



DualChoice

NONDISCRIMINATION NOTICE

Discrimination is against the law. IEHP DualChoice (HMO D-SNP) follows State and Federal civil rights laws. IEHP DualChoice does not unlawfully discriminate, exclude people, or treat them differently because of sex, race, color, religion, ancestry, national origin, ethnic group identification, age, mental disability, physical disability, medical condition, genetic information, marital status, gender, gender identity, or sexual orientation.

IEHP DualChoice provides:

- Free aids and services to people with disabilities to help them communicate better, such as:
 - ✓ Qualified sign language interpreters
 - ✓ Written information in other formats (large print, audio, accessible electronic formats, other formats)
- Free language services to people whose primary language is not English, such as:
 - ✓ Qualified interpreters
 - ✓ Information written in other languages

If you need these services, contact IEHP DualChoice Member Services between 8am-8pm (PST), 7 days a week, including holidays by calling 1-877-273-4347. If you cannot hear or speak well, please call 1-800-718-4347. Upon request, this document can be made available to you in braille, large print, audiocassette, or electronic form. To obtain a copy in one of these alternative formats, please call or write to:

IEHP DualChoice
10801 Sixth St., Rancho Cucamonga, CA 91730
Tel. 1-877-273-4347
TTY: 1-800-718-4347
711 (Telecommunications Relay Service)

HOW TO FILE A GRIEVANCE

If you believe that IEHP DualChoice has failed to provide these services or unlawfully discriminated in another way on the basis of sex, race, color, religion, ancestry, national origin, ethnic group identification, age, mental disability, physical disability, medical condition, genetic information, marital status, gender, gender identity, or sexual orientation, you can file a grievance with IEHP DualChoice's Civil Rights

Coordinator. You can file a grievance by phone, in writing, in person, or electronically:

- By phone: Contact IEHP DualChoice's Civil Rights Coordinator between 8am-8pm (PST), 7 days a week, including holidays by calling 1-877-273-4347. Or, if you cannot hear or speak well, please call 1-800-718-4347.
- In writing: Fill out a complaint form or write a letter and send it to:
IEHP DualChoice, Attn: Civil Rights Coordinator,
10801 Sixth Street, Suite 120, Rancho Cucamonga, CA 91730
- In person: Visit your doctor's office or IEHP DualChoice and say you want to file a grievance.
- Electronically: Visit IEHP DualChoice's website at www.iehp.org.

OFFICE OF CIVIL RIGHTS – CALIFORNIA DEPARTMENT OF HEALTH CARE SERVICES

You can also file a civil rights complaint with the California Department of Health Care Services, Office of Civil Rights by phone, in writing, or electronically:

- By phone: Call **916-440-7370**. If you cannot speak or hear well, please call **711 (Telecommunications Relay Service)**.
- In writing: Fill out a complaint form or send a letter to:

**Deputy Director, Office of Civil
Rights Department of Health Care
Services Office of Civil Rights
P.O. Box 997413, MS 0009
Sacramento, CA 95899-7413**

Complaint forms are available at
http://www.dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx.

- Electronically: Send an email to CivilRights@dhcs.ca.gov.

OFFICE OF CIVIL RIGHTS – U.S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES

If you believe you have been discriminated against on the basis of race, color, national origin, age, disability or sex, you can also file a civil rights complaint with the U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights by phone, in

writing, or electronically:

- By phone: Call **1-800-368-1019**. If you cannot speak or hear well, please call **TTY/TDD 1-800-537-7697**.

- In writing: Fill out a complaint form or send a letter to:

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

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

- Electronically: Visit the Office for Civil Rights Complaint Portal at <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>.



DualChoice

THÔNG BÁO KHÔNG PHÂN BIỆT ĐỐI XỬ

Phân biệt đối xử là trái pháp luật. IEHP DualChoice (HMO D-SNP) chấp hành luật dân quyền của Tiểu bang và Liên bang. IEHP DualChoice không phân biệt đối xử bất hợp pháp, không loại trừ mọi người hoặc đối xử với họ khác biệt do giới tính, chủng tộc, màu da, tôn giáo, tổ tiên, nguồn gốc quốc gia, nhận dạng nhóm dân tộc, tuổi tác, khuyết tật tâm thần, khuyết tật thể chất, tình trạng y tế, thông tin di truyền, tình trạng hôn nhân, giới tính, bản dạng giới hoặc khuynh hướng tình dục.

