

# Highlights of your Health Care Coverage

(BHT) BUSINESS HEALTH TRUST

Effective Date: 01/01/2020

Any deductibles, copays, and coinsurance percentages shown are amounts for which you're responsible.  
 Medical Benefits apply after the calendar-year deductible is met unless otherwise noted, or if the cost share is a copay.

MEDICAL PLAN		STERLING 2500	
	HERITAGE IN-NETWORK	OUT-OF-NETWORK	
<b>MEDICAL COST SHARE OPTIONS</b>			
<b>Individual Deductible PCY</b> (Family embedded deductible 3X Individual)	\$2,500	\$5,000	
<b>Coinsurance (Member's percentage of costs after deductible based on allowable charges)</b>	20%	50%	
<b>Individual Out of Pocket Maximum PCY, includes deductible, coinsurance, copay and pharmacy if applicable</b> (Family Embedded OOP Max \$14,300)	\$7,000	Unlimited	
<b>Office Visit Cost Share</b>	\$40 Copay, applies to the Out of Pocket Maximum	\$5,000 Deductible, then 50% Coinsurance, applies to Unlimited Out of Pocket Maximum	
<b>PREVENTIVE CARE OPTIONS AND HEALTH EDUCATION</b>			
<b>Preventive Office Visit</b> (Unlimited, subject to standard medical guidelines)	Covered In Full	Not Covered	
<b>Immunizations</b> (Unlimited, subject to standard medical guidelines)	Covered In Full	Not Covered	
<b>Health Education (HE)</b> (Unlimited)	Covered In Full	Not Covered	
<b>Nicotine Dependency Programs (ND)</b> (Unlimited)	Covered In Full	Not Covered	
<b>Diabetes Health Education (DE)</b> (Unlimited)	Covered In Full	Not Covered	
<b>PROFESSIONAL CARE</b>			
<b>Professional Office Visit (Includes Telemedicine)</b>	\$40 Copay, applies to the Out of Pocket Maximum	\$5,000 Deductible, then 50% Coinsurance, applies to Unlimited Out of Pocket Maximum	
<b>Inpatient Professional Services</b>	\$2,500 Deductible, then 20% Coinsurance, applies to \$7,000 Out of Pocket Maximum	\$5,000 Deductible, then 50% Coinsurance, applies to Unlimited Out of Pocket Maximum	
<b>Contraceptive Management Services</b> (Unlimited)	Covered In Full	\$5,000 Deductible, then 50% Coinsurance, applies to Unlimited Out of Pocket Maximum	

