

Washington Medicare Supplement
 Enrollment Application for
 Plans A, C, G, High Deductible G, and N/
 Solicitud de inscripción complementaria
 de Medicare de Washington para los
 planes A, C, G, G con deducible alto
 G y N



PO Box 327, MS 295
 Seattle, WA 98111
 800-752-6663
 Fax: 425-918-5278

Usted es elegible para solicitar un plan complementario de Medicare (Medicare Supplement Plan) de Premera Blue Cross (Premera) si:/

You are eligible to apply for a Premera Blue Cross (Premera) Medicare Supplement Plan if you:

- Reside en Washington (excepto el condado de Clark)/
Reside in Washington (excluding Clark County),
- Actualmente tiene la Parte A ni la Parte B de Medicare/
Currently have both Medicare Part A and Part B, and
- No recibe asistencia de Medicaid que no sea el pago de su prima de la Parte B de Medicare/
Don't receive Medicaid assistance other than payment of your Medicare Part B Premium
- Tiene 65 años de edad o más/65 years of age or older

Introduzca sus respuestas en la computadora o escríbalas en letra imprenta con claridad para que podamos procesar su solicitud rápidamente. Asegúrese de devolvernos todas las páginas. Las omisiones, las respuestas incompletas o el uso de líquido corrector o cinta adhesiva resultarán en la devolución de su solicitud y pueden causar un retraso en la fecha de vigencia de su cobertura./
 Please type your answers or print clearly in ink so we can process your application quickly. Be sure to return all pages to us. Omissions, incomplete answers, or the use of correction fluid or tape will result in the return of your application and may cause a delay in the effective date of your coverage.

A Información personal/Personal Information

Apellido/Last Name	Sufijo/ Suffix	Nombre/ First Name	Inicial del segundo nombre/ Middle Initial	
Dirección particular (no puede ser un apartado postal o una dirección comercial)/ Home Address (cannot be a PO Box or business address)	Ciudad/ City	Condado/ County	Estado/ State WA	Código postal/ Zip

APIMSWA24

021139spa (04-05-2024)

Dirección postal (si es diferente de la de arriba)/ Mailing Address (if different from above)	Ciudad/ City	Condado/ County	Estado/ State	Código postal/ Zip
Dirección de facturación (si es diferente de las dos de arriba)/ Billing Address (if different from both above)	Ciudad/ City	Condado/ County	Estado/ State	Código postal/ Zip
Número de teléfono/ Phone Number		Número de teléfono alternativo/ Alternate Phone Number		
Dirección de correo electrónico*/ Email Address*	Fecha de nacimiento (mes/día/año)/ Birthdate (Month/Day/Year)	Sexo/ Gender <input type="checkbox"/> Masculino/ Male <input type="checkbox"/> Femenino/ Female		
<p>*Nota importante: Podemos enviarle notificaciones de inscripción, información sobre cómo usar su plan, su Kit de bienvenida y una copia de esta solicitud por correo electrónico en lugar de una copia impresa./</p> <p>*Important Note: We can send enrollment notifications, information about how to use your plan, your Welcome Kit, and a copy of this application to you by email instead of a paper copy.</p> <p>¿Quiere recibir notificaciones de inscripción, información sobre cómo usar el plan, su Kit de bienvenida y una copia de esta solicitud por correo electrónico?/</p> <p>Do you want to receive enrollment notifications, information about how to use your plan, your Welcome Kit, and a copy of this application to you by email?</p> <p><input type="checkbox"/> Sí/Yes <input type="checkbox"/> No/No</p>				

Raza (opcional)/Race (Optional)

Premera se compromete a atender las diversas necesidades de todos nuestros miembros. Estos campos son completamente opcionales. Si desea identificarse, hágalo. La recopilación de esta información no determinará la elegibilidad, la calificación o los pagos de reclamos./

Premera is committed to serving the diverse needs of all our members. These fields are completely optional. If you'd like to self-identify, please do so. The collection of this information will not determine eligibility, rating, or claim payments.

(Marque una casilla)/(Check one)

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Nativo americano o nativo de Alaska/
America Indian or Alaska Native | <input type="checkbox"/> Asiático/Asian |
| <input type="checkbox"/> Negro o afroamericano/
Black or African American | <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái u otra Isla del Pacífico/
Native Hawaiian or Other Pacific Islander |

Blanco/White

Dos o más razas/Two or more races

Otra raza/Other race

Etnia (opcional)/Ethnicity (Optional)

Hispano o latino/Hispanic or Latino

Ni hispano ni latino/Not Hispanic or Latino

Idioma (opcional)/Language (Optional)

Por favor, seleccione el idioma que domina. Si domina el idioma inglés, así como otros, seleccione inglés de la lista. La recopilación de esta información no determinará la elegibilidad, la calificación o los pagos de reclamos./

Please select the language in which you're proficient. If your proficient in the English language, as well as others, please select English from the list. The collection of this information will not determine eligibility, rating, or claim payments.

