



Solicitud de inscripción

Highmark Health Options Duals

Solicítela con este formulario, en línea o por teléfono. Si tiene alguna pregunta, estamos aquí para ayudarle.

highmarkhealthoptions.com/duals

1-888-567-0914
(TTY 711)

Del 1 de octubre al 31 de marzo De 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana

Del 1 de abril al 30 de septiembre De lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m.

Highmark BCBSD Inc., que opera comercialmente como Highmark Blue Cross Blue Shield, ofrece planes HMO con un contrato con Medicare. La inscripción en estos planes depende de la renovación del contrato.

Highmark BCBSD Inc., que opera comercialmente como Highmark Blue Cross Blue Shield, es titular de una licencia independiente de Blue Cross and Blue Shield Association y ofrece el producto Highmark Health Options Duals Medicare D-SNP.

MODELO DE FORMULARIO DE SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN INDIVIDUAL PARA INSCRIBIRSE EN UN PLAN MEDICARE ADVANTAGE (PARTE C)

¿Quién puede utilizar este formulario?

Personas con Medicare que desean unirse a un plan Medicare Advantage.

Para unirse a un plan, debe cumplir con los siguientes requisitos:

- Ser ciudadano o residente legal de los EE. UU.
- Vivir en el área de servicios del plan

Importante: Para unirse a un plan Medicare Advantage, también debe tener:

- Medicare Parte A (seguro hospitalario)
- Medicare Parte B (seguro médico)

¿Cuándo utilizo este formulario?

Puede unirse a un plan:

- Entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre de cada año (para la cobertura a partir del 1.º de enero)
- Dentro de los 3 meses de haber obtenido Medicare por primera vez
- En determinadas situaciones en las que se le permite unirse o cambiar de plan

Visite **Medicare.gov** para obtener más información sobre cuándo puede inscribirse en un plan.

¿Qué necesito para completar este formulario?

- Su número de Medicare (el número que aparece en su tarjeta roja, blanca y azul de Medicare)
- Su dirección permanente y número de teléfono

Nota: Debe completar todos los puntos de la sección 1. Los puntos de la Sección 2 son opcionales; no se le puede negar la cobertura porque no los complete.

Recordatorios:

- Si desea inscribirse en un plan durante la inscripción abierta de otoño (del 15 de octubre al 7 de diciembre), el plan debe recibir su formulario completo antes del 7 de diciembre.
- Su plan le enviará una factura por la prima del plan. Puede elegir inscribirse para pagar su prima por medio de una deducción automática de su cuenta bancaria o de su beneficio mensual del Seguro Social (o de la Junta de Jubilación para Empleados Ferroviarios).

¿Qué sucede después?

Complete este formulario en línea en highmarkhealthoptions.com/duals o envíe por correo su formulario completo y firmado a la siguiente dirección:

Highmark Health Options Duals DE

Attn: Enrollment

PO Box 890032

Camp Hill, PA 17089-0032

Una vez que procesemos su solicitud de inscripción, nos comunicaremos con usted.

¿Cómo obtengo ayuda con este formulario?

Llame a Highmark Health Options Duals al 1-888-567-0914.

Los usuarios de TTY pueden llamar al 711.

O bien, llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048.

En español: Llame a Highmark Health Options Duals al 1-888-567-0914 (los usuarios de TTY pueden llamar al 711) o a Medicare gratis al 1-800-633-4227 y oprima el 8 para asistencia en español y un representante estará disponible para asistirle.

Personas sin hogar:

- Si desea inscribirse en un plan, pero no tiene residencia permanente, el uso de un apartado postal, una dirección de un refugio o clínica, o la dirección donde recibe el correo (p. ej., cheques del seguro social) puede considerarse como su dirección de residencia permanente.

De acuerdo con la Ley de Reducción de Trámites (Paperwork Reduction Act, PRA) de 1995, ninguna persona está obligada a responder a una solicitud de información, a menos que se indique un número de control válido de la Oficina de Administración y Presupuesto (Office of Management and Budget, OMB). El número de control válido de la OMB para esta solicitud de información es 0938-NEW. El tiempo estimado para completar esta información se estima en un promedio de 20 minutos por respuesta, incluido el tiempo necesario para revisar las instrucciones, buscar recursos de datos existentes, recopilar los datos necesarios y completar y revisar la recopilación de información. Si tiene algún comentario relacionado con la precisión de los tiempos estimados o sugerencias para mejorar este formulario, escriba a la siguiente dirección: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.