IEHP DualChoice cung cấp:

- Các biện pháp hỗ trợ và các dịch vụ miễn phí cho người khuyết tật để giúp họ giao tiếp tốt hơn, chẳng hạn như:
 - ✓ Thông dịch viên ngôn ngữ ký hiệu đủ tiêu chuẩn
 - ✓ Thông tin bằng văn bản ở các định dạng khác (bản in cỡ lớn, âm thanh, định dạng điện tử có thể truy cập, các định dạng khác)
- Các dịch vụ ngôn ngữ miễn phí cho người có ngôn ngữ chính không phải tiếng Anh, chẳng hạn như:
 - ✓ Thông dịch viên đủ trình độ
 - ✓ Thông tin được viết bằng các ngôn ngữ khác

Nếu quý vị cần những dịch vụ này, hãy liên hệ Ban Dịch Vụ Hội Viên IEHP DualChoice từ 8 giờ sáng-8 giờ tối (Múi giờ PST), 7 ngày một tuần, kể cả các ngày lễ bằng cách gọi số 1-877-273-4347. Nếu quý vị không thể nghe rõ hoặc không thể diễn đạt tốt, vui lòng gọi số 1-800-718-4347. Nếu được yêu cầu, tài liệu này có thể được cung cấp cho quý vị ở dạng chữ nổi braille, bản in khổ lớn, băng ghi âm hoặc dạng điện tử. Để nhận bản sao ở một trong các định dạng thay thế này, vui lòng gọi hoặc gửi thư tới:

IEHP DualChoice
10801 Sixth St., Rancho Cucamonga, CA 91730
Số điện thoại 1-877-273-4347
TTY: 1-800-718-4347
711 (Dịch Vụ Chuyển Tiếp Viễn Thông)

CÁCH NỘP ĐƠN KHIẾU NẠI

Nếu quý vị tin rằng IEHP DualChoice đã không cung cấp các dịch vụ này hoặc bị phân biệt đối xử bất hợp pháp theo một cách khác dựa trên cơ sở giới tính, chủng tộc, màu da, tôn giáo, tổ tiên, nguồn gốc quốc gia, nhận dạng nhóm dân tộc, tuổi tác, khuyết tật tâm thần, khuyết tật thể chất, tình trạng sức khỏe, thông tin di truyền, tình trạng hôn nhân, giới tính, bản dạng giới hoặc khuynh hướng tình dục, quý vị có thể nộp đơn khiếu nại với Điều Phối Viên Dân Quyền (Civil Rights Coordinator) của IEHP DualChoice. Quý vị có thể nộp đơn khiếu nại qua điện thoại, bằng văn bản, đến trực tiếp, hoặc bằng hình thức điện tử:

- Qua điện thoại: Liên hệ với Điều Phối Viên Dân Quyền của IEHP DualChoice từ 8 giờ sáng-8 giờ tối (Múi giờ PST), 7 ngày một tuần, kể cả các ngày lễ bằng cách gọi số 1-877-273-4347. Hoặc, nếu quý vị không thể nghe rõ hoặc không thể diễn đạt tốt, vui lòng gọi số 1-800-718-4347.
- Qua viết thư: Điền vào mẫu đơn than phiền hoặc viết thư và gửi đến:

IEHP DualChoice, Attn: Điều Phối Viên Dân Quyền (Civil Rights Coordinator),
10801 Sixth Street, Suite 120, Rancho Cucamonga, CA 91730
- Trực tiếp: Đến văn phòng bác sĩ của quý vị hoặc đến IEHP DualChoice và nói rằng quý vị muốn nộp đơn khiếu nại.
- Bằng hình thức điện tử: Truy cập trang web của IEHP DualChoice tại www.iehp.org.