(Marque una casilla)/(Check one)

Árabe/Arabic

Chino/Chinese

Inglés/English

Francés/Francés
criollo haitiano/
French/Haitian
Creole French

Alemán/German

Griego/Greek

Italiano/Italian

Japonés/Japanese

Coreano/Korean

Polaco/Polish

Portugués/
Portuguese

Ruso/
Russian

Español/Spanish

Tagalo/Tagalog

Vietnamita/
Vietnamese

Otro:/Other:

B Selección de plan/Plan Selection

¿En qué plan complementario de Medicare desea inscribirse?/

Which Medicare Supplement plan do you want to enroll in?

Plan A/
Plan A

Plan C/
Plan C

Plan G/
Plan G

Plan G de deducible alto/
Plan G High Deductible

Plan N/
Plan N

Nota: Solo aquellos solicitantes que inicialmente son elegibles para Medicare antes del 1 de enero de 2020 pueden solicitar los planes C, F y F con deducible alto, si se ofrecen./

Note: Only those applicants who are initially eligible for Medicare before January 1, 2020, may apply for Plans C, F, and High Deductible F, if offered.

Fecha de inicio del Plan/Plan Start Date

Usted es elegible para que la cobertura comience el primer día del mes posterior a la fecha del matasellos si toda la información está completa y es precisa, y aprobamos su solicitud. Indique el mes en el que desea que comience su cobertura./

You are eligible for coverage to start on the first of the month after the postmark date if all information is completed and accurate and we approve your application. Please indicate the month you want your coverage to start.

Quiero que este plan comience el primero de _____. (No más de 90 días después de la firma de la solicitud).
(ingrese el mes)/

I want this plan to begin on the first of _____. (No more than 90 days after the application is signed.)
(enter month)

C Información de Medicare/Medicare Information

Si perdió o está perdiendo otra cobertura de seguro de salud y recibió un aviso de su aseguradora anterior diciendo que era elegible para la emisión garantizada de una póliza de seguro complementario de Medicare o que tenía ciertos derechos para comprar dicha póliza, es posible que se le garantice la aceptación en uno o más de nuestros planes complementarios de Medicare. Incluya una copia del aviso de su aseguradora anterior con su solicitud. **Por favor, responda todas las preguntas:/**

If you lost or are losing other health insurance coverage and received a notice from your prior insurer saying you were eligible for guaranteed issue of a Medicare Supplement insurance policy or that you had certain rights to buy such a policy, you may be guaranteed acceptance in one or more of our Medicare Supplement plans. Please include a copy of the notice from your prior insurer with your application. **Please answer all questions:**

A su leal saber y entender:/To the best of your knowledge:

- Sí/Yes** **No/No** 1. ¿Cumplió 65 años en los últimos 6 meses?/
Did you turn 65 in the last 6 months?
- Sí/Yes** **No/No** 2. ¿Cumplirá 65 años en los próximos 6 meses?/
Will you turn 65 in the next 6 months?
- Sí/Yes** **No/No** 3. ¿Se inscribió en la Parte B de Medicare en los últimos 6 meses?/
Did you enroll in Medicare Part B in the last 6 months?



Número de Medicare (11 caracteres alfanuméricos como se ve en la imagen de arriba)/
Medicare Number (11 alphanumeric characters as seen in the image above)

Fecha de entrada en vigencia de la cobertura de Hospital (Parte A)/
Hospital (Part A) Effective Date

Fecha de entrada en vigencia de la cobertura de Medicare (Parte B)/
Medicare (Part B) Effective Date

Complete su número de Medicare y las fechas de vigencia en el cuadro de arriba utilizando la información de su tarjeta de Medicare o adjunte una copia de su tarjeta de Medicare. Necesitamos que todos los caracteres para la inscripción./

Please fill in your Medicare Number and effective dates in the box above using the information from your Medicare card or attach a copy of your Medicare Card. We need all characters to enroll you.

Si respondió Sí a 1 o 2, omita las Declaraciones de salud (Sección F). La ley garantiza que durante los seis meses inmediatamente posteriores a la inscripción en la Parte B de la cobertura médica de Medicare, no se puede denegar el seguro a las personas debido a condiciones de salud./

If you answered YES to 1 or 2, please skip the Health Statements (Section F). The law guarantees that for six months immediately following enrollment in Medicare medical coverage Part B, individuals cannot be denied insurance due to health conditions.


