



# 2020 年福利摘要

**Bright Advantage (HMO)**  
**H4853-001**

**Bright Advantage Assist (HMO)**  
**H4853-002**

## 欢迎加入 **Bright Health**。

随函附上 Bright Advantage (HMO) 和 Bright Advantage Assist (HMO) 计划在 2020 年 1 月 1 日至 2020 年 12 月 31 日期间内，在马里科帕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*的摘要*。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](http://www.brighthealthplan.com/medicare) 在线找到一份 EOC，您也可以致电 844-679-2028，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 Arizona Care Network）来彻底建立了健康计划的原因。我们与 Arizona Care Network 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，但永远不会夹在中间。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](http://www.brighthealthplan.com/medicare)，或致电 844-679-2028 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) 和 Bright Advantage Assist (HMO) 处方集中，您可以访问 [www.brighthealthplan.com/medicare](http://www.brighthealthplan.com/medicare)，在线搜索和下载我们的处方集。您也可以致电 844-679-2028 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。



电话 844-679-2028，TTY: 711

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。

[www.brighthealthplan.com/medicare](http://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](http://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 用户应致电 1-877-486-2048。

此为 **Bright Advantage (HMO)** 和 **Bright Advantage Assist (HMO)** 计划在 2020 年 1 月 1 日至 2020 年 12 月 31 日期间内，承保的药物和健康服务的摘要。

Bright Health 计划是签订了 Medicare 合同的 HMO 和 PPO。Bright Health 的 New York D-SNP 计划是一项签订了 Medicare 合同，并与纽约州卫生部签订了《福利协调协议》的 HMO。我们的计划通过 Bright Health 保险公司或其附属公司之一发行。Bright Health 保险公司是一家发行赔偿产品的科罗拉多州生命和健康公司，赔偿产品包括通过 Medicare Advantage 提供的 EPO。EPO 是一项独家提供者组织计划，在某些州可以使用 HMO 许可证，在某些州（包括科罗拉多州）可以使用生命和健康许可证。是否加入我们的计划取决于是否续签合同。

请给我们致电：844-679-2028 获得更多信息。（TTY 用户应致电 711）。我们的营业时间为：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。您也可以访问我们的网站 [www.brighthealthplan.com/medicare](http://www.brighthealthplan.com/medicare)。

如要加入 Bright Advantage (HMO)，您必须拥有 Medicare Part A 和 Medicare Part B，并居住在我们的服务区。

Bright Advantage (HMO) 拥有一个由医生、医院、药房和其他医疗保健提供者组成的网络，可以在我们的网站 [www.brighthealthplan.com/medicare](http://www.brighthealthplan.com/medicare) 上查看。如果您使用的医疗保健提供者不在我们的网络内，计划可能不会为这些服务付费。

## 保费和福利

	Bright Advantage (HMO)	Bright Advantage Assist (HMO)
每月计划保费	0 美元	31 美元 低至 0 美元，而这取决于您的“额外补助”级别。
免赔额	0 美元	0 美元
最高自付费用金额	3,200 美元*	3,400 美元*

## 福利

	Bright Advantage (HMO)	Bright Advantage Assist (HMO)
住院患者医院承保	每天 175 美元的共付额 (第 1 至第 7 天)， 每天 0 美元的共付额 (第 8 至第 90 天) 0 美元的共付额 (额外的 Medicare 承保 天数)	每天 170 美元的共付额 (第 1 至第 5 天)， 每天 0 美元的共付额 (第 6 至第 90 天) 0 美元的共付额 (额外的 Medicare 承 保天数)
门诊患者医院承保		
门诊患者医院服务	225 美元共付额	225 美元共付额
门诊患者医院观察服务	225 美元共付额	225 美元共付额
在流动手术中心提供的服务	150 美元共付额	150 美元共付额
医生看诊		
初级保健提供者	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