<b>MEDICAL PLAN</b>		<b>STERLING 2500</b>	
	<b>HERITAGE IN-NETWORK</b>	<b>OUT-OF-NETWORK</b>	
<b>VIRTUAL CARE - ON DEMAND</b>			
<b>Virtual Care - General Medical/ Dermatology (Voice/Video)</b>	Covered In Full	Not Applicable	
<b>DIAGNOSTIC SERVICE OPTIONS</b>			
<b>Preventive Professional Diagnostic Imaging and Laboratory Services - Including Mammogram and PAP/PSA</b>	Covered In Full	\$5,000 Deductible, then 50% Coinsurance, applies to Unlimited Out of Pocket Maximum	
<b>Other Professional Diagnostic Imaging</b>	Waive Deductible, then 20% Coinsurance, applies to \$7,000 Out of Pocket Maximum	\$5,000 Deductible, then 50% Coinsurance, applies to Unlimited Out of Pocket Maximum	
<b>Professional Diagnostic Major Imaging</b>	Waive Deductible, then 20% Coinsurance, applies to \$7,000 Out of Pocket Maximum	\$5,000 Deductible, then 50% Coinsurance, applies to Unlimited Out of Pocket Maximum	
<b>Other Professional Diagnostic Laboratory/Pathology</b>	Waive Deductible, then 20% Coinsurance, applies to \$7,000 Out of Pocket Maximum	\$5,000 Deductible, then 50% Coinsurance, applies to Unlimited Out of Pocket Maximum	
<b>Diagnostic Mammography</b>	Waive Deductible, then 20% Coinsurance, applies to \$7,000 Out of Pocket Maximum	\$5,000 Deductible, then 50% Coinsurance, applies to Unlimited Out of Pocket Maximum	
<b>FACILITY CARE OPTIONS</b>			
<b>Inpatient Facility</b>	\$2,500 Deductible, then 20% Coinsurance, applies to \$7,000 Out of Pocket Maximum	\$5,000 Deductible, then 50% Coinsurance, applies to Unlimited Out of Pocket Maximum	
<b>Outpatient Surgery Facility</b>	\$2,500 Deductible, then 20% Coinsurance, applies to \$7,000 Out of Pocket Maximum	\$5,000 Deductible, then 50% Coinsurance, applies to Unlimited Out of Pocket Maximum	
<b>Skilled Nursing Facility</b> (90 days PCY; includes room and board, and facility billed professional and ancillary fees)	\$2,500 Deductible, then 20% Coinsurance, applies to \$7,000 Out of Pocket Maximum	\$5,000 Deductible, then 50% Coinsurance, applies to Unlimited Out of Pocket Maximum	
<b>Hospice Inpatient Facility</b> (Unlimited; within the 6 month lifetime maximum)	\$2,500 Deductible, then 20% Coinsurance, applies to \$7,000 Out of Pocket Maximum	\$5,000 Deductible, then 50% Coinsurance, applies to Unlimited Out of Pocket Maximum	
<b>PREMERA DESIGNATED CENTERS OF EXCELLENCE</b>			
<b>Centers of Excellence Packaged Services</b> (Eligible Services Include: Total Joint Replacement (Knee & Hip Replacement))	Covered In Full	Covered as any other service	
<b>Travel and Care Coordination</b> (Limited to IRS Guidelines)	Covered In Full	Not Covered	
<b>EMERGENCY CARE AND TRANSPORTATION OPTION</b>			
<b>Emergency Care (If applicable, waive copay if admitted to inpatient facility)</b>	\$200 Copay then \$2,500 Deductible and 20% Coinsurance; all cost shares apply to the \$7,000 Out of Pocket Maximum	\$200 Copay then \$2,500 Deductible and 20% Coinsurance; all cost shares apply to the \$7,000 Out of Pocket Maximum	
<b>Emergency Room Physician</b>	\$2,500 Deductible, then 20% Coinsurance, applies to \$7,000 Out of Pocket Maximum	\$2,500 Deductible, then 20% Coinsurance, applies to \$7,000 Out of Pocket Maximum	
<b>Urgent Care Center</b>	\$40 Copay, applies to the Out of Pocket Maximum	\$5,000 Deductible, then 50% Coinsurance, applies to Unlimited Out of Pocket Maximum	
<b>Ambulance Transportation</b> (Unlimited)	\$2,500 Deductible, then 20% Coinsurance, applies to \$7,000 Out of Pocket Maximum	\$2,500 Deductible, then 20% Coinsurance, applies to \$7,000 Out of Pocket Maximum	
<b>Air Ambulance</b> (Unlimited)	\$2,500 Deductible, then 20% Coinsurance, applies to \$7,000 Out of Pocket Maximum	\$2,500 Deductible, then 20% Coinsurance, applies to \$7,000 Out of Pocket Maximum	