D Descuentos en pagos y primas (opcional)/ Payment and Premium Discounts (optional)

NO envíe pagos con esta solicitud./**DO NOT** send payments with this application.

Recibirá facturas mensuales en papel si no selecciona retiros mensuales automáticos./
You will get monthly paper bills if you do not select automatic monthly withdrawals.

Una agencia gubernamental o cualquier otro tercero no puede patrocinar ni pagar su plan de salud individual, excepto según lo exija la ley./

A government agency or any other third party may not sponsor or pay for your individual health plan, except as required by law.

 **Consejo: ahorre en sus primas** Regístrese para nuestros retiros mensuales automáticos (AFT) o nuestro descuento para cónyuges (si es elegible) y ahorrará en sus primas mensuales. Llámenos al 800-722-1471 para obtener más información./

Tip – Save on your premiums Sign up for our automatic monthly withdrawals (AFT) or our spousal discount (if eligible) and you will save on your monthly premiums. Call us at 800-722-1471 for more information.

Complete esta sección si está seleccionando el retiro mensual automático/ Please complete this section if you are selecting automatic monthly withdrawal

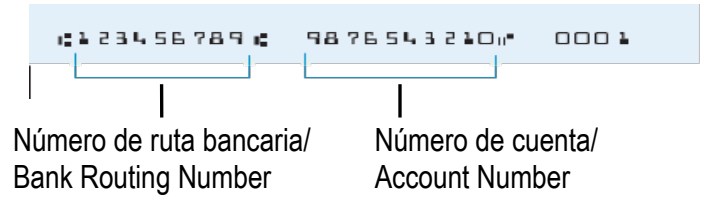
He seleccionado el retiro mensual automático y por la presente autorizo a Premera a iniciar la transferencia de fondos desde la cuenta bancaria o de la institución financiera que se indica a continuación. Autorizo a mi institución financiera a aceptar estas transferencias./

I have selected automatic monthly withdrawal and I hereby authorize Premera to initiate funds transfer from the bank or financial institution account indicated below. I authorize my financial institution to honor these transfers.

Nombre del titular de la cuenta (en letra de imprenta)/Account holder's name (print)
Nombre de la institución financiera o del banco/Financial institution or bank name

Número de ruta bancaria (ver abajo)/ Bank routing number (see below)	Número de cuenta (ver abajo)/ Account number (see below)	<input type="checkbox"/> Cuenta corriente/ Checking	<input type="checkbox"/> Cuenta de ahorros/ Savings
---	---	---	---

Complete la información anterior. Para garantizar la exactitud de su retiro automático, le recomendamos que nos envíe una fotocopia de su cheque anulado./
Fill out the information above. To ensure accuracy of your automatic withdrawal, we recommend that you send us a photocopy of your voided check.



Términos y condiciones adicionales:/Additional terms and conditions:

- Los fondos se transfieren el quinto día hábil de cada mes para pagar la cobertura de ese mes. Por ejemplo, la deducción del 5 de febrero paga la cobertura en febrero./
Funds are transferred on the fifth business day of each month to pay for that month's coverage. For example, the deduction on February 5th pays for coverage in February.
- Entiendo que mis cargos de suscripción mensual se retirarán automáticamente de mi cuenta bancaria cada mes hasta que notifique a Primera que debe cancelarse. Para asegurar la cancelación, debo notificar a Primera a más tardar el día veinte del mes para que sea efectivo para el retiro automático del mes siguiente. Tengo derecho a suspender el pago de una transferencia bancaria específica al menos 3 días antes de la próxima fecha de retiro programada./
I understand that my monthly subscription charges will be automatically withdrawn from my bank account each month until I notify Primera that it should be cancelled. To ensure cancellation, I must notify Primera no later than the twentieth of the month to be effective for the following month's automatic withdrawal. I have the right to stop payment on a specific bank transfer at least 3 days prior to the next scheduled withdrawal date.
- La transferencia de fondos puede tardar hasta 45 días. Es posible que reciba una factura impresa para cubrir los meses iniciales mientras se configura la transferencia./
It may take as long as 45 days to set up the funds transfer. I may receive a paper bill to cover the initial month(s) while the transfer is being set up.