	Bright Advantage (HMO)	Bright Advantage Assist (HMO)
年度常规身体检查	0 美元共付额	0 美元共付额
<p><b>预防性护理（例如流感疫苗、糖尿病筛查）</b></p> <p>在合同年内被 Medicare 批准的任何额外预防服务将享受承保。</p>	<p>0 美元共付额</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 腹主动脉瘤筛查</li> <li>• 酒精滥用咨询</li> <li>• 骨量测定</li> <li>• 乳腺癌筛查（乳房 X 线照片）</li> <li>• 心血管疾病（行为疗法）</li> <li>• 心血管筛查（胆固醇、脂类、甘油三酯）</li> <li>• 宫颈癌和阴道癌筛查</li> <li>• 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）</li> <li>• 抑郁症筛查</li> <li>• 糖尿病筛查</li> <li>• 糖尿病自我管理培训</li> <li>• 青光眼检查</li> <li>• 丙型肝炎筛查</li> <li>• HIV 筛查</li> <li>• 肺癌筛查</li> <li>• 医学营养治疗服务</li> <li>• Medicare 糖尿病预防计划</li> <li>• 肥胖症筛查与咨询</li> <li>• 前列腺癌筛查 (PSA)</li> <li>• 性传播感染筛查与咨询</li> <li>• 戒烟咨询（为没有烟草相关疾病迹象的人提供的咨询）</li> <li>• 疫苗，包括流感疫苗、乙型肝炎疫苗、肺炎球菌疫苗</li> <li>• “欢迎加入 Medicare” 预防就诊（一次）</li> <li>• 每年一次的健康就诊</li> </ul>	0 美元共付额
<b>紧急护理</b>	<p>120 美元共付额</p> <p>如果您在 24 小时内住进医院，则免除共付额。</p>	<p>120 美元共付额</p> <p>如果您在 24 小时内住进医院，则免除共付额。</p>

	Bright Advantage (HMO)	Bright Advantage Assist (HMO)
<b>急需服务</b>	30 美元共付额	30 美元共付额
<b>诊断服务/实验室/成像</b>		
诊断性测试和程序	100 美元共付额	200 美元共付额
实验室服务	0 美元共付额	10 美元共付额
诊断性放射科服务（例如 MRI、CAT 扫描）	25 - 100 美元共付额	35 - 200 美元共付额
门诊患者 X 光检查	0 美元共付额	0 美元共付额
<b>听力服务</b>		
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
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
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
助听器	双耳每年最高 750 美元的助听器补贴。	双耳每年最高 750 美元的助听器补贴。
<b>牙科服务</b>		
Medicare 承保的牙科服务	您为每项 Medicare 承保的服务支付 0 美元的共付额。	您为每项 Medicare 承保的服务支付 0 美元的共付额。
年度牙科福利最高金额		

	Bright Advantage (HMO)	Bright Advantage Assist (HMO)
• 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
• 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
• 牙科 X 光检查	0 美元共付额 限 2 次 X 光检查	0 美元共付额 限 2 次 X 光检查
• 非常规服务	不承保	共付额会有所不同
• 诊断性服务	不承保	0 美元共付额
• 恢复性服务	不承保	共付额会有所不同
• 牙周病学	不承保	共付额会有所不同
• 牙髓学	不承保	共付额会有所不同
• 拔牙	不承保	共付额会有所不同
• 口腔修复, 其他口腔/ 颌面手术, 其他服务	不承保	共付额会有所不同
综合牙科服务	17 美元的每月保费共付额 因服务而不同。请参阅您的 《承保证书》了解详情。	这些福利已包括在计划中。

	Bright Advantage (HMO)	Bright Advantage Assist (HMO)
<b>视力服务</b>		
检查以诊断和治疗眼疾病	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
白内障手术后的眼镜	0 美元共付额	0 美元共付额
隐形眼镜	每隔一年提供一次。隐形眼镜代替眼镜。 隐形眼镜检查（试戴和评估）最高 60 美元共付额 <b>maximum copay</b> 处方隐形眼镜 130 美元津贴。	每隔一年提供一次。隐形眼镜代替眼镜。 隐形眼镜检查（试戴和评估）最高 60 美元共付额 <b>maximum copay</b> 处方隐形眼镜 130 美元津贴。
眼镜（镜片和镜框）	每隔一年提供一次。 <b>25 美元共付额</b> 承保包括单焦距、双焦距、三焦距、透镜镜片和 <b>130 美元</b> 的镜框津贴。	每隔一年提供一次。 <b>25 美元共付额</b> 承保包括单焦距、双焦距、三焦距、透镜镜片和 <b>130 美元</b> 的镜框津贴。
<b>心理健康服务</b>		
门诊患者团体治疗就诊	10 美元共付额	10 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
住院患者就诊	第 1 至第 7 天， 每天 175 美元的共付额， 第 8 至 90 天， 每天 0 美元的共付额 额外 60 天的寿命保留时间的共付额为 0 美元。	第 1 至第 5 天， 每天 170 美元的共付额， 第 6 至 90 天， 每天 0 美元的共付额 额外 60 天的寿命保留时间的共付额为 0 美元。