IMPORTANTE: No envíe este formulario ni ningún documento con su información personal (como reclamaciones, pagos, registros médicos, etc.) a la PRA Reports Clearance Office. Cualquier documento que recibamos que no se trate de cómo mejorar este formulario o su carga de recopilación de información (descrito en OMB 0938-1378) será destruido. No se conservará, revisará ni enviará al plan. Consulte "¿Qué sucede después?" en esta página para enviar su formulario completo al plan.

Sección 1: Todos los campos de esta página son obligatorios a menos que estén marcados como opcionales

Marque el plan en el que desea inscribirse:

- Highmark Health Options Duals (HMO SNP)
\$0 por mes

Nombre		Apellido		Inicial del segundo nombre (opcional)						
<input type="text"/>										
Fecha de nacimiento		Sexo		Número de teléfono						
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>					
M	M	D	D	A	A	A	A	M	F	()
Número de Seguro Social (opcional)										
<input type="text"/>										
Dirección de residencia permanente (no ingrese un apartado postal):										
<input type="text"/>										
Ciudad		Condado		Estado	Código postal					
<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>					
Dirección de correo, si es diferente de su dirección permanente (se admite un apartado postal):										
Dirección										
<input type="text"/>										
Ciudad		Estado		Código postal						
<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>						

Su información de Medicare

Número de Medicare Proporcione su número de Medicare como se muestra en su tarjeta roja, blanca y azul de seguro médico de Medicare.

Responda estas preguntas importantes

¿Tendrá otra cobertura de medicamentos recetados (como VA, TRICARE) además de Highmark Health Options Duals?

- Sí No

Nombre de otra cobertura:

Número de miembro para esta cobertura:

Número de grupo para esta cobertura:

Sección 2: Todos los campos de esta página son opcionales

Responder estas preguntas es su elección. No se le puede negar la cobertura porque no complete estos campos.

¿Es usted de origen hispano, latino o español? Seleccione todas las que correspondan.

- No, no soy de origen hispano, latino o español Sí, mexicano, mexicano americano, chicano
 Sí, puertorriqueño Sí, cubano
 Sí, otro origen hispano, latino o español **Elijo no responder**

¿Cuál es su raza? Seleccione todas las que correspondan.

- Indígena estadounidense o nativo de Alaska Indígena asiática Negra o afroamericana
 China Filipina Guameña o chamorra
 Japonesa Coreana Nativa de Hawái
 Otra asiática Otra isleña del Pacífico Somoana
 Vietnamita Blanca **Elijo no responder**

¿Cuál es su sexo? Seleccione uno.

- Mujer Hombre No binario Uso un término diferente _____
 Elijo no responder

¿Cuál de las siguientes opciones representa mejor cómo se percibe? Seleccione uno.

- Lesbiana o gay Heterosexual, que no es gay o lesbiana Bisexual
 Uso un término diferente _____ No sé **Elijo no responder**

Seleccione uno si desea que le enviemos información en un idioma que no sea inglés.

- Español Otro idioma _____ (escribir)

Seleccione una opción si desea que le enviemos información en un formato accesible.

- Braille Letra grande CD de audio CD de datos

Llame a Highmark Health Options Duals al 1-855-401-8251 si necesita información en un formato accesible o idioma que no figure anteriormente. Los usuarios de TTY deben llamar al 711. Nuestro horario de atención es:

Del 1 de octubre al 31 de marzo De 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana

Del 1 de abril al 30 de septiembre De lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m.

¿Trabaja? Sí No ¿Trabaja su cónyuge? Sí No

¿Está inscrito en el programa estatal de Medicaid? Sí No

En caso afirmativo, proporcione el número de Medicaid:

Enumere su médico de atención primaria (Primary Care Physician, PCP), clínica o centro de salud:

Dirección o número de teléfono del médico de atención primaria (PCP), clínica o centro de salud:

Soy un paciente actual de este proveedor.

