

Resumen *de* Beneficios *para* 2018

Health Net Ruby (HMO)

Condados de Clackamas, Lane, Multnomah y Washington, OR

H6815-003-001



Los beneficios entran en vigencia a partir del 1 de enero de 2018
Health Net Health Plan of Oregon, Inc.
H6815_18_3077SB_B_4424_SPN Accepted 10032017



Este folleto le proporciona un resumen de lo que cubrimos y sus costos compartidos. No enumera cada servicio que cubrimos ni tampoco cada limitación o exclusión. Para obtener una lista completa de los servicios que cubrimos, llámenos al número que aparece en la última página y solicite la “Evidencia de Cobertura” (por sus siglas en inglés, EOC), o puede acceder a la EOC en nuestro sitio web <https://or.healthnetadvantage.com>.

Usted es elegible para inscribirse en Health Net Ruby (HMO) en los siguientes casos:

- Si tiene derecho a Medicare Parte A y está inscrito en Medicare Parte B. Los afiliados deben seguir pagando la prima de Medicare Parte B si esta no se paga de otra forma conforme a Medicaid o por un tercero.
- Debe ser un ciudadano de los Estados Unidos o vivir legalmente en los Estados Unidos y tener residencia permanente en el área de servicio del plan (en otras palabras, su residencia permanente se encuentra dentro del condado del área de servicio de Health Net Ruby [HMO]). Nuestra área de servicios incluye los siguientes condados de Oregón: condados de Clackamas, Lane, Multnomah y Washington.
- No tiene enfermedad renal en etapa terminal (por sus siglas en inglés, ESRD). (Se pueden aplicar excepciones para las personas que desarrollen la ESRD mientras estén inscritos en un plan de salud grupal o comercial de Health Net o en un plan de Medicaid).

El plan Health Net Ruby (HMO) le brinda acceso a nuestra red de proveedores médicos altamente capacitados en su área. Puede esperar elegir un proveedor de atención primaria (por sus siglas en inglés, PCP) para que trabaje con usted y coordine su atención. Puede solicitar un directorio de proveedores actual o una lista actualizada de proveedores de la red si visita <https://or.healthnetadvantage.com>. (Tenga en cuenta que, excepto la atención de emergencia, la atención requerida de urgencia cuando se encuentra fuera de la red, los servicios de diálisis fuera del área y los casos en los que nuestro plan autorice el uso de proveedores fuera de la red, si obtiene atención médica de proveedores fuera del plan, ni Medicare ni Health Net serán responsables de los costos).

Puede ver nuestro directorio de proveedores del plan en nuestro sitio web, <https://or.healthnetadvantage.com>.

Este plan (HMO) de Health Net también incluye cobertura de la Parte D, que le brinda la comodidad de coordinar sus necesidades médicas y de medicamentos que requieren receta médica a través de una única fuente conveniente.

RESUMEN DE BENEFICIOS

1 de enero de 2018 - 31 de diciembre de 2018

Primas y Beneficios	Health Net Ruby (HMO)
Prima mensual del plan, incluye la prima de la Parte C y la Parte D	\$0 Usted debe continuar pagando la prima de Medicare Parte B.
Deducible	\$0 por servicios de la Parte C Deducible de \$125 por los medicamentos que requieren receta médica de la Parte D (se aplica a los medicamentos en los niveles 3 a 5).
Responsabilidad de desembolso máximo (no incluye medicamentos que requieren receta médica)	\$3,400 por año Este es el máximo que pagará por los copagos y coseguro por servicios médicos en el año. No todos los servicios cubiertos se aplican al desembolso máximo. Para obtener más información, consulte la Evidencia de Cobertura (EOC) del plan. Deberá continuar pagando el costo compartido por sus medicamentos que requieren receta médica de la Parte D.
Cobertura de atención hospitalaria para pacientes internados	Copago de \$450 por día para los días del 1 al 4 Copago de \$0 por día para los días del 5 al 90 <i>Es posible que se requiera autorización previa (aprobación por adelantado).</i>
Hospital para Pacientes Ambulatorios (incluidos los servicios proporcionados en centros hospitalarios para pacientes ambulatorios y centros quirúrgicos ambulatorios)	• Consulta hospitalaria (incluidas las inyecciones epidurales): copago de \$325 por cada consulta • Consulta en un centro quirúrgico ambulatorio (incluidas las inyecciones epidurales): copago de \$250 por cada consulta <i>Es posible que se requiera autorización previa (aprobación por adelantado).</i>