MEDICAL PLAN		STERLING 2500	
	HERITAGE IN-NETWORK	OUT-OF-NETWORK	
<b>OTHER SERVICES</b>			
<b>Allergy/Therapeutic Injections</b>	\$2,500 Deductible, then 20% Coinsurance, applies to \$7,000 Out of Pocket Maximum	\$5,000 Deductible, then 50% Coinsurance, applies to Unlimited Out of Pocket Maximum	
<b>Mental Health Inpatient Facility Care</b> (Unlimited)	\$2,500 Deductible, then 20% Coinsurance, applies to \$7,000 Out of Pocket Maximum	\$5,000 Deductible, then 50% Coinsurance, applies to Unlimited Out of Pocket Maximum	
<b>Mental Health Outpatient Professional Care</b> (Unlimited)	\$40 Copay, applies to the Out of Pocket Maximum	\$5,000 Deductible, then 50% Coinsurance, applies to Unlimited Out of Pocket Maximum	
<b>Telemedicine - Mental Health</b>	Covered In Full	Not Applicable	
<b>Chemical Dependency Inpatient Facility Care</b> (Unlimited)	\$2,500 Deductible, then 20% Coinsurance, applies to \$7,000 Out of Pocket Maximum	\$5,000 Deductible, then 50% Coinsurance, applies to Unlimited Out of Pocket Maximum	
<b>Chemical Dependency Outpatient Professional Care</b> (Unlimited)	\$40 Copay, applies to the Out of Pocket Maximum	\$5,000 Deductible, then 50% Coinsurance, applies to Unlimited Out of Pocket Maximum	
<b>Rehab Inpatient Facility</b> (30 days PCY)	\$2,500 Deductible, then 20% Coinsurance, applies to \$7,000 Out of Pocket Maximum	\$5,000 Deductible, then 50% Coinsurance, applies to Unlimited Out of Pocket Maximum	
<b>Rehab Outpatient Care, Including Physical, Occupational, Speech and Massage Therapy, and Chronic Pain</b> (45 visits PCY)	\$40 Copay, applies to the Out of Pocket Maximum	\$5,000 Deductible, then 50% Coinsurance, applies to Unlimited Out of Pocket Maximum	
<b>Rehab Outpatient Care Chronic Conditions, Including Cardiac, Pulmonary Rehab, and Cancer</b>	\$40 Copay, applies to the Out of Pocket Maximum	\$5,000 Deductible, then 50% Coinsurance, applies to Unlimited Out of Pocket Maximum	
<b>Medical Supplies, Equipment, Prosthetics</b> (Unlimited)	\$2,500 Deductible, then 20% Coinsurance, applies to \$7,000 Out of Pocket Maximum	\$5,000 Deductible, then 50% Coinsurance, applies to Unlimited Out of Pocket Maximum	
<b>Foot Orthotics, Orthopedic Shoes and Accessories</b> (\$300 PCY; Includes orthotics and orthopedic shoes)	\$2,500 Deductible, then 20% Coinsurance, applies to \$7,000 Out of Pocket Maximum	\$5,000 Deductible, then 50% Coinsurance, applies to Unlimited Out of Pocket Maximum	
<b>Home Health Visits</b> (130 visits PCY)	\$2,500 Deductible, then 20% Coinsurance, applies to \$7,000 Out of Pocket Maximum	\$5,000 Deductible, then 50% Coinsurance, applies to Unlimited Out of Pocket Maximum	
<b>Hospice Care</b> (Hospice Home Visits: Unlimited; Respite: 240 hours; within the 6 month lifetime maximum)	\$2,500 Deductible, then 20% Coinsurance, applies to \$7,000 Out of Pocket Maximum	\$5,000 Deductible, then 50% Coinsurance, applies to Unlimited Out of Pocket Maximum	
<b>TMJ (Temporomandibular Joint Disorders)</b> (Unlimited (Medical and Dental services - Medical and Dental cost shares based on type of service))	Covered as any other service	Covered as any other service	
<b>Transplants</b> (Unlimited; \$7,500 travel and lodging limits)	Covered as any other service	Not Covered	
<b>ALTERNATIVE CARE</b>			
<b>Manipulations (Spinal and other)</b> (12 visits PCY)	\$40 Copay, applies to the Out of Pocket Maximum	\$5,000 Deductible, then 50% Coinsurance, applies to Unlimited Out of Pocket Maximum	
<b>Acupuncture</b> (12 visits PCY)	\$40 Copay, applies to the Out of Pocket Maximum	\$5,000 Deductible, then 50% Coinsurance, applies to Unlimited Out of Pocket Maximum	
<b>ANNUAL PLAN MAXIMUM</b>			
<b>Annual Plan Maximum</b>	Unlimited	Unlimited	

Prior Authorization is required for many services to be covered. For more information please refer to your benefit booklet.

PCY = Per Calendar Year. Balance billing may apply if a provider is not contracted with Premera Blue Cross. Members are responsible for amounts in excess of the allowable charge.

*This is not a complete explanation of covered services, exclusions, limitations, reductions or the terms under which the program may be continued in force. This benefit highlight is not a contract. For full coverage provisions, including a description of waiting periods, limitations and exclusions please contact Customer Service.*

# Highlights of your Health Care Coverage

(BHT) BUSINESS HEALTH TRUST

Effective Date: 01/01/2020

Below is a brief overview of your Pharmacy Benefits. For more information on your benefits, please refer to your benefit booklets. To find out what tiers apply to a specific medication, refer to our Preferred Drug List at [www.premera.com](http://www.premera.com)

