usted paga un copago de \$0 por servicios dentales integrales preventivos y complementarios. El beneficio anual es de \$3,500. Una vez que se haya agotado el máximo del beneficio anual combinado de \$3,500, usted es responsable de pagar cualquier cargo remanente.

NC: Usted paga un copago de \$0 por servicios dentales integrales preventivos y complementarios. El beneficio anual es de \$3,000. Una vez que se haya agotado el máximo del beneficio anual combinado de \$3,000, usted es responsable de pagar cualquier cargo remanente.

PA: Usted paga un copago de \$0 por servicios dentales integrales preventivos y complementarios. El beneficio anual es de \$1,500. Una vez que se haya agotado el máximo del beneficio anual combinado de \$1,500, usted es responsable de pagar cualquier cargo remanente.

TX: Usted paga un copago de \$0 por servicios dentales integrales preventivos y complementarios. El beneficio anual es de \$5,000. Una vez que se haya agotado el máximo del beneficio anual combinado de \$5,000, usted es responsable de pagar cualquier cargo remanente.

Usted paga el 20 % del costo total de los servicios con cobertura de Medicare. Llame al Servicio al Cliente o consulte la Evidencia de cobertura, Capítulo 4, para obtener más información sobre el beneficio dental de rutina.

Servicios para la vista

- Exámenes de la vista con cobertura de Medicare
- Lentes y accesorios cubiertos por Medicare
- Examen de la vista de rutina
- Lentes y accesorios complementarios

Usted paga 0 % del total del costo para un examen de la vista de rutina por año.

Usted paga el 20 % del costo total de los servicios con cobertura de Medicare.

Usted paga el 20 % del costo total de lentes (cristales y marcos) o lentes de contacto con cobertura de Medicare luego de una cirugía de cataratas.

IL: \$150 de cobertura máxima del plan para lentes y accesorios de rutina por año

MD: \$150 de cobertura máxima del plan para lentes y accesorios de rutina por año

MO: \$150 de cobertura máxima del plan para lentes y accesorios de rutina por año

NC: \$300 de cobertura máxima del plan para lentes y accesorios de rutina por año

PA: \$150 de cobertura máxima del plan para lentes y accesorios de rutina por año

TX: \$150 de cobertura máxima del plan para lentes y accesorios de rutina por año

Llame al Servicio al Cliente o consulte la Evidencia de cobertura, Capítulo 4, para obtener más información sobre el beneficio de la vista de rutina.

Servicios de salud mental

- Consulta como paciente hospitalizado
- Visita de terapia de grupo/terapia individual como paciente ambulatorio

Deducible de \$1,632 por cada período de beneficios.

Días 1 a 60: \$0 después de pagar el deducible de la Parte A.

Días 61 a 90: \$408 de copago cada día.

Días 91 a 150: \$816 de copago cada día mientras utilice sus 60 días de reserva una vez en la vida.

Después del día 150: Usted paga todos los costos.

Pasados los días de reserva una vez en la vida: Usted paga todos los costos.

Se pueden aplicar autorizaciones previas.

Usted paga el 20 % del costo total de los servicios con cobertura de Medicare.