Primas y Beneficios	Health Net Ruby (HMO)
Consultas con el Médico	- Atención primaria: copago de \$0 por cada consulta - Especialista: copago de \$35 por cada consulta <i>Es posible que algunos servicios de especialistas requieran autorización previa (aprobación por adelantado).</i>
Atención Preventiva	Copago de \$0 por los servicios preventivos cubiertos por Medicare por un costo compartido de cero Para todos los servicios preventivos que tienen cobertura sin costo en virtud de Original Medicare, también cubrimos el servicio sin costo para usted. Es posible que se apliquen costos compartidos cuando otros servicios se reciben además de los servicios preventivos. <i>Es posible que algunos servicios requieran autorización previa (aprobación por adelantado).</i>
Atención de Emergencia	Copago de \$80 por cada consulta Si es admitido en el hospital dentro de las 24 horas, no debe pagar su parte de los costos de la atención de emergencia.
Servicios Requeridos de Urgencia	Copago de \$25 por cada consulta Si es admitido en el hospital dentro de las 24 horas, no debe pagar su parte de los costos de la atención de emergencia.
Servicios de diagnóstico/pruebas de laboratorio/diagnóstico por imágenes	- Servicios de Laboratorio: copago de \$0 - Pruebas y procedimientos de diagnóstico: coseguro del 20 % - Electrocardiograma: coseguro del 0 % - Rayos X para pacientes ambulatorios: Copago de \$20 - Servicios de radiología de diagnóstico (como imágenes por resonancia magnética [por sus siglas en inglés, MRI], angiografía por resonancia magnética [por sus siglas en inglés, MRA], tomografía computarizada [por sus siglas en inglés, CT], tomografía por emisión de positrones [por sus siglas en inglés, PET]): coseguro del 20 % - Servicios de Radiología Terapéutica (como tratamiento de radiación para el cáncer): coseguro del 20 % <i>Es posible que algunos servicios requieran autorización previa (aprobación por adelantado).</i>

Primas y Beneficios	Health Net Ruby (HMO)
Servicios de Audición	Examen auditivo (cubierto por Medicare): copago de \$35 por cada consulta Los servicios cubiertos de Medicare incluyen un examen para diagnosticar y tratar problemas de audición y equilibrio. Hay disponibles beneficios auditivos adicionales por una prima extra. Consulte la sección de beneficios suplementarios opcionales. <i>Es posible que algunos servicios requieran autorización previa (aprobación por adelantado).</i>
Servicios Dentales	Servicios dentales (cubiertos por Medicare): copago de \$35 por cada consulta Servicios cubiertos por Medicare: Servicios dentales limitados (no incluyen servicios relacionados con la atención, el tratamiento, el empaste, la extracción ni el reemplazo de dientes). <i>Es posible que algunos servicios requieran autorización previa (aprobación por adelantado).</i> Los beneficios dentales preventivos o integrales adicionales se encuentran disponibles por una prima adicional. Consulte la sección de beneficios suplementarios opcionales.
Servicios de la vista	- Exámenes de la vista para diagnosticar y tratar enfermedades y afecciones de la vista (cubierto por Medicare): copago de \$10 por cada consulta - Examen anual de detección de glaucoma (cubierto por Medicare): copago de \$0 - Anteojos o lentes de contacto después de una cirugía de cataratas (cubiertos por Medicare): copago de \$0 - Examen de la vista de rutina (no cubierto por Medicare): copago de \$10 por cada consulta (hasta 1 por año calendario) - Lentes y accesorios de rutina (no cubiertos por Medicare): asignación de hasta \$250 para lentes de contacto o anteojos (marcos y lentes) cada 2 años Nuestro plan paga hasta \$250 cada 2 años calendario por lentes y accesorios de rutina (no cubiertos por Medicare). <i>Es posible que algunos servicios requieran autorización previa (aprobación por adelantado).</i>

