

2019 年

Bright Health 福利摘要

Bright Advantage (HMO)
H2288-001

Bright Advantage Plus (HMO)
H2288-002

Bright Advantage Assist (HMO)
H2288-005

欢迎加入 **Bright Health**。

随函附上 **Bright Health Medicare Advantage** 计划在 2019 年 1 月 1 日至 2019 年 12 月 31 日期间内，在国王县、纽约县和皇后县承保的健康和药物服务的摘要。

请记住，这是所承保福利和服务以及为这些福利和服务支付的费用摘要。想了解完整的承保列表，包括限制和排除给付，请参阅我们的《承保证书》（“**EOC**”）。您可以访问 www.brighthealthplan.com/medicare 在线找到一份 EOC，您也可以致电 **844-667-5502**，要求我们寄给您一份印刷的 EOC，此电话的服务时间为：10 月 1 日至 3 月 31 日的每一天和 4 月 1 日至 9 月 30 日的星期一至星期五，当地时间上午 8 点至晚上 8 点。TTY: 711。

我们的计划的设计略有不同。

我们相信，健康保险和医疗保健能够更好地协同工作。因此，这就是我们精心挑选护理合作伙伴（如 **Mount Sinai**）来彻底建立健康计划的原因。我们与 **Mount Sinai** 的合作意味着，您可以从以您的医疗保健需求为中心的联网护理系统获得福利。通过一个由精心挑选的、为了您的利益而协同工作的医生组成的网络，您可以专注于过上最美好的生活。

这是以您为中心的医疗保健。

当您的健康计划和您的医疗保健提供者协同工作时，您始终处于中心位置—但不会陷入其中。

我们为我们的 **Medicare Advantage** 计划感到自豪，我们相信您也会爱它们。但我们也相信，您加入适合您的健康计划非常重要。所以，请看一下，如果您有任何疑问，请致电我们。

我们期待着帮助您过上最美好的生活。

一些常见问题：

我可以选择我的医疗保健提供者吗？

Bright Health 精心挑选了一个包含医生、医院、药房和其他医疗保健提供者的网络。为了降低您的费用，您必须从网络内医疗保健提供者处获得护理。在大多数情况下，如果您选择在计划网络之外获得护理，您将支付全部的服务费用。但是，如果您需要网络外紧急服务、急需服务或透析服务，那么我们会为您承保。

要查找您附近的网络内医疗保健提供者，请访问我们的网站 www.brighthealthplan.com/medicare，或致电 844-667-5502 联系 Bright Health。

什么是处方药处方集？

处方集就是健康计划承保的药物的列表。为了确保您的药物包含在 Bright Advantage (HMO)、Bright Advantage Plus (HMO) 和 Bright Advantage Assist (HMO) 处方集中，您可以访问 www.brighthealthplan.com/medicare，在线搜索和下载我们的处方集。您也可以致电 844-667-5502 联系 Bright Health，讨论您的药物。请注意，处方集可能会有所变化，您可以随时在我们的网站上找到最新的药物列表。

如需更多信息，或者如果您有任何疑问，请致电我们。



844-667-5502，此电话的服务时间为：
10月1日至3月31日的每一天和
4月1日至9月30日的星期一至星期五，
当地时间上午8点至晚上8点。
TTY: 711
www.brighthealthplan.com/medicare

如果您希望了解更多有关 Original Medicare 的承保范围和费用的信息，请参阅您的最新《Medicare 和您》手册。您可以在网站 Medicare.gov 上查看该手册，或致电 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 索取一份手册，此电话每周 7 天，每天 24 小时提供服务。TTY 用户应拨打 1-877-486-2048。

Bright Health 保费和福利

	Bright Advantage (HMO)	Bright Advantage Plus (HMO)	Bright Advantage Assist (HMO)
每月计划保费	0 美元	55 美元	39 美元
年度医疗免赔额	0 美元	0 美元	0 美元
自付费用的最大金额*	6,200 美元	4,900 美元	6,500 美元