<b>PHARMACY PLAN</b>	
<b>STERLING 2500 - RX</b>	
<b>PRESCRIPTION DRUGS</b>	
<b>Drug List</b>	Preferred B4 Tier 1 = generic Tier 2 = preferred brand Tier 3 = non-preferred brands Tier 4 = specialty
<b>Retail Cost Shares</b>	\$10/\$40/\$80/\$250
<b>Mail Cost Shares</b>	\$25/\$100/\$200/\$250
<b>Day Supply</b>	Retail: 30 Days; Mail: 90 Days; Specialty: 30 Days
<b>Individual Deductible PCY</b>	\$0
<b>Family Deductible PCY</b>	No Family Deductible
<b>Out of Network (Non-participating retail pharmacies)</b>	Cost Share, then 40% (to allowable)
<b>Out of Pocket Maximum</b>	Applies to the medical out of pocket maximum
<b>Annual Benefit Maximum</b>	Unlimited

Prior Authorization is required for many services to be covered. For more information please refer to your benefit booklet.

PCY = Per Calendar Year. Balance billing may apply if a provider is not contracted with Premera Blue Cross. Members are responsible for amounts in excess of the allowable charge.

*This is not a complete explanation of covered services, exclusions, limitations, reductions or the terms under which the program may be continued in force. This benefit highlight is not a contract. For full coverage provisions, including a description of waiting periods, limitations and exclusions please contact Customer Service.*

**Discrimination is Against the Law**

Prmera Blue Cross complies with applicable Federal and state laws and does not discriminate on the basis of race, national origin, age, disability, or sex. Prmera does not exclude people or limit their benefits based on race, color, national origin, age, disability or sex.

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

If you need these services, contact the Civil Rights Coordinator. If you believe that Prmera 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 complaint with the Civil Rights Coordinator, Complaints and Appeals, 700 Blue Sky Building, Suite 400, 10000 W. 16th Avenue, Denver, CO 80202. Tel: 800-722-1471, Fax: 434-2818, TTY: 800-642-5357. Email: [Appeals@prmeracross.com](mailto:Appeals@prmeracross.com)

You can file a grievance in person or by mail, fax, or email. If you need help filing a grievance, the Civil Rights Coordinator 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 [www.hhs.gov/ocr/ocomplaintportal/](http://www.hhs.gov/ocr/ocomplaintportal/), or by first mail or phone at: U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue, SW, Room 508F, Main Building, Washington, D.C. 20201. 1-800-368-1019, 800-637-7887 (TDD), Complaint forms are available at: [www.hhs.gov/officefor-civil-rights](http://www.hhs.gov/officefor-civil-rights)

**Getting Help in Other Languages**

This notice has important information. This notice may have important information about your enrollment or coverage through Prmera Blue Cross. Please make sure you understand the information. If you need help, you can get it. Prmera Blue Cross has people who can help you understand the information. You can get help in your language at no cost. Call 800-722-1471 (TTY: 800-642-5357).

**فارسی (Farsi)**  
 Prmera Blue Cross می‌تواند به شما در درک کردن این اطلاعیه کمک کند. اگر شما نیاز به کمک دارید، می‌توانید با ما تماس بگیرید. ما می‌توانیم به شما کمک کنیم تا این اطلاعیه را درک کنید. اگر شما نیاز به کمک دارید، می‌توانید با ما تماس بگیرید. ما می‌توانیم به شما کمک کنیم تا این اطلاعیه را درک کنید. اگر شما نیاز به کمک دارید، می‌توانید با ما تماس بگیرید. ما می‌توانیم به شما کمک کنیم تا این اطلاعیه را درک کنید.

**العربية (Arabic)**  
 Prmera Blue Cross يمكن أن تساعدك على فهم هذه المعلومات. إذا كنت بحاجة إلى مساعدة، يمكنك الاتصال بنا. نحن نقدم خدمات الترجمة الفورية للمعلومات الهامة. يمكنك الاتصال بنا للحصول على المساعدة التي تحتاجها. يمكنك الاتصال بنا للحصول على المساعدة التي تحتاجها. يمكنك الاتصال بنا للحصول على المساعدة التي تحتاجها.

**中文 (Chinese)**  
 Prmera Blue Cross 提供中文服务，帮助您理解重要信息。如果您需要帮助，请联系我们。我们提供中文翻译服务，帮助您理解重要信息。如果您需要帮助，请联系我们。我们提供中文翻译服务，帮助您理解重要信息。如果您需要帮助，请联系我们。

**日本語 (Japanese)**  
 Prmera Blue Cross は、重要な情報を理解するための日本語のサポートを提供しています。必要に応じて、日本語の通訳サービスをご利用ください。重要な情報を理解するための日本語のサポートを提供しています。必要に応じて、日本語の通訳サービスをご利用ください。

**한국어 (Korean)**  
 Prmera Blue Cross는 중요한 정보를 이해하는 데 도움을 주도록 노력하고 있습니다. 필요 시 한국어 통역 서비스를 제공합니다. 중요한 정보를 이해하는 데 도움을 주도록 노력하고 있습니다. 필요 시 한국어 통역 서비스를 제공합니다.