Primas y Beneficios	Health Net Ruby (HMO)
Servicios de Salud Mental	Pacientes ambulatorios: copago de \$35 por cada consulta Pacientes internados: copago de \$315 por día para los días 1 al 5; copago de \$0 por día para los días 6 al 90 <i>Es posible que algunos servicios requieran autorización previa (aprobación por adelantado).</i>
Centro de Enfermería Especializada	Por cada período de beneficios, usted paga: • Copago de \$0 por día para los días 1 a 20 • Copago de \$150 por día para los días del 21 al 100 <i>Es posible que se requiera autorización previa (aprobación por adelantado).</i>
Fisioterapia	Copago de \$30 por cada consulta <i>Es posible que se requiera autorización previa (aprobación por adelantado).</i>
Ambulancia	Copago de \$350 El costo es por cada viaje de ida o de vuelta para servicios de ambulancia cubiertos por Medicare. <i>Se requiere autorización previa (aprobación por adelantado) para servicios de ambulancia que no son de emergencia.</i>
Transporte	Sin cobertura
Medicamentos de Medicare Parte B	• Medicamentos de quimioterapia: coseguro del 20 % • Otros medicamentos de la Parte B: coseguro del 20 % <i>Es posible que algunos servicios requieran autorización previa (aprobación por adelantado).</i>

Primas y Beneficios	Health Net Ruby (HMO)
Programas de Bienestar	- Programa de acondicionamiento físico: copago de \$0 El plan cubre una membresía básica para el acondicionamiento físico en centros de acondicionamiento físico participantes, los afiliados también pueden solicitar un programa de acondicionamiento físico en el hogar. - Línea de consulta con enfermeras atendida las 24 horas: copago de \$0 Puede llamar a la línea directa de enfermería las 24 horas del día, los 365 días del año, para hacer preguntas sobre su salud. - Programas para dejar de fumar y de consumir tabaco (cubierto por Medicare) (asesoramiento para dejar de fumar o abandonar el consumo de tabaco): copago de \$0 Sesiones adicionales de asesoramiento para dejar de fumar y utilizar tabaco: copago de \$0 para sesiones adicionales ilimitadas. Asesoramiento para dejar de fumar por Internet y por vía telefónica a cargo de médicos capacitados. Incluye orientación sobre las medidas para realizar cambios, planificación, asesoramiento y educación: Evaluación exhaustiva y planes personalizados para dejar de fumar, hasta 4 llamadas de asesoramiento personalizadas y proactivas, línea gratuita ilimitada para hablar con un instructor para dejar de fumar, acceso ilimitado a una comunidad en línea que ofrece herramientas de aprendizaje virtual, apoyo social e información sobre dejar de fumar, y apoyo para tomar decisiones con respecto al tipo, dosis y uso del medicamento. Si desea obtener una lista detallada de los beneficios de los programas de bienestar que se ofrecen, consulte la Evidencia de Cobertura.