Bright Health 福利

	Bright Advantage (HMO)	Bright Advantage Plus (HMO)	Bright Advantage Assist (HMO)
住院患者 医院承保	第 1-5 天, 每天 295 美元 第 6 天及以后, 每天 0 美元	第 1-5 天, 每天 250 美元 第 6 天及以后, 每天 0 美元	第 1-5 天, 每天 300 美元 第 6 天及以后, 每天 0 美元
门诊患者医院服务和观察	300 美元共付额	250 美元共付额	350 美元共付额
医生看诊			
初级保健提供者 (PCP)	0 美元共付额	0 美元共付额	0 美元共付额
专科医生	25 美元共付额	20 美元共付额	30 美元共付额
年度常规身体检查	0 美元共付额	0 美元共付额	0 美元共付额
预防护理	0 美元共付额	0 美元共付额	0 美元共付额
在合同年内被 Medicare 批准的任何额外预防服务将享受承保。	当您看网络内医疗保健提供者时, 我们的计划会免费承保多项预防性服务, 包括: • 腹主动脉瘤筛查 • 酒精滥用咨询 • 每年一次的健康就诊 • 骨量测定		

	Bright Advantage (HMO)	Bright Advantage Plus (HMO)	Bright Advantage Assist (HMO)
	• 乳腺癌筛查（乳房 X 线照片） • 心血管疾病（行为疗法） • 心血管筛查（胆固醇、脂类、甘油三酯） • 宫颈癌和阴道癌筛查 • 结肠直肠癌筛查（结肠镜检查、粪便潜血试验、柔性乙状结肠镜检查） • 抑郁症筛查 • 糖尿病筛查 • 糖尿病自我管理培训 • 青光眼检查 • 丙型肝炎筛查 • HIV 筛查 • 肺癌筛查 • 医学营养治疗服务 • 肥胖症筛查与咨询 • 前列腺癌筛查 (PSA) • 性传播感染筛查与咨询 • 戒烟咨询（为没有烟草相关疾病迹象的人提供的咨询） • 疫苗，包括流感疫苗、乙型肝炎疫苗、肺炎球菌疫苗 • “欢迎加入 Medicare” 预防就诊（一次）		
紧急护理	90 美元共付额 如果您在 24 小时内住进医院，则免除共付额。	90 美元共付额 如果您在 24 小时内住进医院，则免除共付额。	90 美元共付额 如果您在 24 小时内住进医院，则免除共付额。
急需服务	25 美元共付额	25 美元共付额	30 美元共付额
诊断服务/实验室/成像			
诊断性测试和程序	20% 的共同保险	20% 的共同保险	20% 的共同保险
实验室服务	0 美元共付额	0 美元共付额	0 美元共付额
诊断性放射科服务（例如 MRI、CAT 扫描）	对于超声波， 50 美元共付额 对于所有其他诊断性服务，20% 共同保险	对于超声波， 50 美元共付额 对于所有其他诊断性服务，20% 共同保险	对于超声波， 50 美元共付额 对于所有其他诊断性服务，20% 共同保险
门诊患者 X 射线	10 美元共付额	10 美元共付额	15 美元共付额