Proporcione su correo electrónico y/o número de teléfono si desea recibir comunicaciones relacionadas con la educación médica, recordatorios y otra información (opcional).

Correo electrónico:

Número de teléfono:

Es posible que estos correos electrónicos incluyan información de salud confidencial específica para sus necesidades. Si acepta recibir correos electrónicos y/o mensajes de texto, existe la posibilidad de que un tercero no autorizado monitoree, intercepte, lea o cambie los correos electrónicos y/o mensajes de texto que le enviemos antes de que lleguen a su bandeja de entrada, y es posible que la persona equivocada reciba la información que es para usted o que sus cuentas electrónicas sean jaqueadas. Si usted desea recibir estos mensajes y correos electrónicos, comprende y acepta estos riesgos.

DECLARACIÓN DE LA LEY DE PRIVACIDAD

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS) recopilan información de los planes de Medicare para realizar un seguimiento de la inscripción de los beneficiarios en los planes Medicare Advantage (MA), mejorar la atención y para el pago de los beneficios de Medicare. Los artículos 1851 de la Ley del Seguro Social y el Título 42 del Código de Reglamentaciones Federales (Code of Federal Regulations, CFR), párrafos §§ 422.50 y 422.60, autorizan la recopilación de esta información. Los CMS pueden usar, divulgar e intercambiar datos de inscripción de beneficiarios de Medicare como se especifica en el Aviso del Sistema de Registros (System of Records Notice, SORN) "Medicamentos recetados de Medicare Advantage (Medicare Advantage Prescription Drug, MARx)", Sistema n.º 09-70-0588. Su respuesta a este formulario es voluntaria. Sin embargo, la falta de respuesta puede afectar la inscripción en el plan.

Declaración de elegibilidad para un período de inscripción

Por lo general, puede inscribirse en un plan de medicamentos recetados de Medicare solo durante el período de inscripción anual desde el 15 de octubre hasta el 7 de diciembre de cada año. Existen excepciones que pueden permitirle inscribirse en un plan de medicamentos recetados de Medicare fuera de dicho período.

Lea atentamente los siguientes enunciados y marque la casilla que corresponda en su caso. Al marcar cualquiera de las siguientes casillas, usted certifica que, a su leal saber y entender, es elegible para un período de inscripción. Si posteriormente determinamos que esta información es incorrecta, es posible que se le cancele la inscripción.

Es nuevo en Medicare o está cambiando de cobertura

- Estoy haciendo mi elección de inscripción anual (15 de octubre – 7 de diciembre).
- Soy nuevo en Medicare.
- Recientemente perdí involuntariamente mi cobertura acreditable de medicamentos recetados ("acreditable" significa cobertura del mismo nivel que la de Medicare). Perdí mi cobertura de medicamentos recetados el _____ (escribir la fecha).
- Dejaré o he dejado la cobertura de un empleador o sindicato el _____ (escribir la fecha).
- Mi plan finalizará su contrato con Medicare, o Medicare finalizará su contrato con mi plan.

Cambio reciente de residencia

- Recientemente me mudé o planeé mudarme fuera del área de servicio para mi plan actual, o recientemente me mudé o planeé mudarme y este plan es una nueva opción para mí _____ (escribir la fecha de mudanza).
- Recientemente regresé a los EE. UU. después de vivir de manera permanente fuera del país. Regresé a los EE. UU. el _____ (escribir la fecha).
- Me estoy por mudar a un centro de atención a largo plazo, vivo en un centro de atención a largo plazo, o me estoy por mudar fuera de un centro de atención a largo plazo (por ejemplo, un hogar de ancianos).
Me mudé/me mudaré al centro/del centro el _____ (escribir la fecha).
- Recientemente obtuve el estado de extranjero legal en los EE. UU. Obtuve este estado el _____ (escribir la fecha).
- Fui recientemente liberado de la cárcel. Fui liberado el _____ (escribir la fecha).