**ภาษาไทย (Thai)**  
 Prmera Blue Cross สามารถช่วยคุณเข้าใจข้อมูลสำคัญได้. หากคุณต้องการความช่วยเหลือ, กรุณาติดต่อเรา. เราให้บริการการแปลภาษาไทยสำหรับข้อมูลสำคัญ. หากคุณต้องการความช่วยเหลือ, กรุณาติดต่อเรา.

**हिन्दी (Hindi)**  
 Prmera Blue Cross आपकी मदद कर सकता है कि आप इस सूचना को समझ सकें। यदि आपको मदद चाहिए, तो हमसे संपर्क करें। हम हिंदी में सूचनाओं का अनुवाद करते हैं। यदि आपको मदद चाहिए, तो हमसे संपर्क करें।

**සිංහල (Sinhala)**  
 Prmera Blue Cross හිදී ඔබට අවශ්‍ය වන තොරතුරු සැපයීමට සූදානම්ව සිටිමුණි. ඔබට අවශ්‍ය නම්, සිංහල භාෂාවෙන් ඔබට අවබෝධ කරගත හැකි තොරතුරු සැපයීමට සූදානම්ව සිටිමුණි.

**မြန်မာ (Burmese)**  
 Prmera Blue Cross သည် အရေးကြီးသော အချက်အလက်များကို သိရှိရန်အတွက် အကူအညီပေးနိုင်ပါသည်။ အကူအညီလိုအပ်ပါက ဤအချက်အလက်များကို အကူအညီပေးနိုင်ပါသည်။

**தமிழ் (Tamil)**  
 Prmera Blue Cross இது உங்களுக்கு முக்கியமான தகவலை வழங்குகிறது. உங்களுக்கு உதவ வேண்டியால், நாங்கள் உங்களுக்கு உதவ முன்வருகிறோம். உங்களுக்கு உதவ வேண்டியால், நாங்கள் உங்களுக்கு உதவ முன்வருகிறோம்.

**தெலுగు (Telugu)**  
 Prmera Blue Cross ఈ సమాచారాన్ని అర్థం చేసుకోవడానికి సహాయం చేయడానికి సిద్ధంగా ఉంది. మీకు సహాయం అవసరమైతే, దయచేసి మాకు సంప్రదించండి. మీకు సహాయం అవసరమైతే, దయచేసి మాకు సంప్రదించండి.

**ಕನ್ನಡ (Kannada)**  
 Prmera Blue Cross ಈ ಮಾಹಿತಿ ಅರ್ಥೈಸಿಕೊಳ್ಳಲು ಸಹಾಯ ಮಾಡಲು ಸಿದ್ಧವಿದೆ. ನಿಮಗೆ ಸಹಾಯ ಬೇಕಾದರೆ, ದಯವಿಟ್ಟು ನಮಗೆ ಸಂಪರ್ಕಿಸಿ. ನಿಮಗೆ ಸಹಾಯ ಬೇಕಾದರೆ, ದಯವಿಟ್ಟು ನಮಗೆ ಸಂಪರ್ಕಿಸಿ.

**മലയാളം (Malayalam)**  
 Prmera Blue Cross ഈ സമയം നിങ്ങളുടെ ശ്രദ്ധേയമായ വിവരങ്ങൾ നൽകുന്നു. നിങ്ങളുടെ വിവരങ്ങൾ മനസ്സിലാക്കാനായി, ദയവു ചെയ്ത് ഞങ്ങളെ ബന്ധപ്പെടുക. നിങ്ങളുടെ വിവരങ്ങൾ മനസ്സിലാക്കാനായി, ദയവു ചെയ്ത് ഞങ്ങളെ ബന്ധപ്പെടുക.