Medicamentos que requieren receta médica para pacientes ambulatorios

Etapas del deducible	Deducible de \$125. El deducible no se aplica a los niveles 1, 2 y 6.			
Etapas de cobertura Inicial (después de pagar su deducible de la Parte D, si corresponde)	El Costo Compartido puede cambiar según la farmacia que elija (p. ej., farmacia de venta minorista preferida, de venta minorista estándar, de compra por correo, de atención a largo plazo o de infusión en el hogar), y cuando ingresa a otra de las cuatro etapas del beneficio de la Parte D. Puede obtener los medicamentos de una farmacia fuera de la red al mismo costo que el precio estándar en una farmacia de la red.			
		Receta de suministro para 30 días	Receta de suministro para 30 días	Compra por Correo suministro de 90 días
	Nivel 1: medicamentos genéricos preferidos	Copago de \$3	Copago de \$8	Copago de \$6
	Nivel 2: medicamentos genéricos	Copago de \$8	Copago de \$15	Copago de \$16
	Nivel 3: medicamentos de marca preferidos	Copago de \$37	Copago de \$47	Copago de \$74
	Nivel 4: medicamentos de marca no preferidos	Copago de \$90	copago de \$100	Copago de \$225
	Nivel 5: nivel de especialidades	Coseguro del 30 %	Coseguro del 30 %	No se encuentra disponible
	Nivel 6: medicamentos para la atención seleccionada	Copago de \$0	Copago de \$0	Copago de \$0
Información importante:	Para obtener más información sobre los costos de Suministros a Largo Plazo, Infusión en el Hogar o los costos compartidos adicionales específicos de las farmacias y las etapas del beneficio, llámenos o acceda a nuestra Evidencia de Cobertura en línea. Esta no es una lista completa de todos los medicamentos que cubre nuestro plan. Para obtener una lista completa, llame al 1-888-445-8913 (TTY: 711) o visite https://or.healthnetadvantage.com .			

Paquete Opcional de Servicios Dentales y Auditivos Preventivos	
Prima Mensual Esta prima mensual adicional es complementaria a la prima mensual de Medicare Parte B.	\$16 por mes
Beneficio Dental	
Deducible anual	\$35 combinado dentro y fuera de la red
Máximo de beneficio anual	\$500 combinado dentro y fuera de la red
Servicios preventivos Anualmente: 2 limpiezas de rutina, 2 exámenes y 1 radiografía de aleta de mordida; Cada 3 años *: radiografía panorámica.	Dentro de la Red: Coseguro del 0 % del MAC** Fuera de la Red: Coseguro del 20 % de los costos UCR***
* El beneficio de años múltiples puede no estar disponible en años posteriores. ** MAC: el cargo máximo permitido (MAC) es la cantidad máxima en dólares permitida para un servicio dental cubierto. La facturación del saldo ocurre cuando un dentista le factura la diferencia entre el cargo máximo permitido (MAC) del plan y el cargo total que factura el dentista. Los dentistas de la red no pueden facturarle el saldo de los servicios cubiertos que excedan el cargo máximo permitido (MAC) previamente acordado; sin embargo, es posible que los dentistas que no pertenecen a la red puedan facturarle el saldo del tratamiento realizado. *** UCR: habitual, acostumbrado y razonable significa el monto máximo permitido para un servicio dental según los honorarios que cobran habitualmente los proveedores por ese servicio en la misma área geográfica. El afiliado es responsable de la diferencia entre los cargos UCR y los cargos facturados.	

Beneficio Auditivo	
Examen auditivo de rutina anual	Dentro de la Red*: Copago de \$0
Audífono y baterías**	Dentro de la Red*: Cada 3 años***: 2 audífonos (un par) El afiliado paga un precio fijo por cada audífono según el nivel de tecnología: • Básico: \$0 • Valor: \$700 • Avanzado: \$1,125 • De primera calidad: \$1,580 Suministro de 2 años de baterías (hasta 128 celdas)
* Los afiliados deben utilizar uno de los médicos contratados por Hearing Care Solutions para la evaluación auditiva y los audífonos. ** Cobertura de audífonos según necesidad médica. *** El beneficio de años múltiples puede no estar disponible en años posteriores.	