	Bright Advantage (HMO)	Bright Advantage Plus (HMO)	Bright Advantage Assist (HMO)
听力服务			
检查以诊断和 治疗听力和平 衡问题	0 美元共付额	0 美元共付额	0 美元共付额
常规听力检查	0 美元共付额 限每年 1 次就诊	0 美元共付额 限每年 1 次就诊	0 美元共付额 限每年 1 次就诊
助听器配件评估	0 美元共付额 限每年 1 次就诊	0 美元共付额 限每年 1 次就诊	0 美元共付额 限每年 1 次就诊
助听器	双耳每三年最高 3,000 美元的助听器补贴。	双耳每三年最高 3,000 美元的助听器补贴。	双耳每三年最高 3,000 美元的助听器补贴。
牙科服务			
Medicare 承保 的牙科服务	0 美元共付额	0 美元共付额	0 美元共付额
年度牙科福利最 高金额	预防性牙科服务无福利 最高金额	每年 Medicare 未承保但 由计划承保的所有牙科 服务的最多为 1,000 美元 的福利最高金额。	每年 Medicare 未承保但 由计划承保的所有牙科 服务的最多为 1,000 美元 的福利最高金额。
口腔检查	0 美元共付额 限每年 2 次口腔检查	0 美元共付额 限每年 2 次口腔检查	0 美元共付额 限每年 2 次口腔检查
预防（洗牙）	0 美元共付额 限每年 2 次洗牙	0 美元共付额 限每年 2 次洗牙	0 美元共付额 限每年 2 次洗牙
牙科 X 射线	0 美元共付额 限每 3 年 2 次 X 射线	0 美元共付额 限每 3 年 2 次 X 射线	0 美元共付额 限每 3 年 2 次 X 射线

	Bright Advantage (HMO)	Bright Advantage Plus (HMO)	Bright Advantage Assist (HMO)
氟化物治疗	0 美元共付额 限每年 1 次氟化物治疗	0 美元共付额 限每年 1 次氟化物治疗	0 美元共付额 限每年 1 次氟化物治疗
非常规服务	有 13 美元的额外月度保费。 每年 Medicare 未承保但由计划承保的所有牙科服务的最多为 1,000 美元的福利最高金额。 请参阅《承保证书》了解详情。	50% 的共同保险	50% 的共同保险
诊断性服务		0 美元共付额	0 美元共付额
恢复性服务		30% - 50% 的共同保险	30% - 50% 的共同保险
牙髓科		50% 的共同保险	50% 的共同保险
牙周病科		50% 的共同保险	50% 的共同保险
拔牙		50% 的共同保险	50% 的共同保险
口腔修复学，其他口腔/颌面外科，其他服务		50% 的共同保险	50% 的共同保险
视力服务			
检查以诊断和治疗眼疾病	0 美元共付额	0 美元共付额	0 美元共付额
白内障手术后的眼镜	0 美元共付额	0 美元共付额	0 美元共付额
常规眼睛检查	0 美元共付额 限每年 1 次就诊	0 美元共付额 限每年 1 次就诊	0 美元共付额 限每年 1 次就诊
隐形眼镜	0 - 60 美元共付额 隐形眼镜或眼镜的 每两年最高 130 美元的津贴。	0 - 60 美元共付额 隐形眼镜或眼镜的 每两年最高 130 美元的津贴。	0 - 60 美元共付额 隐形眼镜或眼镜的 每两年最高 130 美元的津贴。

	Bright Advantage (HMO)	Bright Advantage Plus (HMO)	Bright Advantage Assist (HMO)
眼镜（镜片和镜框）	25 美元共付额 隐形眼镜或眼镜的 每两年最高 130 美元的 津贴。	25 美元共付额 隐形眼镜或眼镜的 每两年最高 130 美元的 津贴。	25 美元共付额 隐形眼镜或眼镜的 每两年最高 130 美元的 津贴。
心理健康服务			
住院患者就诊	第 1-5 天， 每天 295 美元共付额 第 6-90 天，每天 0 美元共付额	第 1-5 天， 每天 250 美元共付额 第 6-90 天，每天 0 美元共付额	第 1-5 天， 每天 300 美元共付额 第 6-90 天， 每天 0 美元共付额
门诊患者团体治疗就诊	20 美元共付额	20 美元共付额	20 美元共付额
门诊患者个人治疗就诊	40 美元共付额	40 美元共付额	40 美元共付额
专业护理机构 (SNF) 护理	第 1-20 天， 每天 0 美元共付额 第 21-100 天， 每天 172 美元共付额	第 1-20 天， 每天 0 美元共付额 第 21-100 天， 每天 172 美元共付额	第 1-20 天， 每天 0 美元共付额 第 21-100 天， 每天 172 美元共付额
物理治疗、职业 治疗或语言治疗 就诊	25 美元共付额	25 美元共付额	30 美元共付额
救护车服务			
地面救护车	175 美元共付额	175 美元共付额	200 美元共付额
空中救护车	225 美元共付额	225 美元共付额	225 美元共付额
交通	不承保	不承保	不承保
Medicare Part B 处方药			
化疗药物	20% 的共同保险	20% 的共同保险	20% 的共同保险