	<b>Bright Advantage (HMO)</b>	<b>Bright Advantage Assist (HMO)</b>
专业护理机构 (SNF) 护理	第 1 至第 20 天, 每天 20 美元的共付额, 第 21 至 100 天, 每天 178 美元的共付额	第 1 至第 20 天, 每天 20 美元的共付额, 第 21 至 100 天, 每天 178 美元的共付额
物理疗法	25 美元共付额	25 美元共付额
救护服务		
地面救护车	200 美元共付额	200 美元共付额
空中救护车	200 美元共付额	200 美元共付额
交通服务 (额外常规)	0 美元共付额 每年最多 20 次的常规交通服务。 一次是指乘坐出租车、厢式货车或拼车服务去计划批准的医疗地点的单程交通服务。	0 美元共付额 每年最多 24 次的常规交通服务。 一次是指乘坐出租车、厢式货车或拼车服务去计划批准的医疗地点的单程交通服务。
<b>Medicare Part B 处方药</b>		
化疗药物	20% 的共同保险	20% 的共同保险
其他 Part B 药物	20% 的共同保险	20% 的共同保险

### 额外福利

	<b>Bright Advantage (HMO)</b>	<b>Bright Advantage Assist (HMO)</b>
健康俱乐部和健身会员	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 Assist (HMO)
<b>医疗设备和用品</b>  糖尿病监测用品  耐用医疗设备  假肢  治疗鞋或鞋垫	0 美元共付额  20% 的共同保险  20% 的共同保险  0 美元共付额	0 美元共付额  20% 的共同保险  20% 的共同保险  0 美元共付额
<b>柜台 (OTC) 借记卡</b>	每月 20 美元的津贴，用于购买 OTC 健康和保健产品。	每月 30 美元的津贴，用于购买 OTC 健康和保健产品。
<b>足疗服务</b>  承保服务包括： <ul style="list-style-type: none"> <li>足部受伤和疾病的诊断及医学或手术治疗（例如锤状趾或脚跟骨刺和发炎）。</li> <li>对下肢患某些病症的成员进行常规足部护理。</li> </ul>	25 美元共付额	25 美元共付额

\*Part B 处方药和可选补充福利不适用年度最高自付费用金额。

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。

## 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 Assist (HMO)
<b>阶段 1: 年度处方免赔额</b>		
免赔额	此计划下的 Part D 药物没有免赔额，此付款阶段不适用。	对于第 2-5 层级的药物，您的免赔额为 0 美元或 89 美元，具体取决于获得的“额外补助”的级别（请参阅单独的插页，您的免赔额金额的“LIS 附文”）。如果您没有资格获得 Medicare 的“额外补助”来支付处方药费用，则您的免赔额为 435 美元。
<b>阶段 2: 初始承保（在您支付免赔额后，如果适用）</b>		
<b>标准零售费用分摊（30 天 / 90 天供应量）</b>		
第 1 层级 （首选仿制药）	0/0 美元共付额	具体取决于获得的“额外补助”的级别，您只需为您的处方药支付以下费用分摊金额： 对于仿制药（包括被视为仿制药的品牌药），您的共付额为 0 美元、1.30 美元、3.60 美元或总费用的 15% 对于所有其他药物，您支付的共付额为 0 美元、3.90 美元、8.95 美元或总费用的 15%。 如果您没有获得“额外补助”，请参阅您的《承保证书》(EOC) 了解处方药的费用分摊金额。
第 2 层级 （仿制药）	8/16 美元共付额	
第 3 层级 （首选品牌药）	47/94 美元共付额	
第 4 层级 （非首选药）	100/200 美元共付额	
第 5 层级 （特殊层级）	33% 共同保险/不可用	
第 6 层级 （精选保健药物）	0/0 美元共付额	