Paquete Opcional de Servicios Dentales Integrales y Auditivos	
Prima Mensual Esta prima mensual adicional es complementaria a la prima mensual de Medicare Parte B.	\$40 por mes
Beneficio Dental	
Deducible anual	\$50 dentro de la red \$100 fuera de la red
Máximo de beneficio anual	\$1,000 combinado dentro y fuera de la red
Servicios preventivos Anualmente: 2 limpiezas de rutina, 2 exámenes y rayos X de aleta de mordida (bitewing). Cada 3 años*: radiografía panorámica.	Dentro de la Red: Coseguro del 0 % Fuera de la Red: Coseguro del 50 % del MAC**
Servicios de restauración Amalgamas y empastes de resina compuesta.	Dentro de la Red: Coseguro del 20 % Fuera de la Red: Coseguro del 50 % del MAC**
Servicios principales Coronas, puentes fijos y extraíbles, dentaduras postizas completas y parciales, cirugía oral, periodoncia y endodoncia.	Dentro de la Red: Coseguro del 50 % Fuera de la Red: Coseguro del 50 % del MAC**
* El beneficio de años múltiples puede no estar disponible en años posteriores. ** MAC: el cargo máximo permitido (MAC) es la cantidad máxima en dólares permitida para un servicio dental cubierto. La facturación del saldo ocurre cuando un dentista le factura la diferencia entre el cargo máximo permitido (MAC) del plan y el cargo total que factura el dentista. Los dentistas de la red no pueden facturarle el saldo de los servicios cubiertos que excedan el cargo máximo permitido (MAC) previamente acordado; sin embargo, es posible que los dentistas que no pertenecen a la red puedan facturarle el saldo del tratamiento realizado.	

Beneficio Auditivo	
Examen auditivo de rutina anual	Dentro de la Red*: Copago de \$0
Audífono y baterías**	Dentro de la Red*: Cada 3 años***: 2 audífonos (un par) El afiliado paga un precio fijo por cada audífono según el nivel de tecnología: • Básico: \$0 • Valor: \$700 • Avanzado: \$1,125 • De primera calidad: \$1,580 Suministro de 2 años de baterías (hasta 128 celdas)
* Los afiliados deben utilizar uno de los médicos contratados por Hearing Care Solutions para la evaluación auditiva y los audífonos. ** Cobertura de audífonos según necesidad médica. *** El beneficio de años múltiples puede no estar disponible en años posteriores.	

Para obtener más información, comuníquese con

Health Net Ruby (HMO)
Post Office Box 10420
Van Nuys, CA 91410-0420
<https://or.healthnetadvantage.com>

Los afiliados actuales deben llamar al: 1-888-445-8913 (TTY: 711)

Los posibles afiliados deben llamar al: 1-800-949-6192 (TTY: 711)

Desde el 1 de octubre hasta el 14 de febrero, nuestro horario de atención es de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los 7 días a la semana, excepto ciertos días feriados. Sin embargo, luego del 14 de febrero, nuestro horario de atención es de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., de lunes a viernes. Durante los fines de semana y ciertos días feriados, su llamada será atendida por nuestro sistema automático de teléfono.

Si desea saber más sobre la cobertura y los costos de Original Medicare, busque en su manual actual “Medicare & You”. Consulte el manual en línea en www.medicare.gov u obtenga una copia llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Esta información no es una descripción completa de los beneficios. Para obtener más información, comuníquese con el plan. Pueden aplicarse limitaciones, copagos y restricciones. Los beneficios, las primas o los copagos/el coseguro pueden cambiar el 1 de enero de cada año. El “coseguro” es el porcentaje que usted paga del costo total de ciertos servicios médicos. Usted paga un coseguro en el momento en que obtiene el servicio médico.

El formulario, la red de farmacias y/o la red de proveedores pueden cambiar en cualquier momento. Recibirá un aviso cuando sea necesario.

Este documento está disponible en otros formatos, como Braille, letra grande o audio.

Esta información está disponible en forma gratuita en otros idiomas. Llame a nuestro Departamento de Servicios al Afiliado al 1-888-445-8913 (TTY: 711) Desde el 1.º de octubre hasta el 14 de febrero, nuestro horario de atención es de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los 7 días a la semana, excepto ciertos días feriados. Sin embargo, luego del 14 de febrero, nuestro horario de atención es de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., de lunes a viernes. Durante los fines de semana y ciertos días feriados, su llamada será atendida por nuestro sistema automático de teléfono.

Health Net Health Plan of Oregon, Inc. tiene un contrato con Medicare para ofrecer planes HMO. La inscripción en un plan de Health Net Medicare Advantage depende de la renovación del contrato.