Firma del titular de la cuenta bancaria/ Bank account holder signature	Fecha de hoy/ Today's date
X	

**Complete esta sección si está solicitando nuestro descuento para cónyuges/
Please complete this section if you are applying for our spousal discount**

Puede ser elegible para un descuento en su prima si califica para nuestro descuento para cónyuges. La elegibilidad requiere que ambos beneficiarios estén inscritos en un plan complementario de Medicare estándar de Primera Blue Cross (a partir de 2010) y tengan la misma dirección. El cónyuge se define como casado o como pareja de hecho registrada por el estado./

You may be eligible for a discount on your premium if you qualify for our spousal discount. Eligibility requires both beneficiaries to be enrolled on a standard Primera Blue Cross Medicare Supplement plan (effective 2010 and later) and have the same address. Spouse is defined as married or as state-registered domestic partners.

Por favor, marque una casilla:/Please check one:

Actualmente, mi cónyuge está cubierto por un plan complementario estándar de Medicare de Primera Blue Cross./My spouse is currently covered under a standard Primera Blue Cross Medicare Supplement plan.

Nombre del cónyuge/Spouse's First Name	Apellido del cónyuge/Spouse's Last Name
Fecha de nacimiento del cónyuge/Spouse's Date of Birth	
Número de identificación de Primera del cónyuge (número de 9 dígitos)/ Spouse's Primera ID Number (9-digit number)	

Mi cónyuge está solicitando un plan complementario estándar de Medicare de Primera Blue Cross./My spouse is applying for a standard Primera Blue Cross Medicare Supplement plan.

Nombre del cónyuge/Spouse's First Name	Apellido del cónyuge/Spouse's Last Name
Fecha de nacimiento del cónyuge/Spouse's Date of Birth	
Número de beneficiario de Medicare del cónyuge (11 caracteres alfanuméricos)/ Spouse's Medicare Beneficiary Number (11 alphanumeric characters)	

Términos y condiciones adicionales:/Additional terms and conditions:

- Cada solicitante debe completar una solicitud por separado y ser aprobado./ Each applicant must complete a separate application and be approved.
- El descuento para cónyuges continuará siempre y cuando ambos miembros estén inscritos./ The spousal discount will continue as long as both members are enrolled.
- Si no podemos verificar su elegibilidad, se le inscribirá, sin embargo, no recibirá el descuento para cónyuges./

If we are unable to verify your eligibility, you will be enrolled, however, you will not receive the spousal discount.

- **NOTA:** Es posible que el descuento no aparezca en su próxima factura. Podría tardar hasta 60 días en reflejarse en su cuenta. El descuento no se aplicará de forma retroactiva, entrará en vigor el día que se active en su cuenta./
NOTE: The discount may not appear on your next invoice. It could take up to 60 days to reflect on your account. The discount will not be applied retroactively, it will go into effect on the day it is activated on your account.

E Otra información de atención médica/ Other Healthcare Information

Revise las declaraciones a continuación, luego responda todas las preguntas según su leal saber y entender./

Please review the statements below, then answer all questions to the best of your knowledge.

- No necesita más de una póliza de seguro complementario de Medicare./
You do not need more than one Medicare Supplement insurance policy.
- Si compra esta póliza, es posible que desee evaluar su cobertura de salud existente y decidir si necesita varias coberturas./
If you purchase this policy, you may want to evaluate your existing health coverage and decide if you need multiple coverages.
- Si tiene 65 años o más, puede ser elegible para recibir beneficios de Medicaid y es posible que no necesite una póliza complementaria de Medicare./
If you are 65 or older, you may be eligible for benefits under Medicaid and may not need a Medicare Supplement policy.
- Si, después de comprar esta póliza, usted es elegible para Medicaid, los beneficios y las primas de su póliza suplementaria de Medicare pueden suspenderse, si así lo solicita, durante su derecho a los beneficios de Medicaid durante 24 meses. Debe solicitar esta suspensión dentro de los 90 días posteriores a ser elegible para Medicaid. Si ya no tiene derecho a Medicaid, su póliza complementaria de Medicare suspendida (o, si ya no está disponible, una póliza sustancialmente equivalente) se restablecerá si se solicita dentro de los 90 días posteriores a la pérdida de la elegibilidad para Medicaid. Si la póliza complementaria de Medicare proporcionó cobertura para medicamentos recetados para pacientes ambulatorios y usted se inscribió en la Parte D de Medicare mientras su póliza estaba suspendida, la póliza restablecida no tendrá cobertura de medicamentos recetados para pacientes ambulatorios, pero por lo demás será sustancialmente equivalente a su cobertura antes de la fecha de suspensión./
If, after purchasing this policy, you become eligible for Medicaid, the benefits and premiums under your Medicare Supplement policy can be suspended, if requested, during your entitlement to benefits under Medicaid for 24 months. You must request this suspension within 90 days of becoming eligible for Medicaid. If you are no longer entitled to Medicaid, your suspended Medicare Supplement policy (or, if that is no longer available, a substantially equivalent policy) will be reinstated if requested within 90 days of losing Medicaid eligibility. If the Medicare Supplement policy provided coverage for outpatient prescription drugs and you enrolled in Medicare Part D while your policy was suspended, the reinstated policy will not have outpatient

prescription drug coverage but will otherwise be substantially equivalent to your coverage before the date of suspension.