	Bright Advantage (HMO)	Bright Advantage Plus (HMO)	Bright Advantage Assist (HMO)
其他 Part B 药物	20% 的共同保险	20% 的共同保险	20% 的共同保险
足部护理（足科服务）			
Medicare 承保的 足部检查和治疗	25 美元共付额	25 美元共付额	25 美元共付额
医疗设备/用品			
耐用医疗设备 （例如轮椅、 氧气）	20% 的共同保险	20% 的共同保险	20% 的共同保险
假肢（例如牙 套、假肢）	20% 的共同保险	20% 的共同保险	20% 的共同保险
糖尿病监测用品	0 美元共付额	0 美元共付额	0 美元共付额
治疗鞋或鞋垫	0 美元共付额	0 美元共付额	0 美元共付额
门诊手术			
流动外科中心	200 美元共付额	150 美元共付额	300 美元共付额
门诊患者医院 设施	300 美元共付额	250 美元共付额	350 美元共付额
针灸服务	20 美元共付额 限每年由网络内针灸医生 提供的 12 次就诊	20 美元共付额 限每年由网络内针灸医生 提供的 12 次就诊	20 美元共付额 限每年由网络内针灸医生 提供的 12 次就诊
健身计划	计划内地点的 0 美元共付额	计划内地点的 0 美元共付额	计划内地点的 0 美元共付额

	Bright Advantage (HMO)	Bright Advantage Plus (HMO)	Bright Advantage Assist (HMO)
非处方药 (OTC) 借记卡	不承保	0 美元共付额 每三个月 30 美元的津贴，用于购买 OTC 健康和保健产品。	不承保

*年度自付费用最高金额不适用于 Part D 处方药或 Bright Health 额外福利。

某些服务可能需要事先授权。请参阅您的《承保证书》了解详情。

Bright Health 计划包括 HMO 和 PPO，并且与 Medicare 签订了合同。我们的 SNP 还与 State Medicaid 计划签订了合同。我们的计划通过 Bright Health 保险公司或其中一家附属公司发行。是否加入我们的计划取决于是否续签合同。

要加入 Bright Health Medicare Advantage Plan，您必须有权加入 Medicare Part A，已经加入 Medicare Part B，并住在计划的服务区域内。

Bright Health 额外福利信息

要查找网络医疗保健提供者来获取下列服务，请致电 Bright Health 会员服务部电话 844-202-4974。此电话的服务时间为：10 月 1 日至 3 月 31 日的每一天和 4 月 1 日至 9 月 30 日的星期一至星期五，当地时间上午 8 点至晚上 8 点。TTY：711。

- 听力
- 视力
- 牙齿
- 针灸

健身会员：通过 Silver&Fit® 健身计划提供。要查找您附近的网络内设施，请致电 Bright 会员服务部电话 844-202-4974。此电话的服务时间为：10 月 1 日至 3 月 31 日的每一天和 4 月 1 日至 9 月 30 日的星期一至星期五，当地时间上午 8 点至晚上 8 点。TTY：711。

非处方药 (OTC)：通过 InComm 提供。想了解更多信息，请致电 Bright 会员服务部电话 844-202-4974。此电话的服务时间为：10 月 1 日至 3 月 31 日的每一天和 4 月 1 日至 9 月 30 日的星期一至星期五，当地时间上午 8 点至晚上 8 点。TTY：711。