VĂN PHÒNG DÂN QUYỀN – SỞ DỊCH VỤ Y TẾ California

Quý vị cũng có thể nộp đơn than phiền về dân quyền với Sở Dịch Vụ Y Tế California, Văn phòng Dân Quyền qua điện thoại, qua viết thư gửi đường bưu điện, hoặc bằng hình thức điện tử:

- Qua điện thoại: Gọi số **916-440-7370**. Nếu quý vị không thể diễn đạt tốt hoặc không thể nghe rõ, vui lòng gọi **711 (Dịch vụ tiếp âm viễn thông)**.
- Qua viết thư: Điền vào mẫu đơn than phiền hoặc gửi một lá thư đến:

**Deputy Director, Office of Civil
Rights Department of Health Care
Services Office of Civil Rights
P.O. Box 997413, MS 0009
Sacramento, CA 95899-7413**

Các mẫu đơn khiếu nại có sẵn tại
http://www.dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx.

- Bảng hình thức điện tử: Gửi email đến địa chỉ CivilRights@dhcs.ca.gov.

VĂN PHÒNG DÂN QUYỀN – BỘ Y TẾ VÀ DỊCH VỤ NHÂN SINH HOA KỲ

Nếu quý vị tin rằng quý vị đã bị phân biệt đối xử dựa trên cơ sở chủng tộc, màu da, nguồn gốc quốc gia, tuổi tác, tình trạng khuyết tật hoặc giới tính, quý vị cũng có thể nộp đơn than phiền về dân quyền với Bộ Y Tế và Dịch Vụ Nhân Sinh Hoa Kỳ, Văn phòng Dân Quyền qua điện thoại, qua viết thư gửi đường bưu điện hoặc bằng hình thức điện tử:

- Qua điện thoại: Gọi số **1-800-368-1019**. Nếu quý vị không thể diễn đạt rõ ràng hoặc nghe rõ, vui lòng gọi số **TTY/TDD 1-800-537-7697**.
- Qua viết thư: Điền vào mẫu đơn than phiền hoặc gửi một lá thư đến:

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

Các mẫu đơn khiếu nại có sẵn tại <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

- Bảng hình thức điện tử: Truy cập Cổng Thông tin Khiếu nại của Văn phòng Dân Quyền tại <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>.



DualChoice

TAGLINES

English Tagline

ATTENTION: If you need help in your language call 1-877-273-4347 (TTY: 1-800-718-4347). Aids and services for people with disabilities, like documents in braille and large print, are also available. Call 1-877-273-4347 (TTY: 1-800-718-4347). These services are free of charge.

الشعار بالعربية (Arabic)

يُرجى الانتباه: إذا احتجت إلى المساعدة بلغتك، فاتصل بـ 1-877-273-4347 (TTY: 1-800-718-4347). تتوفر أيضًا المساعدات والخدمات للأشخاص ذوي الإعاقة، مثل المستندات المكتوبة بطريقة برييل والخط الكبير. اتصل بـ 1-877-273-4347 (TTY: 1-800-718-4347). هذه الخدمات مجانية.

Հայերեն պիտակ (Armenian)

ՈՒՇԱԴՐՈՒԹՅՈՒՆ: Եթե Ձեզ օգնություն է հարկավոր Ձեր լեզվով, 1-877-273-4347 (TTY: 1-800-718-4347): Կան նաև օժանդակ միջոցներ ու ծառայություններ հաշմանդամություն ունեցող անձանց համար, օրինակ՝ Բրայլի գրատիպով ու խոշորատառ տպագրված կյութեր: Չանգահարեք 1-877-273-4347 (TTY: 1-800-718-4347): Այդ ծառայություններն անվճար են:

ឃ្លាសម្គាល់ជាភាសាខ្មែរ (Cambodian)

ចំណាំ: បើអ្នក ត្រូវ ការជំនួយ ជាភាសា របស់អ្នក សូម ទូរស័ព្ទទៅលេខ 1-877-273-4347 (TTY: 1-800-718-4347)។ ជំនួយ និង សេវាកម្ម សម្រាប់ ជនពិការ ដូចជាឯកសារសរសេរជាអក្សរធំ សម្រាប់ជនពិការភ្នែក ឬឯកសារសរសេរជាអក្សរពុម្ពធំ ក៏អាចរកបានផងដែរ។ ទូរស័ព្ទមកលេខ 1-877-273-4347 (TTY: 1-800-718-4347)។ សេវាកម្មទាំងនេះមិនគិតថ្លៃឡើយ។