- Si usted es elegible y se ha inscrito en una póliza complementaria de Medicare por razón de discapacidad y luego pasa a estar cubierto por un plan de salud grupal basado en el empleador o en un sindicato, los beneficios y las primas de su póliza suplementaria de Medicare pueden suspenderse, si así lo solicita, mientras esté cubierto por el plan de beneficios de salud grupal basado en el empleador o en el sindicato. Si suspende su póliza complementaria de Medicare en estas circunstancias, y luego pierde su plan de salud grupal basado en el empleador o el sindicato, su póliza complementaria de Medicare suspendida (o, si ya no está disponible, una póliza sustancialmente equivalente) se restablecerá si se solicita dentro de los 90 días posteriores a la pérdida de su plan de salud grupal basado en el empleador o el sindicato. Si la póliza complementaria de Medicare proporcionó cobertura para medicamentos recetados para pacientes ambulatorios y usted se inscribió en la Parte D de Medicare mientras su póliza estaba suspendida, la póliza restablecida no tendrá cobertura de medicamentos recetados para pacientes ambulatorios, pero por lo demás será sustancialmente equivalente a su cobertura antes de la fecha de suspensión./

If you are eligible for and have enrolled in a Medicare Supplement policy by reason of disability and you later become covered by an employer or union-based group health plan, the benefits and premiums under your Medicare Supplement policy can be suspended, if requested, while you are covered under the employer or union-based group health benefit plan. If you suspend your Medicare Supplement policy under these circumstances, and later lose your employer or union-based group health plan, your suspended Medicare Supplement policy (or, if that is no longer available, a substantially equivalent policy) will be reinstated if requested within 90 days of losing your employer or union-based group health plan. If the Medicare Supplement policy provided coverage for outpatient prescription drugs and you enrolled in Medicare Part D while your policy was suspended, the reinstated policy will not have outpatient prescription drug coverage but will otherwise be substantially equivalent to your coverage before the date of the suspension.

- Es posible que haya servicios de asesoramiento disponibles en su estado para brindarle asesoramiento sobre la compra de un seguro complementario de Medicare y sobre la asistencia médica a través del programa estatal de Medicaid, incluidos los beneficios como Beneficiario calificado de Medicare (QMB) y Beneficiario de Medicare específico de bajos ingresos (SLMB)./
Counseling services may be available in your state to provide advice concerning your purchase of Medicare Supplement insurance and concerning medical assistance through the state Medicaid program, including benefits as a Qualified Medicare Beneficiary (QMB) and a Specified Low-Income Medicare Beneficiary (SLMB).

**1. Infórmenos sobre cualquier ayuda que reciba del programa Medicare de su estado (obligatorio):/
Tell us about any help you receive from your state's Medicare program (required):**

Sí/Yes No/No

a. ¿Tiene cobertura para recibir asistencia médica a través del programa estatal de Medicaid?

Are you covered for any medical assistance through the state Medicaid program?

Nota para el solicitante: Si está participando en un "Programa de reducción de gasto" y no ha alcanzado su Parte del costo", responda **NO** a esta pregunta./

Note to applicant: If you are participating in a "Spend-Down Program" and have not met your "Share of Cost," please answer **NO** to this question.

Sí/Yes No/No

b. En caso afirmativo, ¿Medicaid pagará sus primas por este plan complementario de Medicare?/
If yes, will Medicaid pay your premiums for this Medicare Supplement plan?

Sí/Yes No/No

c. ¿Recibe algún beneficio de Medicaid APARTE de los pagos de su prima de la Parte B de Medicare?/
Do you receive any benefits from Medicaid OTHER THAN payments toward your Medicare Part B Premium?

Sí/Yes No/No

d. ¿Recientemente perdió la cobertura de asistencia médica a través del programa estatal de Medicaid?/
Have you recently lost coverage for medical assistance through the state Medicaid program?

En caso afirmativo, ¿cuándo terminó?/If yes, when did it end?