处方药福利

下表列出了您的费用。您的药物所属的层级将决定您支付的费用金额。通常，层级越高，费用越高。

处方药承保	Bright Advantage (HMO)	Bright Advantage Plus (HMO)	Bright Advantage Assist (HMO)
阶段 1：年度处方免赔额			
免赔额	第 3-5 层级的费用为 200 美元。对于所有其他药物，您不必支付任何免赔额，并会立即获得承保。	0 美元 此计划下的 Part D 药物没有免赔额，此付款阶段不适用。	您的免赔额为 0 美元、85 美元或 415 美元，具体取决于您收到的“额外帮助”的级别。
阶段 2：初始承保（在您支付免赔额后，如果适用）			
标准零售费用分摊（30 天 / 90 天供应量）			
第 1 层级	0/0 美元共付额	0/0 美元共付额	0 美元、1.25 美元、3.40 美元共付额，总费用的 15% 或最高 25%，具体取决于您收到的“额外帮助”的级别。
第 2 层级（仿制药）	10/30 美元共付额	8/24 美元共付额	
第 3 层级（首选品牌药）	45/135 美元共付额	45/135 美元共付额	
第 4 层级（非首选药）	95/285 美元共付额	95/285 美元共付额	
第 5 层级（特殊层级）	29% 的共同保险	33% 的共同保险	
标准邮购费用分摊（最多 90 天供应量）			
第 1 层级	0 美元共付额	0 美元共付额	0 美元、1.25 美元、3.40 美元共付额，总费用的 15% 或最高 25%，具体取决于您收到的“额外帮助”的级别。
第 2 层级（仿制药）	30 美元共付额	0 美元共付额	
第 3 层级（首选品牌药）	135 美元共付额	135 美元共付额	0 美元、3.80 美元、8.50 美元共付额，总费用的 15% 或最高 25%，具体取决于您收到的“额外帮助”的级别。
第 4 层级（非首选药）	285 美元共付额	285 美元共付额	
第 5 层级（特殊层级）	29% 的共同保险	33% 的共同保险	

处方药承保	Bright Advantage (HMO)	Bright Advantage Plus (HMO)	Bright Advantage Assist (HMO)
阶段 3：承保缺口			
在您的年度总药费（包括我们的计划支付的费用和您支付的费用）达到 3,820 美元后，您将进入承保缺口（也称为“甜甜圈洞”）。这意味着您将要支付的药费会发生临时变化。不是所有人都会进入承保缺口。如果您进入承保缺口，您支付的费用不超过承保仿制药的共同保险的 37%，或不超过承保品牌药的共同保险的 25%，直到您的总药费达到 5,100 美元，此时承保缺口结束。如果您收到“额外帮助”以支付处方药费用，您的承保药物的费用分摊可能会降低。			
阶段 4：灾难性承保			
在您的年度自付药费（包括通过零售药房购买和通过邮购购买的药物）达到 5,100 美元后，您就有资格进入灾难性承保阶段。如果您收到“额外帮助”以支付处方药费用，您的承保药物的费用将取决于您收到的“额外帮助”的级别。在此阶段，您所支付的承保药物的费用为： • 0 美元；或 • 或以下较高金额： ○ 5% 的共同保险，或 ○ 仿制药 3.40 美元的共付额（包括被视为仿制药的品牌药）和所有其他药物的 8.50 美元的共付额。			

长期护理机构

如果您居住在长期护理机构中，您为 **31 天**供应量的药物支付的共付额和共同保险与在零售药房获得的 **30 天**供应量药物的费用相同。

网络外药房

如果您选择从网络外药房获取药物，您将支付处方药的全部费用。处方集、药房网络和/或医疗保健提供者网络可能随时发生变化。必要时您会收到通知。

额外帮助

收入有限的人可能有资格获得额外帮助来支付他们的处方药费用。如果您符合条件，**Medicare** 可以支付您的药费的 **75%或更高**，包括每月处方药保费、年度免赔额和共同保险。此外，有资格的人不会有承保缺口或延迟参保罚款。许多人有资格享受这些省钱优惠，但他们却不知道。想获得此额外帮助的更多信息，请联系您当地的社会保障办公室，或拨打 **1-800-772-1213** 联系社会保障部。TTY 用户应拨打 **1-800-325-0778**。您也可以访问 <http://www.socialsecurity.gov/prescriptionhelp>，在线申请额外帮助。

如果您有资格获得额外帮助来支付 **Medicare** 处方药承保费用，**Medicare** 将支付您的全部或部分计划保费。如果 **Medicare** 仅支付部分保费，我们将向您收取 **Medicare** 未承保的金额。

ATENCIÓN: Si usted habla español, tiene a su disposición servicios de asistencia de idioma gratuitos. Llame al 844-667-5502 (TTY: 711).