Primas y beneficios	Provider Partners Health Plans HMO I-SNP
Centro de enfermería especializada	<p>Usted paga \$0 por servicios en un centro de enfermería especializada.</p> <p>Se pueden aplicar autorizaciones previas.</p>
Fisioterapia	<p>Usted paga el 0 % del costo total de los servicios con cobertura de Medicare.</p> <p>Se pueden aplicar autorizaciones previas.</p>
Ambulancia	<p>Usted paga el 20 % del costo total de cada viaje en una sola dirección en ambulancia con cobertura de Medicare.</p>
Transporte	<p>IL: Usted paga \$0 de copago por hasta 28 viajes en una sola dirección cada año para lugares relacionados con la salud, a través de un taxi, traslados compartidos, una camioneta o un transporte médico.</p> <p>MD: Usted paga \$0 de copago por hasta 28 viajes en una sola dirección cada año para lugares relacionados con la salud, a través de un taxi, traslados compartidos, una camioneta o un transporte médico.</p> <p>MO: Usted paga \$0 de copago por hasta 30 viajes en una sola dirección cada año para lugares relacionados con la salud, a través de un taxi, traslados compartidos, una camioneta o un transporte médico. Este beneficio les permite a los miembros estar acompañados por una asistencia médica si el miembro así lo decide.</p> <p>NC: Usted paga \$0 de copago por hasta 36 viajes en una sola dirección cada año para lugares relacionados con la salud, a través de un taxi, traslados compartidos, una camioneta o un transporte médico.</p> <p>PA: Usted paga \$0 de copago por hasta 36 viajes en una sola dirección cada año para lugares relacionados con la salud, a través de un taxi, traslados compartidos, una camioneta o un transporte médico.</p> <p>TX: Usted paga \$0 de copago por hasta 28 viajes en una sola dirección cada año para lugares relacionados con la salud, a través de un taxi, traslados compartidos, una camioneta o un transporte médico.</p> <p>Llame a Servicio al Cliente o consulte la Evidencia de cobertura, Capítulo 4, para obtener más información sobre este beneficio.</p>
Medicamentos de la Parte B de Medicare	<p>Puede pagar entre el 0 % y el 20 % por los medicamentos de quimioterapia/radiación de la Parte B de Medicare y los medicamentos de la Parte B de Medicare.</p> <p>Disposición sobre el ajuste del coseguro de los medicamentos reembolsables de la Parte B: a partir del 1 de abril de 2023, se reducirá el coseguro de los medicamentos reembolsables de la Parte B si el precio del medicamento ha aumentado a un ritmo superior a la tasa de inflación. La lista de medicamentos reembolsables de la Parte B, así como el coseguro efectivo de dichos medicamentos, podrían cambiar cada trimestre. Los medicamentos reembolsables de la Parte B pueden pertenecer a cualquiera de las categorías "Servicios de administración de quimioterapia, incluidos los medicamentos de quimioterapia/radiación" u "Otros medicamentos" cubiertos por la Parte B de Medicare original.</p> <p>Límite de costo compartido de insulina de la Parte B: la insulina suministrada en virtud de la Parte B a partir del 1 de julio de 2023, a través de un equipo médico duradero (es decir, una bomba de insulina tradicional médicamente necesaria), estará sujeta a un límite de coseguro por el suministro de un mes de dicha insulina (que no supere los \$35 y no se aplicará el deducible de la Parte B de Medicare).</p> <p>Puede pagar entre un 0 % y un 20 % (con un máximo de \$35) por la insulina al mes.</p>

Primas y beneficios	Provider Partners Health Plans HMO I-SNP
Terapia del habla/terapia ocupacional	Usted paga el 0 % del costo total de los servicios con cobertura de Medicare. Se pueden aplicar autorizaciones previas.
Cuidado de los pies (servicios de podiatría) • Cuidado de los pies de rutina • Cuidado de los pies con cobertura de Medicare	<p>IL: Usted paga un copago de \$0 por hasta 5 visitas de rutina cada año.</p> <p>MD: Usted paga un copago de \$0 por hasta 4 visitas de rutina cada año.</p> <p>MO: Usted paga un copago de \$0 por hasta 6 visitas de rutina cada año.</p> <p>NC: Usted paga un copago de \$0 por hasta 6 visitas de rutina cada año.</p> <p>PA: Usted paga un copago de \$0 por hasta 4 visitas de rutina cada año.</p> <p>TX: Usted paga un copago de \$0 por hasta 6 visitas de rutina cada año.</p> <p>Usted paga el 20 % del costo total de los servicios con cobertura de Medicare.</p> <p>Llame al Servicio al Cliente o consulte la Evidencia de cobertura, Capítulo 4, para obtener más información sobre el beneficio de podiatría de rutina.</p>
Beneficio de productos de venta sin receta (OTC)	<p>Limitado a una asignación cada trimestre para medicamentos específicos sin receta y otros productos relacionados con la salud que figuran en el catálogo de artículos de venta sin receta.</p> <p>IL: \$230 de asignación cada trimestre</p> <p>MD: \$75 de asignación cada trimestre</p> <p>MO: \$90 de asignación cada trimestre</p> <p>NC: \$210 de asignación cada trimestre</p> <p>PA: \$95 de asignación cada trimestre</p> <p>TX: \$110 de asignación cada trimestre</p>