**2. Cuéntenos sobre su cobertura complementaria de Medicare (obligatorio):/
Tell us about your Medicare Supplement coverage (required):**

Sí/Yes No/No

¿Tiene otra póliza complementaria de Medicare vigente? Si es así, ¿con qué compañía y qué plan tiene?/
Do you have another Medicare Supplement policy in force? If so, with what company, and what plan do you have?

Tipo de empresa y plan:/Company & plan type:

ID de miembro:/Member ID: _____

Fecha de inicio:/Start date: _____

Fecha de finalización:/End date: _____

Número de teléfono de Servicio al cliente:/

Customer Service Phone Number: _____

Sí/Yes No/No

Si es así, ¿tiene la intención de reemplazar su póliza complementaria actual de Medicare con este plan?/

If so, do you intend to replace your current Medicare Supplement policy with this plan?

3. **Cuéntenos sobre su cobertura de Medicare Advantage (obligatorio):/ Tell us about your Medicare Advantage coverage (required):**

Sí/Yes No/No

- a. Si ha tenido cobertura de cualquier plan de Medicare que no sea Original Medicare en los últimos 63 días (por ejemplo, un plan Medicare Advantage o un HMO o PPO de Medicare), complete sus fechas de inicio y finalización a continuación. Si todavía está cubierto por este plan, deje la fecha de finalización en blanco./ If you've had coverage from any Medicare plan other than original Medicare within the last 63 days (for example, a Medicare Advantage plan, or a Medicare HMO or PPO), fill in your start and end dates below. If you are still covered under this plan, leave end date blank.

Tipo de empresa y plan:/Company & plan type:

ID de miembro:/Member ID: _____

Fecha de inicio:/Start date: _____

Fecha de finalización:/End date: _____

Número de teléfono de Servicio al cliente:/

Customer Service Phone Number: _____

Sí/Yes No/No

- b. Si todavía está cubierto por el plan de Medicare, ¿tiene la intención de reemplazar su cobertura actual con esta nueva póliza complementaria de Medicare?/ If you are still covered under the Medicare plan, do you intend to replace your current coverage with this new Medicare Supplement policy?

Sí/Yes No/No

- c. ¿Era su primera vez en este tipo de plan de Medicare?/ Was this your first time in this type of Medicare plan?

Sí/Yes No/No

- d. ¿Abandonó una póliza complementaria de Medicare para inscribirse en el plan de Medicare?/ Did you drop a Medicare Supplement policy to enroll in the Medicare plan?

4. Infórmenos sobre cualquier otra cobertura de seguro de salud grupal o individual (obligatorio):/
Tell us about any other group or individual health insurance coverage (required):

Sí/Yes No/No

- a. ¿Ha tenido cobertura de algún otro seguro médico en los últimos 63 días? Por ejemplo, un plan de empleador, sindicato o individual./
Have you had coverage under any other health insurance within the past 63 days? For example, an employer, union, or individual plan.

Si es así, ¿con qué compañía y qué tipo de póliza?

Tipo de empresa y plan:/Company & plan type:

ID de miembro:/Member ID: _____

Fecha de inicio:/Start date: _____

Fecha de finalización:/End date: _____

Número de teléfono de Servicio al cliente:/

Customer Service Phone Number: _____

¿Necesito completar preguntas de salud?/ Do I need to complete health questions?

Al solicitar el Plan A, C, G, G o N con deducible alto, no es necesario que complete la Sección G si se cumple alguna de las siguientes condiciones./

When applying for Plan A, C, G, High Deductible G, or N, you do not need to complete Section G if any of the following is true.