注意：如果您说普通话, 您可以使用免费的语言帮助服务。请致电 **844-667-5502**（听障专线：711）。

我们的计划通过 **Bright Health** 保险公司或其中一家附属公司发行。我们的网络中还有其他医疗保健提供者和药房。大多数网络医疗保健提供者通过我们的护理合作伙伴 (**Care Partner**) 加入网络。

除紧急情况外，网络外/非合同医疗保健提供者没有义务为 **Bright Health** 会员提供治疗服务。请致电我们的客户服务电话或查看您的《承保证书》以获取更多信息，包括网络外服务的费用分摊。

此信息不是完整的福利描述。致电 **844-667-5502** (TTY: 711) 了解更多信息。

加入计划前检查表

在做出加入计划的决定之前，您必须充分了解我们的福利和规则。如果您有任何疑问，可致电 844-667- 5502 联系客户服务代表。

了解福利

- 查看《承保证书》(EOC) 中的完整福利表，特别是那些您经常看医生的服务。请访问 www.brighthealthplan.com/medicare 或致电 844-667-5502 查看 EOC。
- 查看医疗保健提供者目录（或要求您的医生）确保您现在看的医生在网络中。如果这些医生未列出，则表示您可能需要选择新医生。
- 查看药房目录确保您用来获取任何处方药的药房在网络中。如果药房未列出，则您可能需要选择一个新药房来按照处方配药。

了解重要规则

- 除了每月计划保费外，您还必须继续支付 **Medicare Part B** 保费。此保费通常每月从您的社会保障支票中扣除。
- 福利、保费和/或共付额/共同保险可能会在每年的 1 月 1 日发生变化。
- 除急诊或紧急情况外，我们不承保网络外医疗保健提供者（未列在医疗保健提供者目录中的医生）提供的服务。



非歧视通知和协助沟通

Bright Health 不会因性别、年龄、种族、肤色、国籍或残疾而排除任何个人，拒绝为任何个人提供福利或以其他方式歧视任何个人。“Bright Health”指 Bright Health 计划及其附属机构，如下所列。

语言协助和替代格式：

免费提供援助来帮助您与我们沟通。服务包括但不限于：

- 英语以外语言的口译员；
- 采用替代格式的书面信息，如大字；和
- 协助阅读 Bright Health 网站。

如需寻求帮助来获得这些服务，请致电 (844) 606-4633。

如果您认为我们未能提供语言帮助或替代格式，或者您因性别、年龄、种族、肤色、国籍或残疾而受到歧视，您可以将投诉提交至：

Bright Health Civil 民权协调员
PO Box 853943, Richardson, TX 75085-3943
电话：(844) 202-2154
传真：(800) 894-7742

您也可以向美国民权办公室卫生与人类服务部提出投诉：

- 在线：<https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>
- 投诉表格可在 <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html> 获取
- 电话：免费**1-800-368-1019**，**800-537-7697** (TDD)
- 邮件：U.S Dept. of Health and Human Services, 200 Independence Avenue, SW Room 509F, HHH Building Washington, D.C. 20201

如果需要帮助来提出投诉，请致电 (844) 202-2154。

“Bright Health”指阿拉巴马州 Bright Health 保险公司；亚利桑那州 Bright Health 公司；Bright Health 保险公司；田纳西州 Bright Health 保险公司；俄亥俄州 Bright Health 保险公司；纽约州 Bright Health 保险公司。