Section 1557 Non-Discrimination Language
Notice of Non-Discrimination

Health Net complies with applicable federal civil rights laws and does not discriminate on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex. Health Net does not exclude people or treat them differently because of race, color, national origin, age, disability, or sex.

Health Net:

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

If you need these services, contact Health Net's Customer Contact Center at: 1-888-445-8913 (HMO and PPO) (TTY: 711). From October 1 to February 14, you can call us 7 days a week from 8 a.m. to 8 p.m. From February 15 to September 30, you can call us Monday through Friday from 8 a.m. to 8 p.m. A messaging system is used after hours, weekends, and on federal holidays.

If you believe that Health Net has failed to provide these services or discriminated in another way on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex, you can file a grievance by calling the number above and telling them you need help filing a grievance; Health Net's Customer Contact Center is available to help you.

You can also file a civil rights complaint with the U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights, electronically through the Office for Civil Rights Complaint Portal, available at <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf> or by mail or phone at: U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue SW, Room 509F, HHH Building, Washington, DC 20201, 1-800-368-1019 (TDD: 1-800-537-7697).

Complaint forms are available at <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

Section 1557 Non-Discrimination Language
Multi-Language Interpreter Services

SPANISH	ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-888-445-8913 (HMO and PPO) (TTY: 711).
VIETNAMESE	CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 1-888-445-8913 (HMO and PPO) (TTY: 711).
CHINESE	注意：如果您說中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 1-888-445-8913 (HMO and PPO) (TTY: 711)。
RUSSIAN	ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 1-888-445-8913 (HMO and PPO) (TTY: 711).
KOREAN	주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 1-888-445-8913 (HMO and PPO) (TTY: 711) 번으로 전화해 주십시오.
UKRAINIAN	УВАГА! Якщо ви розмовляєте українською мовою, ви можете звернутися до безкоштовної служби мовної підтримки. Телефонуйте за номером 1-888-445-8913 (HMO and PPO) (TTY: 711).
JAPANESE	注意事項：日本語を話される場合、無料の言語支援をご利用いただけます。1-888-445-8913 (HMO and PPO) (TTY: 711) まで、お電話にてご連絡ください。
ARABIC	تنبيه: إذا كنت تتحدث العربية، فإن خدمات المساعدة اللغوية المجانية متاحة لك. يُرجى الاتصال بالرقم. 1-888-445-8913 (HMO and PPO) (مكالمات موصلة فثاء مقر: 711).
ROMANIAN	ATENȚIE: Dacă vorbiți limba română, vă stau la dispoziție servicii de asistență lingvistică, gratuit. Sunați la 1-888-445-8913 (HMO and PPO) (TTY: 711).
MON-KHMER CAMBODIAN	ចំណាប់អារម្មណ៍: បើសិនអ្នកនិយាយភាសាខ្មែរ សេវាជំនួយភាសាដោយឥតគិតថ្លៃ គឺមានសំរាប់អ្នក។ សូមទូរស័ព្ទទៅលេខ 1-888-445-8913 (HMO and PPO) (TTY: 711) ។
CUSHITE	XIYYEEFFANNAA: Afaan dubbattu Oroomiffa, tajaajila gargaarsa afaanii, kanfaltiidhaan ala, ni argama. Bilbilaa 1-888-445-8913 (HMO and PPO) (TTY: 711).
GERMAN	ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung. Rufnummer: 1-888-445-8913 (HMO and PPO) (TTY: 711).
PERSIAN	توجه: اگر به زبان فارسی گفتگو می کنید، تسهیلات زبانی بصورت رایگان برای شما فراهم می باشد. با 1-888-445-8913 (HMO and PPO) (TTY: 711) تماس بگیرید.
FRENCH	ATTENTION : Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le 1-888-445-8913 (HMO and PPO) (TTY: 711).
THAI	เรียน: ถ้าคุณพูดภาษาไทยคุณสามารถใช้บริการช่วยเหลือทางภาษาได้ฟรี โทร 1-888-445-8913 (HMO and PPO) (TTY: 711).