1. Su cobertura del plan de atención administrada de Medicare o del programa PACE finaliza porque el plan deja de ser el programa de Medicare, deja de brindar atención en su área o usted se muda fuera del área de servicio del plan, y solicita la cobertura complementaria de Medicare (Medigap) después de recibir un aviso de que su cobertura está terminando o cesando, y a más tardar 63 días después de que su cobertura termine o cese./
Your Medicare managed care plan or PACE program coverage ends because the plan is leaving the Medicare program, stops giving care in your area, or you move out of the plan's service area, and you apply for Medicare Supplement (Medigap) coverage after you receive notice that your coverage is terminating or ceasing, and no later than 63 days after your coverage terminates or ceases.
2. La cobertura del plan de salud grupal de su empleador que complementa los beneficios de Medicare finaliza o deja de proporcionarle todos esos beneficios complementarios, y usted solicita la cobertura suplementaria de Medicare (Medigap) después de que (a) su cobertura se cumpla o cese, o (b) reciba un aviso de que su cobertura terminará o cesará, lo que ocurra más tarde, y a más tardar 63 días después de que finalice su cobertura./
Your employer group health plan coverage that supplements the benefits under Medicare ends or ceases to provide all such supplemental benefits to you, and you apply for Medicare Supplement (Medigap) coverage after (a) your coverage is met or ceases, or (b) you receive notice that your coverage is terminating or ceasing, whichever is later, and no later than 63 days after your coverage terminates.
3. Su compañía de seguro complementario de Medicare (Medigap) se declara en bancarrota y usted pierde su cobertura, o la cobertura de su póliza complementaria de Medicare (Medigap) termina por causas ajenas a su voluntad, y solicita la cobertura complementaria de Medicare (Medigap) a partir del primero de los días en que finaliza su cobertura o recibe un aviso de terminación o quiebra, y a más tardar 63 días después de que finalice su cobertura./
Your Medicare Supplement (Medigap) insurance company goes bankrupt, and you lose your coverage, or your Medicare Supplement (Medigap) policy coverage ends through no fault of your own, and you apply for Medicare Supplement (Medigap) coverage beginning on the earlier of your coverage terminating or you are receiving notice of termination or bankruptcy, and no later than 63 days after your coverage terminates.
4. Se inscribió en un plan de la Parte D de Medicare durante su período de inscripción inicial y se inscribió en una póliza complementaria de Medicare (Medigap) que cubre medicamentos recetados para pacientes ambulatorios, y solicita la cobertura complementaria de Medicare (Medigap) hasta 60 días antes del período de inscripción inicial de la Parte D de Medicare y a más tardar 63 días después de la fecha de vigencia de su cobertura de la Parte D de Medicare. Adjunte un comprobante de inscripción en la Parte D de Medicare./
You enrolled in a Medicare Part D plan during your initial enrollment period and were enrolled under a Medicare Supplement (Medigap) policy that covers outpatient prescription medications, and you apply for Medicare Supplement (Medigap) coverage up to 60 days before the initial

Medicare Part D enrollment period and no later than 63 days after the effective date of your Medicare Part D coverage. Please enclose proof of enrollment in Medicare Part D.

5. Se inscribió en un programa Medicare Advantage o PACE cuando fue elegible por primera vez para la Parte A de Medicare (y está inscrito en la Parte B de Medicare). Dentro del primer año de inscripción, desea cambiarse a Original Medicare y solicita una cobertura suplementaria de Medicare (Medigap) hasta 60 días antes y a más tardar 63 días después de que finalice su cobertura del programa Medicare Advantage o PACE./
You joined a Medicare Advantage or PACE program when you were first eligible for Medicare Part A (and you're enrolled in Medicare Part B). Within the first year of joining, you want to switch to Original Medicare, and you apply for a Medicare Supplement (Medigap) coverage up to 60 days before and no later than 63 days after your Medicare Advantage or PACE program coverage terminates.
6. Canceló una póliza complementaria de Medicare (Medigap) para inscribirse en un programa Medicare Advantage o PACE por primera vez y ahora quiere dejarlo. Ha estado en el plan por no más de un año y solicita una póliza complementaria de Medicare (Medigap) hasta 60 días antes y a más tardar 63 días después de que finalice su plan. No se requiere una declaración de salud si se inscribe en la misma póliza complementaria de Medicare (Medigap) (con la misma compañía) que tenía anteriormente, si está disponible./
You dropped a Medicare Supplement (Medigap) policy to join a Medicare Advantage or PACE program for the first time and now you want to leave. You have been in the plan for no more than a year and you apply for a Medicare Supplement (Medigap) policy up to 60 days before and no later than 63 days after your plan terminates. A health statement is not required if you enroll in the same Medicare Supplement (Medigap) policy (with the same company) that you had previously, if available.
7. Usted abandona un plan Medicare Advantage o cancela un plan complementario de Medicare (Medigap) porque la compañía o sus representantes no han seguido las reglas o lo han engañado, y solicita una póliza complementaria de Medicare (Medigap) hasta 60 días antes y a más tardar 63 días después de la finalización de su plan./
You leave a Medicare Advantage plan or drop a Medicare Supplement (Medigap) plan because the company or its representatives haven't followed the rules or misled you, and you apply for a Medicare Supplement (Medigap) policy up to 60 days before and no later than 63 days after your plan terminates.
8. Actualmente está inscrito en un plan complementario estandarizado de Medicare (Medigap) emitido en 1990 o después, y desea cambiarse a un plan con beneficios mayores, iguales o menores. (Por ejemplo, de un Plan F estándar de 1990 a un Plan F estándar de 2010). Excepción: Si tiene un plan A, solo puede cambiarse al plan A sin necesidad de suscripción./
You currently are enrolled in a standardized Medicare Supplement (Medigap) plan issued in 1990 or later, and you wish to switch to a plan with either greater, equal, or lesser benefits. (For example, from a 1990 standard Plan F to a 2010 standard Plan F.) Exception: if you have Plan A, you can only switch to Plan A without requiring underwriting.