第 1557 节/ 多语言插页

本信息由其他格式，如大字体。想要其他格式的信息，请致电 (844) 606-4633。

English	ATTENTION: If you speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call (844) 606-4633.
Spanish (US)	ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de ayuda con el idioma. Llame al (844) 606-4633.
Chinese (S)	注意：如果您讲中文，您可以获得免费的语言协助服务。请致电 (844) 606-4633。
Russian	ВНИМАНИЕ! Если Вы говорите по-русски, то услуги бесплатной языковой поддержки доступны Вам. Позвоните по телефону (844) 606-4633.
Korean	주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. (844) 606-4633 로 전화하십시오.
Haitian Creole	ATANSYON: Si w pale kreyòl ayisyen, gen sèvis èd pou lang ki disponib gratis pou ou. Rele (844) 606-4633.
Italian	ATTENZIONE: se parla italiano, sono disponibili per Lei servizi di assistenza linguistica gratuiti. Chiami il numero (844) 606-4633.
Yiddish	אויפמערקזאמקייט: אויב איר רעדט יידיש, שפראך הילף סערוויסעס, פריי פון קאסטן, זענען פאראן פאר איר. רופט (844) 606-4633
Bengali	মনোযোগ দিন: আপনি যদি বাংলায় কথা বলেন, তাহলে ভাষা সহায়তা পরিষেবাগুলি, বিনামূল্যে, আপনার জন্য উপলব্ধ আছে। (844) 606-4633 নম্বরে ফোন করুন।
Arabic	تنبيه: إذا كنت تتكلم العربية، فإن خدمات المساعدة اللغوية متاحة لك من دون مقابل. اتصل على الرقم (844) 606-4633.
Polish	UWAGA: Jeżeli posługuje się Pan/ Pani językiem polskim, może Pan/ Pani skorzystać z bezpłatnej pomocy językowej. Prosimy zadzwonić pod numer (844) 606-4633.
French (FR)	REMARQUE : si vous parlez français, des services d'assistance linguistique gratuits sont à votre disposition. Appelez le (844) 606-4633.
Tagalog	PANSININ: Kung nagsasalita kayo ng Tagalog, mayroon kayong magagamit na libreng tulong na mga serbisyong pangwika. Tawagan ang (844) 606-4633.
Vietnamese	LƯU Ý: Nếu quý vị nói tiếng Việt, sẽ có dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho quý vị. Hãy gọi số (844) 606-4633.
Navajo	DÍÍ BAA AKÓ NÍNÍZIN: Díí bee yánílti'go Diné bizaad, saad bee áká'ánida'áwo'déé', t'áá jüik'eh, ná hóló. Kojí' hódíílnih (844) 606-4633.
Urdu	توجہ دیں: اگر آپ اردو بولتے/بولتی ہیں، تو آپ کے لیے زبان سے متعلق اعانت کی خدمات، بلا معاوضہ دستیاب ہیں۔ (844) 606-4633 پر کال کریں۔
Japanese	ご注意: 日本語をお話しになる方は、無料の言語アシスタンスサービスをご利用いただけます。(844) 606-4633 までお電話ください。
Portuguese (BR)	ATENÇÃO: caso você fale português, há serviços gratuitos de assistência de idioma à sua disposição. Ligue para (844) 606-4633.
German	ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung. Rufen Sie unter (844) 606-4633 an.
Persian Farsi	توجه: اگر زبان شما فارسی است، خدمات پشتیبانی زبانی به صورت رایگان در اختیار شماست. با (844) 606- 4633 تماس بگیرید.

如需更多信息，请致电 Bright Health: 844-667-5502，

此电话的服务时间为：10 月 1 日至 3 月 31 日的每一天和

4 月 1 日至 9 月 30 日的星期一至星期五，

当地时间上午 8 点至晚上 8 点。

TTY: 711

或

访问网站: www.brighthealthplan.com/medicare

访问 www.brighthealthplan.com/medicare 查找 Bright Health 的医疗保健提供者目录、药房目录和处方集（药物列表）。