**മലയാളം (Malayalam)**  
 Prmera Blue Cross ഈ സമയം നിങ്ങളുടെ ശ്രദ്ധേയമായ വിവരങ്ങൾ നൽകുന്നു. നിങ്ങളുടെ വിവരങ്ങൾ മനസ്സിലാക്കാനായി, ദയവു ചെയ്ത് ഞങ്ങളെ ബന്ധപ്പെടുക. നിങ്ങളുടെ വിവരങ്ങൾ മനസ്സിലാക്കാനായി, ദയവു ചെയ്ത് ഞങ്ങളെ ബന്ധപ്പെടുക.

**Overview (Czech)**

Prmera Blue Cross poskytuje služby v češtině. Pokud potřebujete pomoc, můžete se obrátit na naše české pracovníky. Prmera Blue Cross poskytuje služby v češtině. Pokud potřebujete pomoc, můžete se obrátit na naše české pracovníky.

**Franses (French)**  
 Prmera Blue Cross vous offre des services en français. Si vous avez besoin d'aide, contactez-nous. Prmera Blue Cross vous offre des services en français. Si vous avez besoin d'aide, contactez-nous.

**Deutsch (German)**  
 Prmera Blue Cross bietet Ihnen Dienstleistungen auf Deutsch an. Wenn Sie Unterstützung benötigen, kontaktieren Sie uns. Prmera Blue Cross bietet Ihnen Dienstleistungen auf Deutsch an. Wenn Sie Unterstützung benötigen, kontaktieren Sie uns.

**हिन्दी (Hindi)**  
 Prmera Blue Cross आपकी मदद कर सकता है कि आप इस सूचना को समझ सकें। यदि आपको मदद चाहिए, तो हमसे संपर्क करें। Prmera Blue Cross आपकी मदद कर सकता है कि आप इस सूचना को समझ सकें। यदि आपको मदद चाहिए, तो हमसे संपर्क करें।

**한국어 (Korean)**  
 Prmera Blue Cross는 중요한 정보를 이해하는 데 도움을 주도록 노력하고 있습니다. 필요 시 한국어 통역 서비스를 제공합니다. Prmera Blue Cross는 중요한 정보를 이해하는 데 도움을 주도록 노력하고 있습니다. 필요 시 한국어 통역 서비스를 제공합니다.

**မြန်မာ (Burmese)**  
 Prmera Blue Cross သည် အရေးကြီးသော အချက်အလက်များကို သိရှိရန်အတွက် အကူအညီပေးနိုင်ပါသည်။ အကူအညီလိုအပ်ပါက ဤအချက်အလက်များကို အကူအညီပေးနိုင်ပါသည်။

**தமிழ் (Tamil)**  
 Prmera Blue Cross இது உங்களுக்கு முக்கியமான தகவலை வழங்குகிறது. உங்களுக்கு உதவ வேண்டியால், நாங்கள் உங்களுக்கு உதவ முன்வருகிறோம். Prmera Blue Cross இது உங்களுக்கு முக்கியமான தகவலை வழங்குகிறது. உங்களுக்கு உதவ வேண்டியால், நாங்கள் உங்களுக்கு உதவ முன்வருகிறோம்.

**தெலுగు (Telugu)**  
 Prmera Blue Cross ఈ సమాచారాన్ని అర్థం చేసుకోవడానికి సహాయం చేయడానికి సిద్ధంగా ఉంది. మీకు సహాయం అవసరమైతే, దయచేసి మాకు సంప్రదించండి. Prmera Blue Cross ఈ సమాచారాన్ని అర్థం చేసుకోవడానికి సహాయం చేయడానికి సిద్ధంగా ఉంది. మీకు సహాయం అవసరమైతే, దయచేసి మాకు సంప్రదించండి.

**ಕನ್ನಡ (Kannada)**  
 Prmera Blue Cross ಈ ಮಾಹಿತಿ ಅರ್ಥೈಸಿಕೊಳ್ಳಲು ಸಹಾಯ ಮಾಡಲು ಸಿದ್ಧವಿದೆ. ನಿಮಗೆ ಸಹಾಯ ಬೇಕಾದರೆ, ದಯವಿಟ್ಟು ನಮಗೆ ಸಂಪರ್ಕಿಸಿ. Prmera Blue Cross ಈ ಮಾಹಿತಿ ಅರ್ಥೈಸಿಕೊಳ್ಳಲು ಸಹಾಯ ಮಾಡಲು ಸಿದ್ಧವಿದೆ. ನಿಮಗೆ ಸಹಾಯ ಬೇಕಾದರೆ, ದಯವಿಟ್ಟು ನಮಗೆ ಸಂಪರ್ಕಿಸಿ.