Declaración de elegibilidad para un período de inscripción

Cambio en los ingresos o necesidades especiales/calificaciones del plan

- Tengo Medicare y Medicaid (o el estado en donde vivo me ayuda a pagar las primas de Medicare) u obtengo ayuda adicional para pagar mi cobertura de medicamentos recetados de Medicare, pero no se ha producido ningún cambio.
- Recientemente se produjo un cambio en mi ayuda adicional para el pago de mi cobertura de medicamentos recetados de Medicare (obtuve ayuda adicional por primera vez, se produjo un cambio en el nivel de ayuda adicional o perdí la ayuda adicional) el _____ (escribir la fecha).
- Pertenezco a un programa de asistencia farmacéutica proporcionado por mi estado.
- Recientemente dejé un plan del Programa de Atención Todo Incluido para las Personas de la Tercera Edad (Program of All-Inclusive Care for the Elderly, PACE) el _____ (escribir la fecha).
- Estaba inscrito en un plan de necesidades especiales (Special Needs Plan, SNP), pero ya no cumpla con los requisitos para estar en ese plan. Se canceló mi inscripción en el SNP el _____ (escribir la fecha).
- Me inscribí en un plan Medicare Advantage y deseo hacer un cambio durante el período de inscripción abierta en Medicare Advantage (Medicare Advantage Open Enrollment Period, MA OEP).
- Estaba inscrito en un plan de Medicare (o de mi estado) y deseo elegir otro plan. Mi inscripción en ese plan comenzó el _____ (escribir la fecha).
- Recientemente se produjo un cambio en mi cobertura de Medicaid (obtuve Medicaid por primera vez, se produjo un cambio en mi nivel de asistencia de Medicaid o perdí la cobertura de Medicaid) el _____ (escribir la fecha).
- Esta es la primera vez que obtengo el derecho a la Parte B.
- En los últimos 12 meses, cancelé una póliza Medigap para unirme a un plan Medicare Advantage* por primera vez (*plan Medicare Advantage con cobertura de medicamentos recetados).
- He estado en Medicare, pero acabo de cumplir 65 años, o cumpliré los 65 en los próximos tres meses.
- Los CMS colocaron a mi plan actual en administración judicial debido a dificultades financieras.
- Estoy dentro del cuarto al séptimo mes de mi período de elección inicial.

Otro motivo

- Estoy en un plan que se identifica como plan con desempeño deficiente constante.
- Fui afectado por una emergencia o un desastre mayor (según lo declarado por la Agencia Federal para el Manejo de Emergencias [Federal Emergency Management Agency, FEMA] o por una entidad gubernamental federal, estatal o local). Uno de los otros enunciados que figuran aquí se aplica a mí, pero no pude solicitar mi inscripción debido al desastre.
- Estoy inscribiéndome en un plan Medicare con una calificación de 5 estrellas.
- Ninguna de las opciones anteriores se aplica.

IMPORTANTE: Lea y Firme a continuación:

- Debo mantener tanto la Parte A (seguro hospitalario) como la Parte B (seguro médico) para permanecer en el plan Medicare Advantage de Highmark Health Options Duals.
- Al unirme a este plan Medicare Advantage, acepto que Highmark Health Options Duals compartirá mi información con Medicare, que puede utilizarla para realizar un seguimiento de mi inscripción, hacer pagos y para otros fines permitidos por la ley federal que autoriza la recopilación de esta información (consulte la Declaración de la Ley de Privacidad anterior).
- Comprendo que puedo estar inscrito en un solo plan MA a la vez, y que la inscripción en este plan finalizará automáticamente mi inscripción en otro plan MA (se aplican excepciones para los planes MA PFFS y MA MSA).
- Su respuesta a este formulario es voluntaria. Sin embargo, la falta de respuesta puede afectar la inscripción en el plan.
- La información de este formulario de inscripción es correcta a mi leal saber y entender. Entiendo que, si proporciono información falsa a sabiendas en este formulario, se cancelará mi inscripción en el plan.
- Entiendo que cuando comience mi cobertura de Highmark Health Options Duals, debo obtener todos mis beneficios médicos y de medicamentos recetados de Highmark Health Options Duals. Los servicios y beneficios proporcionados por Highmark Health Options Duals que se encuentran en mi documento "Evidencia de cobertura" de Highmark Health Options Duals (también conocido como contrato del miembro o acuerdo del suscriptor) estarán cubiertos. Ni Medicare ni Highmark Health Options Duals pagarán los beneficios o servicios que no estén cubiertos.
- Entiendo que mi firma (o la firma de la persona legalmente autorizada a actuar en mi nombre) en esta solicitud significa que he leído y entiendo su contenido. Si el documento fue firmado por un representante autorizado (como se describió anteriormente), esta firma certifica que:
 1. Esta persona está autorizada en virtud de la ley estatal para completar esta inscripción; y
 2. La documentación de esta autoridad está disponible a pedido de Medicare.