Otro

Productos de venta sin receta (OTC) (continuación)	<p>Todo beneficio sin usar vence al final de cada cuatrimestre y no se puede extender al cuatrimestre siguiente.</p> <p>Llame a Servicio al Cliente o consulte la Evidencia de cobertura, Capítulo 4, para obtener más información sobre el beneficio de medicamentos de venta sin receta.</p>
Beneficio complementario de Equipo médico duradero (DME) - Sillas de ruedas	<p>IL: Usted paga \$0 por una asignación de \$1000 para sillas de rueda cubiertas una vez cada 5 años.</p> <p>MO: Usted paga \$0 por una asignación de \$1000 para sillas de rueda cubiertas una vez cada 5 años.</p> <p>Llame a Servicio al Cliente o consulte la Evidencia de cobertura, Capítulo 4, para obtener más información sobre este beneficio. Se pueden aplicar autorizaciones previas.</p>
Beneficios complementarios especiales para enfermos crónicos - Salón de belleza	<p>TX: La Visita a un salón de belleza ofrece una asignación máxima anual de \$100 para un salón de belleza o barbería.</p> <p>Este beneficio aplica a miembros con una o más afecciones crónicas. Parte de los beneficios complementarios especiales; no todos los miembros califican. Llame al Servicio al Cliente o consulte la Evidencia de cobertura, Capítulo 4, para obtener más información sobre el beneficio de Salón de belleza.</p>

Beneficios de farmacia para medicamentos con receta

Deducible	Usted paga \$545.		
	Suministro de 30 días para receta de farmacia minorista	Suministro de 30 días para receta de farmacia minorista estándar	Orden por correo de suministro para 30 días
Cobertura inicial Nivel 1: Todos los medicamentos cubiertos de la Parte D	Usted paga el 25 % del costo total de los medicamentos Usted paga \$35 por suministro de un mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel.	Usted paga el 25 % del costo total de los medicamentos Usted paga \$35 por suministro de un mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel.	Usted paga el 25 % del costo total de los medicamentos Usted paga \$35 por suministro de un mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel.
Nivel de vacuna	Usted paga \$0 por vacunas contra la neumonía, la gripe, la hepatitis B y el COVID-19. Para obtener más información sobre las vacunas, consulte la Evidencia de cobertura.		
Etapa sin Cobertura	Usted paga el 25 % del costo total de los medicamentos genéricos o de marca.		
Etapa de cobertura de gastos médicos mayores (<i>después de que usted o alguien en su nombre paguen \$8,000</i>) • Medicamentos genéricos • Medicamentos de marca	Usted no paga nada.		

Mensaje importante sobre lo que paga por las vacunas - Nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas de la Parte D sin costo alguno para usted, incluso si no ha alcanzado su deducible. Para obtener más información, llame al Servicio al Cliente.

Mensaje importante sobre lo que paga por la insulina - No pagará más de \$35 por un suministro de un mes de cada producto de insulina cubierto por nuestro plan, independientemente del nivel de costo compartido en el que se encuentre, incluso si no ha alcanzado su deducible.

AVISO SOBRE NO DISCRIMINACIÓN

La discriminación está prohibida por la ley

Provider Partners cumple con las leyes federales vigentes sobre derechos civiles y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, sexo (incluido el embarazo, orientación e identidad de género), edad o discapacidad. Health Partners Medicare no excluye a las personas ni las trata de forma diferente debido a la raza, color, nacionalidad, sexo (incluida la orientación sexual y la identidad de género), edad o discapacidad.

Provider Partners Health Plans proporciona ayudas y servicios gratuitos a las personas con discapacidades para que se comuniquen con nosotros de manera eficaz, como:

- Intérpretes de lenguaje de señas calificados
- Información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles y otros formatos)

Provider Partners Health Plans ofrece servicios gratuitos en otros idiomas a las personas cuya lengua materna no es el inglés, como:

- Intérpretes calificados
- Información escrita en otros idiomas

Si necesita estos servicios, comuníquese con el Servicio al Cliente al 1-800-405-9681 (los usuarios de TTY deben llamar al 711), en el horario de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo; y de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes, del 1 de abril al 30 de septiembre.