简体中文标语 (Simplified Chinese)

请注意：如果您需要以您的母语提供帮助，请致电 1-877-273-4347 (TTY: 1-800-718-4347)。我们另外还提供针对残疾人士的帮助和服务，例如盲文和大字体阅读，提供您方便取用。请致电 1-877-273-4347 (TTY: 1-800-718-4347)。这些服务都是免费的。

مطلب به زبان فارسی (Farsi)

توجه: اگر می‌خواهید به زبان خود کمک دریافت کنید، با 1-877-273-4347 (TTY: 1-800-718-4347) تماس بگیرید. کمک‌ها و خدمات مخصوص افراد دارای معلولیت، مانند نسخه‌های خط بریل و چاپ با حروف بزرگ، نیز موجود است. با 1-877-273-4347 (TTY: 1-800-718-4347) تماس بگیرید. این خدمات رایگان

हिंदी टैगलाइन (Hindi)

ध्यान दें: अगर आपको अपनी भाषा में सहायता की आवश्यकता है तो 1-877-273-4347 (TTY: 1-800-718-4347) पर कॉल करें। अशक्तता वाले लोगों के लिए सहायता और सेवाएं, जैसे ब्रेल और बड़े प्रिंट में भी दस्तावेज़ उपलब्ध हैं। 1-877-273-4347 (TTY: 1-800-718-4347) पर कॉल करें। ये सेवाएं निःशुल्क हैं।

Nqe Lus Hmoob Cob (Hmong)

CEEB TOOM: Yog koj xav tau kev pab txhais koj hom lus hu rau 1-877-273-4347 (TTY: 1-800-718-4347). Muaj cov kev pab txhawb thiab kev pab cuam rau cov neeg xiam oob qhab, xws li puav leej muaj ua cov ntawv su thiab luam tawm ua tus ntawv loj. Hu rau 1-877-273-4347 (TTY: 1-800-718-4347). Cov kev pab cuam no yog pab dawb xwb.

日本語表記 (Japanese)

注意日本語での対応が必要な場合は 1-877-273-4347 (TTY: 1-800-718-4347)へお電話ください。点字の資料や文字の拡大表示など、障がいをお持ちの方のためのサービスも用意しています。 1-877-273-4347 (TTY: 1-800-718-4347) へお電話ください。これらのサービスは無料で提供しています。

한국어 태그라인 (Korean)

유의사항: 귀하의 언어로 도움을 받고 싶으시면 1-877-273-4347 (TTY: 1-800-718-4347) 번으로 문의하십시오. 점자나 큰 활자로 된 문서와 같이 장애가 있는 분들을 위한 도움과 서비스도 이용 가능합니다. 1-877-273-4347 (TTY: 1-800-718-4347) 번으로 문의하십시오. 이러한 서비스는 무료로 제공됩니다.

ແທກໄລພາສາລາວ (Laotian)

ປະກາດ: ຖ້າທ່ານຕ້ອງການຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອໃນພາສາຂອງທ່ານໃຫ້ໃຫ້ຫາເບີ 1-877-273-4347 (TTY: 1-800-718-4347). ຍັງມີຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອແລະການບໍລິການສໍາລັບຄົນພິການ ເຊັ່ນເອກະສານທີ່ເປັນອັກສອນນູນແລະມິໂຕເຟິມໃຫຍ່ໃຫ້ໃຫ້ຫາເບີ 1-877-273-4347 (TTY: 1-800-718-4347). ການບໍລິການເຫຼົ່ານີ້ບໍ່ຕ້ອງເສຍຄ່າໃຊ້ຈ່າຍໃດໆ.

Mien Tagline (Mien)

LONGC HNYOUV JANGX LONGX OC: Beiv taux meih qiex longc mienh tengx faan benx meih nyei waac nor douc waac daaih lorx taux 1-877-273-4347 (TTY: 1-800-718-4347). Liouh lorx jauv-louc tengx aengx caux nzie gong bun taux ninh mbuo wuaaic fangx mienh, beiv taux longc benx nzangc-pokc bun hlou mbiutc aengx caux aamz mborqv benx domh sou se mbenc nzoih bun longc. Douc waac daaih lorx 1-877-273-4347 (TTY: 1-800-718-4347). Naaiv deix nzie weih gong-bou jauv-louc se benx wanghenh tengx mv zuqc cuotv nyaanh oc.