**മലയാളം (Malayalam)**  
 Prmera Blue Cross ഈ സമയം നിങ്ങളുടെ ശ്രദ്ധേയമായ വിവരങ്ങൾ നൽകുന്നു. നിങ്ങളുടെ വിവരങ്ങൾ മനസ്സിലാക്കാനായി, ദയവു ചെയ്ത് ഞങ്ങളെ ബന്ധപ്പെടുക. Prmera Blue Cross ഈ സമയം നിങ്ങളുടെ ശ്രദ്ധേയമായ വിവരങ്ങൾ നൽകുന്നു. നിങ്ങളുടെ വിവരങ്ങൾ മനസ്സിലാക്കാനായി, ദയവു ചെയ്ത് ഞങ്ങളെ ബന്ധപ്പെടുക.

**മലയാളം (Malayalam)**  
 Prmera Blue Cross ഈ സമയം നിങ്ങളുടെ ശ്രദ്ധേയമായ വിവരങ്ങൾ നൽകുന്നു. നിങ്ങളുടെ വിവരങ്ങൾ മനസ്സിലാക്കാനായി, ദയവു ചെയ്ത് ഞങ്ങളെ ബന്ധപ്പെടുക. Prmera Blue Cross ഈ സമയം നിങ്ങളുടെ ശ്രദ്ധേയമായ വിവരങ്ങൾ നൽകുന്നു. നിങ്ങളുടെ വിവരങ്ങൾ മനസ്സിലാക്കാനായി, ദയവു ചെയ്ത് ഞങ്ങളെ ബന്ധപ്പെടുക.

**മലയാളം (Malayalam)**  
 Prmera Blue Cross ഈ സമയം നിങ്ങളുടെ ശ്രദ്ധേയമായ വിവരങ്ങൾ നൽകുന്നു. നിങ്ങളുടെ വിവരങ്ങൾ മനസ്സിലാക്കാനായി, ദയവു ചെയ്ത് ഞങ്ങളെ ബന്ധപ്പെടുക. Prmera Blue Cross ഈ സമയം നിങ്ങളുടെ ശ്രദ്ധേയമായ വിവരങ്ങൾ നൽകുന്നു. നിങ്ങളുടെ വിവരങ്ങൾ മനസ്സിലാക്കാനായി, ദയവു ചെയ്ത് ഞങ്ങളെ ബന്ധപ്പെടുക.

**മലയാളം (Malayalam)**  
 Prmera Blue Cross ഈ സമയം നിങ്ങളുടെ ശ്രദ്ധേയമായ വിവരങ്ങൾ നൽകുന്നു. നിങ്ങളുടെ വിവരങ്ങൾ മനസ്സിലാക്കാനായി, ദയവു ചെയ്ത് ഞങ്ങളെ ബന്ധപ്പെടുക. Prmera Blue Cross ഈ സമയം നിങ്ങളുടെ ശ്രദ്ധേയമായ വിവരങ്ങൾ നൽകുന്നു. നിങ്ങളുടെ വിവരങ്ങൾ മനസ്സിലാക്കാനായി, ദയവു ചെയ്ത് ഞങ്ങളെ ബന്ധപ്പെടുക.

**മലയാളം (Malayalam)**  
 Prmera Blue Cross ഈ സമയം നിങ്ങളുടെ ശ്രദ്ധേയമായ വിവരങ്ങൾ നൽകുന്നു. നിങ്ങളുടെ വിവരങ്ങൾ മനസ്സിലാക്കാനായി, ദയവു ചെയ്ത് ഞങ്ങളെ ബന്ധപ്പെടുക. Prmera Blue Cross ഈ സമയം നിങ്ങളുടെ ശ്രദ്ധേയമായ വിവരങ്ങൾ നൽകുന്നു. നിങ്ങളുടെ വിവരങ്ങൾ മനസ്സിലാക്കാനായി, ദയവു ചെയ്ത് ഞങ്ങളെ ബന്ധപ്പെടുക.