Firma

Fecha de hoy

Si usted es el representante autorizado, debe firmar arriba y proporcionar la siguiente información:

Nombre

Dirección

Número de teléfono

Relación con el inscrito

Solo para uso de agentes, corredores o terceros

Nombre del corredor/agente/tercero: _____

Número de producto nacional (National Producer Number, NPN) (si corresponde): _____

Relación con la persona inscrita: _____

Fecha de entrada de vigencia de la cobertura: _____

Fecha de recepción: _____

Solo para uso administrativo interno

Número de identificación del plan: _____

ICEP/IEP: _____ AEP: _____ SEP (tipo): _____ No elegible: _____



Highmark Health Options Duals cumple con las leyes federales de derechos civiles vigentes y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad, credo, afiliación religiosa, linaje, sexo, género, identidad o expresión de género u orientación sexual. Highmark Health Options Duals no excluye a las personas ni les trata de forma diferente debido a su raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad, credo, afiliación religiosa, linaje, sexo, género, identidad o expresión de género ni orientación sexual.

Highmark Health Options Duals brinda asistencia y servicios gratuitos a las personas con dificultades para comunicarse de forma eficaz con nosotros, como los siguientes:

- Intérpretes de lenguaje de señas calificados.
- Información en formatos diferentes, como por ejemplo, letra grande, audio y braille.

Highmark Health Options Duals brinda servicios gratuitos de idioma a las personas cuya lengua materna no es el inglés, como los siguientes:

- Intérpretes calificados.
- Información escrita en otros idiomas.

Si necesita estos servicios, comuníquese con Servicios para Miembros de Highmark Health Options Duals al 1-855-401-8251 (TTY: 711 o 1-800-232-5460), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m.

Si considera que Highmark Health Options Duals no ha cumplido en brindar estos servicios o le ha discriminado de alguna otra forma por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad, credo, afiliación religiosa, linaje, sexo, género, identidad o expresión de género u orientación sexual, puede presentar una queja a Highmark Health Options Duals o a la División de Derechos Humanos y Civiles de Delaware, por correo postal, teléfono o formulario en el sitio web.

Highmark Health Options Duals
Attn: Appeals and Grievances
P.O. Box 890416
Camp Hill, PA 17089-0416
1-855-401-8251

Division of Human and Civil Rights
861 Silver Lake Blvd., Suite 145
Dover, DE 19904
302-739-4567
hho.fyi/ea-intake

Si necesita ayuda para presentar una queja, Highmark Health Options Duals y la División de Derechos Humanos y Civiles están disponibles para ayudarle.

También puede presentar una queja sobre derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. en línea en [OCRPortal.hhs.gov](https://ocrportal.hhs.gov), y por correo postal, teléfono o correo electrónico:

U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue SW
HHH Building Room 509F
Washington, DC 20201
1-800-368-1019 (TTY: 1-800-537-7697)
OCRMail@hhs.gov

Una versión imprimible del formulario de queja está disponible en hho.fyi/complaint-form.

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 1-855-401-8251 (TTY: 711). Someone who speaks English 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 1-855-401-8251. 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 1-855-401-8251。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 1-855-401-8251。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 1-855-401-8251. 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 1-855-401-8251. 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 1-855-401-8251 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 1-855-401-8251. 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 1-855-401-8251번으로 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 1-855-401-8251. 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 مترجم فوري، ليس عليك سوى الاتصال بنا على 1-855-401-8251. سيقوم شخص ما يتحدث العربية بمساعدتك. هذه خدمة مجانية.

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 1-855-401-8251 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 1-855-401-8251. Un nostro incaricato che parla Italianovi fornirà l'assistenza necessaria. È un servizio gratuito.

Portuguese: 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 1-855-401-8251. 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 1-855-401-8251. 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 1-855-401-8251. 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、1-855-401-8251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。