ਪੰਜਾਬੀ ਟੈਗਲਾਈਨ (Punjabi)

ਧਿਆਨ ਦਿਓ: ਜੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਆਪਣੀ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਮਦਦ ਦੀ ਲੋੜ ਹੈ ਤਾਂ ਕਾਲ ਕਰੋ 1-877-273-4347 (TTY: 1-800-718-4347). ਅਪਾਰਜ ਲੋਕਾਂ ਲਈ ਸਹਾਇਤਾ ਅਤੇ ਸੇਵਾਵਾਂ, ਜਿਵੇਂ ਕਿ ਬ੍ਰੇਲ ਅਤੇ ਮੋਟੀ ਛਪਾਈ ਵਿੱਚ ਦਸਤਾਵੇਜ਼, ਵੀ ਉਪਲਬਧ ਹਨ। ਕਾਲ ਕਰੋ 1-877-273-4347 (TTY: 1-800-718-4347). ਇਹ ਸੇਵਾਵਾਂ ਮੁਫਤ ਹਨ।

Русский слоган (Russian)

ВНИМАНИЕ! Если вам нужна помощь на вашем родном языке, звоните по номеру 1-877-273-4347 (линия TTY: 1-800-718-4347). Также предоставляются средства и услуги для людей с ограниченными возможностями, например документы крупным шрифтом или шрифтом Брайля. Звоните по номеру 1-877-273-4347 (линия TTY: 1-800-718-4347). Такие услуги предоставляются бесплатно.

Mensaje en español (Spanish)

ATENCIÓN: si necesita ayuda en su idioma, llame al 1-877-273-4347 (TTY: 1-800-718-4347). También ofrecemos asistencia y servicios para personas con discapacidades, como documentos en braille y con letras grandes. Llame al 1-877-273-4347 (TTY: 1-800-718-4347). Estos servicios son gratuitos.

Tagalog Tagline (Tagalog)

ATENSIYON: Kung kailangan mo ng tulong sa iyong wika, tumawag sa 1-877-273-4347 (TTY: 1-800-718-4347). Mayroon ding mga tulong at serbisyo para sa mga taong may kapansanan, tulad ng mga dokumento sa braille at malaking print. Tumawag sa 1-877-273-4347 (TTY: 1-800-718-4347). Libre ang mga serbisyonang ito.

แท็กไลน์ภาษาไทย (Thai)

โปรดทราบ: หากคุณต้องการความช่วยเหลือเป็นภาษาของคุณ กรุณาโทรศัพท์ไปที่หมายเลข 1-877-273-4347 (TTY: 1-800-718-4347) นอกจากนี้ ยังพร้อมให้ความช่วยเหลือและบริการต่าง ๆ สำหรับบุคคลที่มีความพิการ เช่น เอกสารต่าง ๆ ที่เป็นอักษรเบรลล์และเอกสารที่พิมพ์ด้วยตัวอักษรขนาดใหญ่ กรุณาโทรศัพท์ไปที่หมายเลข 1-877-273-4347 (TTY: 1-800-718-4347) ไม่มีค่าใช้จ่ายสำหรับบริการเหล่านี้

Примітка українською (Ukrainian)

УВАГА! Якщо вам потрібна допомога вашою рідною мовою, телефонуйте на номер 1-877-273-4347 (TTY: 1-800-718-4347). Люди з обмеженими можливостями також можуть скористатися допоміжними засобами та послугами, наприклад, отримати документи, надруковані шрифтом Брайля та великим шрифтом. Телефонуйте на номер 1-877-273-4347 (TTY: 1-800-718-4347). Ці послуги безкоштовні.