**മലയാളം (Malayalam)**  
 Prmera Blue Cross ഈ സമയം നിങ്ങളുടെ ശ്രദ്ധേയമായ വിവരങ്ങൾ നൽകുന്നു. നിങ്ങളുടെ വിവരങ്ങൾ മനസ്സിലാക്കാനായി, ദയവു ചെയ്ത് ഞങ്ങളെ ബന്ധപ്പെടുക. Prmera Blue Cross ഈ സമയം നിങ്ങളുടെ ശ്രദ്ധേയമായ വിവരങ്ങൾ നൽകുന്നു. നിങ്ങളുടെ വിവരങ്ങൾ മനസ്സിലാക്കാനായി, ദയവു ചെയ്ത് ഞങ്ങളെ ബന്ധപ്പെടുക.

**മലയാളം (Malayalam)**  
 Prmera Blue Cross ഈ സമയം നിങ്ങളുടെ ശ്രദ്ധേയമായ വിവരങ്ങൾ നൽകുന്നു. നിങ്ങളുടെ വിവരങ്ങൾ മനസ്സിലാക്കാനായി, ദയവു ചെയ്ത് ഞങ്ങളെ ബന്ധപ്പെടുക. Prmera Blue Cross ഈ സമയം നിങ്ങളുടെ ശ്രദ്ധേയമായ വിവരങ്ങൾ നൽകുന്നു. നിങ്ങളുടെ വിവരങ്ങൾ മനസ്സിലാക്കാനായി, ദയവു ചെയ്ത് ഞങ്ങളെ ബന്ധപ്പെടുക.

**മലയാളം (Malayalam)**  
 Prmera Blue Cross ഈ സമയം നിങ്ങളുടെ ശ്രദ്ധേയമായ വിവരങ്ങൾ നൽകുന്നു. നിങ്ങളുടെ വിവരങ്ങൾ മനസ്സിലാക്കാനായി, ദയവു ചെയ്ത് ഞങ്ങളെ ബന്ധപ്പെടുക. Prmera Blue Cross ഈ സമയം നിങ്ങളുടെ ശ്രദ്ധേയമായ വിവരങ്ങൾ നൽകുന്നു. നിങ്ങളുടെ വിവരങ്ങൾ മനസ്സിലാക്കാനായി, ദയവു ചെയ്ത് ഞങ്ങളെ ബന്ധപ്പെടുക.

**മലയാളം (Malayalam)**  
 Prmera Blue Cross ഈ സമയം നിങ്ങളുടെ ശ്രദ്ധേയമായ വിവരങ്ങൾ നൽകുന്നു. നിങ്ങളുടെ വിവരങ്ങൾ മനസ്സിലാക്കാനായി, ദയവു ചെയ്ത് ഞങ്ങളെ ബന്ധപ്പെടുക. Prmera Blue Cross ഈ സമയം നിങ്ങളുടെ ശ്രദ്ധേയമായ വിവരങ്ങൾ നൽകുന്നു. നിങ്ങളുടെ വിവരങ്ങൾ മനസ്സിലാക്കാനായി, ദയവു ചെയ്ത് ഞങ്ങളെ ബന്ധപ്പെടുക.

**മലയാളം (Malayalam)**  
 Prmera Blue Cross ഈ സമയം നിങ്ങളുടെ ശ്രദ്ധേയമായ വിവരങ്ങൾ നൽകുന്നു. നിങ്ങളുടെ വിവരങ്ങൾ മനസ്സിലാക്കാനായി, ദയവു ചെയ്ത് ഞങ്ങളെ ബന്ധപ്പെടുക. Prmera Blue Cross ഈ സമയം നിങ്ങളുടെ ശ്രദ്ധേയമായ വിവരങ്ങൾ നൽകുന്നു. നിങ്ങളുടെ വിവരങ്ങൾ മനസ്സിലാക്കാനായി, ദയവു ചെയ്ത് ഞങ്ങളെ ബന്ധപ്പെടുക.

**മലയാളം (Malayalam)**  
 Prmera Blue Cross ഈ സമയം നിങ്ങളുടെ ശ്രദ്ധേയമായ വിവരങ്ങൾ നൽകുന്നു. നിങ്ങളുടെ വിവരങ്ങൾ മനസ്സിലാക്കാനായി, ദയവു ചെയ്ത് ഞങ്ങളെ ബന്ധപ്പെടുക. Prmera Blue Cross ഈ സമയം നിങ്ങളുടെ ശ്രദ്ധേയമായ വിവരങ്ങൾ നൽകുന്നു. നിങ്ങളുടെ വിവരങ്ങൾ മനസ്സിലാക്കാനായി, ദയവു ചെയ്ത് ഞങ്ങളെ ബന്ധപ്പെടുക.