处方药承保	Bright Advantage (HMO)	Bright Advantage Assist (HMO)
<b>标准邮购费用分摊（最多 90 天供应量）</b>		
<b>第 1 层级</b> （首选仿制药）	0 美元共付额	具体取决于获得的“额外补助”的级别，您只需为您的处方药支付以下费用分摊金额： 对于仿制药（包括被视为仿制药的品牌药），您的共付额为 0 美元、1.30 美元、3.60 美元或总费用的 15% 对于所有其他药物，您支付的共付额为 0 美元、3.90 美元、8.95 美元或总费用的 15%。 如果您没有获得“额外补助”，请参阅您的《承保证书》(EOC) 了解处方药的费用分摊金额。
<b>第 2 层级</b> （仿制药）	16 美元共付额	
<b>第 3 层级</b> （首选品牌药）	94 美元共付额	
<b>第 4 层级</b> （非首选药）	200 美元共付额	
<b>第 5 层级</b> （特殊层级）	不可用	
<b>第 6 层级</b> （精选保健药物）	0 美元共付额	
<b>阶段 3：承保缺口</b>		
当您的总药费（包括我们计划和您所支付的药费）达到 4,020 美元后，您将为承保缺口期间任何药物层级的仿制药支付不超过 25% 的共同保险，或为品牌药支付 25% 的共同保险。		
<b>阶段 4：灾难性承保</b>		
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 6,350 美元后，您支付以下较高的金额：		
<ul style="list-style-type: none"> <li>• 5% 的共同保险，或</li> <li>• 仿制药 3.60 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 8.95 美元的共付额。</li> </ul>		

费用分摊可能根据服务点（邮购、零售、长期护理 (LTC)）、家庭输液、药房是否在我们的首选或标准网络中，或者处方是短期（30 天供应量）还是长期（90 天供应量）而有所不同。

### 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。

## 额外补助

收入有限的人可能有资格获得额外补助来支付他们的处方药费用。如果有资格，**Medicare** 可能支付您的药费的 **75%** 或更高，其中包括每月的处方药保费、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>，在线申请额外补助。

如果您有资格获得额外补助来支付 **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。

### **Bright Health** 额外福利信息

想了解更多信息，请给我们致电，电话 **844-679-2028**。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**。

我们的网络中还有其他医疗保健提供者。

除紧急情况外，网络外/非签约医疗保健提供者没有义务治疗 **Bright Advantage (HMO)** 会员。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，包括适用于网络外医疗保健提供者的费用分摊。

## 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 844-679-2028 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](http://www.brighthealthplan.com/medicare) 或致电 844-679-2028 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获取处方药。

### 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 2021 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。

## 不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。

### 语言协助和其他格式：

我们会免费提供语言协助来帮助您与我们沟通。服务包括但不限于：

- 非英语语言的口译员；
- 其他格式（如大字打印）的书面信息；和
- 阅读 Bright Health 网站的协助。

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其他格式，或者您因性别、年龄、种族、肤色、国籍或残疾而受到歧视，您可以将投诉送至：

Bright Health Civil Rights Coordinator  
PO Box 853943, Richardson, TX 75085-3943

电话：(844) 202-2154

电子邮件：OAG@brighthouseplan.com

您也可以向美国卫生与公共服务部下属民权办公室提交投诉：

- 在线：<https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>
- 如需投诉表格，请访问 <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>
- 电话：免费 **1-800-368-1019**，**800-537-7697** (TDD)
- 邮寄：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。

**第 1557 节/ 多语言插页**

本信息有其他格式，如大字打印版本。

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 hablas español, hay servicios de asistencia de idiomas sin costo disponibles para ti. Llama 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	ראפן אראפ און ענען, אָפּפּאַל און אַרפּ, סעסיוועס פֿיליא שפראך, ייִדיש טדער ריא בויא: טייקמאזאקרעמפּוואַ ראפן אראפ (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 yáníłti'go Diné bizaad, saad bee áká'ánida'áwo'déé', t'áá jíik'eh, ná hóló. Kojí' hódííłnih (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	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.







如需了解更多信息，请致电 **Bright Health**：

**844-679-2028**

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

在线访问：[www.brighthealthplan.com/medicare](http://www.brighthealthplan.com/medicare)

访问 [www.brighthealthplan.com/medicare](http://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）。