Khẩu hiệu tiếng Việt (Vietnamese)

CHÚ Ý: Nếu quý vị cần trợ giúp bằng ngôn ngữ của mình, vui lòng gọi số 1-877-273-4347 (TTY: 1-800-718-4347). Chúng tôi cũng hỗ trợ và cung cấp các dịch vụ dành cho người khuyết tật, như tài liệu bằng chữ nổi Braille và chữ khổ lớn (chữ hoa). Vui lòng gọi số 1-877-273-4347 (TTY: 1-800-718-4347). Các dịch vụ này đều miễn phí.



DualChoice

Multi-Language Insert

Multi-language Interpreter Services

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 1-877-273-4347 (TTY: 1-800-718-4347). Someone who speaks English/Language can help you. This is a free service.

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 1-877-273-4347 (TTY: 1-800-718-4347). Alguien que hable español le podrá ayudar. Este es un servicio gratuito.

Chinese Mandarin: 我们提供免费的翻译服务，帮助您解答关于健康或药物保险的任何疑问。如果您需要此翻译服务，请致电 1-877-273-4347 (TTY: 1-800-718-4347)。我们的中文工作人员很乐意帮助您。这是一项免费服务。

Chinese Cantonese: 您對我們的健康或藥物保險可能存有疑問，為此我們提供免費的翻譯服務。如需翻譯服務，請致電 1-877-273-4347 (TTY: 1-800-718-4347)。我們講中文的人員將樂意為您提供幫助。這是一項免費服務。

Tagalog: Mayroon kaming libreng serbisyo sa pagsasaling-wika upang masagot ang anumang mga katanungan ninyo hinggil sa aming planong pangkalusugan o panggamot. Upang makakuha ng tagasaling-wika, tawagan lamang kami sa 1-877-273-4347 (TTY: 1-800-718-4347). Maaari kayong tulungan ng isang nakakapagsalita ng Tagalog. Ito ay libreng serbisyo.

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 1-877-273-4347 (TTY: 1-800-718-4347). Un interlocuteur parlant Français pourra vous aider. Ce service est gratuit.

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 1-877-273-4347 (TTY: 1-800-718-4347) sẽ có nhân viên nói tiếng Việt giúp đỡ quý vị. Đây là dịch vụ miễn phí.

German: Unser kostenloser Dolmetscherservice beantwortet Ihren Fragen zu unserem Gesundheits- und Arzneimittelplan. Unsere Dolmetscher

erreichen Sie unter 1-877-273-4347 (TTY: 1-800-718-4347). Man wird Ihnen dort auf Deutsch weiterhelfen. Dieser Service ist kostenlos.

Korean: 당사는 의료 보험 또는 약품 보험에 관한 질문에 대해 드리고자 무료 통역 서비스를 제공하고 있습니다. 통역 서비스를 이용하려면 전화 1-877-273-4347 (TTY: 1-800-718-4347)번으로 문의해 주십시오. 한국어를 하는 담당자가 도와 드릴 것입니다. 이 서비스는 무료로 운영됩니다.

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 1-877-273-4347 (TTY: 1-800-718-4347). Вам окажет помощь сотрудник, который говорит по-русски. Данная услуга бесплатная.

Arabic: إننا نقدم خدمات المترجم الفوري المجانية للإجابة عن أي أسئلة تتعلق بالصحة أو جدول الأدوية لدينا. للحصول على 1-877-273-4347 (TTY: 1-800-718-4347) على مترجم فوري، ليس عليك سوى الاتصال بنا على بمساعدتك. هذه خدمة مجانية سيقوم شخص ما يتحدث العربية.

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 1-877-273-4347 (TTY: 1-800-718-4347) 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 1-877-273-4347 (TTY: 1-800-718-4347). Un nostro incaricato che parla Italianovi fornirà l'assistenza necessaria. È un servizio gratuito.

Portugués: 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 1-877-273-4347 (TTY: 1-800-718-4347). Irá encontrar alguém que fale o idioma Português para o ajudar. Este serviço é gratuito.

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 1-877-273-4347 (TTY: 1-800-718-4347). Yon moun ki pale Kreyòl kapab ede w. Sa a se yon sèvis ki gratis.

Polish: Umożliwiamy bezpłatne 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 1-877-273-4347 (TTY: 1-800-718-4347). 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 **1-877-273-4347 (TTY: 1-800-718-4347)** 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。