Si usted cree que Provider Partners Health Plans no le prestó estos servicios o le discriminó de otro modo por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo (incluidos el embarazo, la orientación sexual y la identidad de género), puede presentar una queja formal ante:

Por correo: Provider Partners Health Plans Compliance Officer
785 Elkridge Landing Rd, Suite #300
Linthicum Heights, MD 21090

Teléfono: 1-833-213-0636

Fax: 1-844-570-7811

Correo electrónico: compliance@pphealthplan.com

Puede presentar una queja formal en persona, o bien, por correo, fax o correo electrónico. Si necesita ayuda para presentar una queja formal, el responsable de cumplimiento de Provider Partners Health Plans se encuentra a su disposición para ayudarle.

También puede presentar una queja sobre derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos por vía electrónica a través del portal de quejas de la Oficina de Derechos Civiles, disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o por correo o teléfono: U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue SW., Room 509F, HHH Building, Washington, DC 20201, 1-800-368-1019, 1-800-537-7697 (TDD).

Los formularios de queja están disponibles en <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

SERVICIOS DE INTERPRETACIÓN EN OTROS IDIOMAS

English

We have free interpreter services to answer any questions you may have about our health or drug plan. To get an interpreter, just call us at 1-800-405-9681. Someone who speaks English/Language can help you. This is a free service.

Español (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 1-800-405-9681. Alguien que hable español le podrá ayudar. Este es un servicio gratuito.

(Chinese Mandarin)

我提供免費的翻譯服務，幫助解答關於健康或藥物保險的任何疑問。如果您需要此翻譯服務，請致電 1-800-405-9681。我的中文工作人員很樂意幫助您。這是一項免費服務。

(Chinese Cantonese)

對我們的健康或藥物保險可能存有疑問，此我們提供免費的翻譯服務。如需翻譯服務，請致電 1-800-405-9681。我們講中文的人員將樂意提供幫助。這是一項免費服務。

Tagalog (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 1-800-405-9681. Maaari kayong tulungan ng isang nakakapagsalita ng Tagalog. Ito ay libreng serbisyo.

Français (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 1-800-405-9681. Un interlocuteur parlant Français pourra vous aider. Ce service est gratuit.

Tiếng Việt (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 1-800-405-9681 (TTY 711). sẽ có nhân viên nói tiếng Việt giúp đỡ quý vị. Đây là dịch vụ miễn phí.

(German) Unser kostenloser Dolmeterservice beantwortet Ihren Fragen zu unserem Gesundheits- und Arzneimittelplan. Unsere Dolmetscher erreichen Sie unter 1-800-405-9681. Man wird Ihnen dort auf Deutsch weiterhelfen. Dieser Service ist kostenlos.

한국어 (Korean)

당사는 의료 보험 또는 약품 보험에 관한 질문에 대해 드리고자 무료 통역 서비스를 제공하고 있습니다. 통역 서비스를 이용하려면 전화 1-800-405-9681. 번으로 문의해 주십시오. 한국어를 하는 담당자가 도와 드릴 것입니다. 이 서비스는 무료로 운영됩니다.

Provider Partners Health Plans

785 Elkridge Landing Road, Suite #300 | Linthicum Heights, MD 21090
1-800-405-9681 (TTY 711) | www.pphealthplan.com

Русский (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 1-800-405-9681. Вам окажет помощь сотрудник, который говорит по-русски. Данная услуга бесплатная.

(Arabic) العربية

إننا نقدم خدمات المترجم الفوري المجانية للإجابة عن أي أسئلة تتعلق بالصحة أو جدول الأدوية لدينا. للحصول على مترجم فوري، ليس عليك سوى الاتصال بنا على 1-800-405-9681. 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 1-800-405-9681 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 1-800-405-9681. Un nostro incaricato che parla Italiano vi fornirà l'assistenza necessaria. È un servizio gratuito.

Português (Portugese)

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 1-800-405-9681. Irá encontrar alguém que fale o idioma Português para o ajudar. Este serviço é gratuito.

Kreyòl Ayisyen (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 1-800-405-9681. Yon moun ki pale Kreyòl kapab ede w. Sa a se yon sèvis ki gratis.

Polski (Polish)

Umożliwiamy bezpłatnie 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 1-800-405-9681. 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 1-800-405-9681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。