G Sus afecciones médicas/Your Health Conditions

Responda estas preguntas de salud para determinar si es elegible para esta cobertura./
Answer these health questions to determine if you are eligible for this coverage.

Si alguna de las afirmaciones de la Sección F se aplica a usted, omita esta sección y pase a la Sección H./

If any statements in Section F apply to you, skip this section, and move on to Section H.

Si ninguna declaración de la Sección F se aplica a usted, complete esta sección./

If no statements in Section F apply to you, fill out this section.

1. ¿Alguna de estas afecciones se aplica a usted?/

Do any of these conditions apply to you?/

Sí/Yes No/No

- Enfermedad renal (riñón) en etapa terminal/
End stage renal (kidney) disease
- Actualmente está recibiendo diálisis/
Currently receiving dialysis
- Diagnosticado con enfermedad renal que puede requerir diálisis/
Diagnosed with kidney disease that may require dialysis
- Cirrosis/insuficiencia hepática/
Cirrhosis/liver failure
- Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC)/
Chronic obstructive pulmonary disorder (COPD)
- Tiene una hemorragia (defecto de la coagulación), un trastorno sanguíneo o leucemia/
Have a bleeding (coagulation defect), blood disorder, or leukemia
- Artritis reumatoide, reemplazo articular/
Rheumatoid arthritis, joint replacement
- Esquizofrenia, estado de ánimo bipolar, intento de suicidio o trastorno alimentario/
Schizophrenia, bipolar mood, attempted suicide, or eating disorder
- Trasplante (no incluye córnea)/
Transplant (excludes corneal)
- Diabetes insulino dependiente/
Insulin dependent diabetes

2. En los últimos 5 años, ¿un profesional médico ha diagnosticado, analizado o recomendado opciones de tratamiento para alguna de las siguientes afecciones?/

Within the past 5 years, has a medical professional diagnosed, discussed, or recommended treatment options for any of the following conditions?

Sí/Yes No/No

- Abuso o dependencia de alcohol o sustancias químicas/drogas/
Alcohol, or chemical/drug abuse or dependence
- TVP (coágulos) o PVD (enfermedad vascular periférica)/
DVT (clots) or PVD (peripheral vascular disease)
- Accidente cerebrovascular/AIT o parálisis/
- Ataque cardíaco, insuficiencia cardíaca congestiva, enfermedad de las arterias coronarias, marcapasos, estenosis o prolapso o trasplante de válvulas cardíacas/
Heart attack, congestive heart failure, coronary artery disease, pacemaker, stenosis, or heart valve prolapse or transplant
- Colitis ulcerosa o enfermedad de Crohn/
Ulcerative colitis or Crohn's disease
- Bronquitis crónica o tuberculosis/

- Stroke/TIA or paralysis
- Prostatitis/Prostatitis

- Chronic bronchitis or tuberculosis
- Problemas crónicos de espalda/cuello/disco/
Chronic back/neck/disc problems



**Si respondió SÍ a las preguntas 1 o 2 de esta sección, NO es elegible para estos planes en este momento./
If you answered YES under questions 1 or 2 in this section, you are NOT eligible for these plans at this time.**

Si su estado de salud cambia en el futuro, lo que le permite responder NO a todas las preguntas de esta sección, envíe una solicitud en ese momento./
If your health status changes in the future, allowing you to answer NO to all of the questions in this section, please submit an application at that time.

Para obtener información sobre los planes que pueden estar disponibles, comuníquese con el departamento de envejecimiento local de su estado./
For information regarding plans that may be available, contact your local state department on aging.

Si respondió NO a las preguntas 1 y 2, su respuesta a las preguntas 3 y 4 se utilizará para determinar si su solicitud será aceptada./

If you answered NO to both questions 1 and 2, your answer to questions 3 and 4 will be used to determine if your application will be accepted.

3. Altura y peso:/Height and weight:

Altura/Height		Peso/libras/Weight / lbs.
Pies/Foot	Pulgadas/Inches	

**4. ¿Ha tomado medicamentos en el último año?/
Have you taken medications within the past year?**

- Sí./ Yes.** Ingrese la información de su medicamento en la tabla que se proporciona a continuación./
Please enter your medication information in the table provided below.
- No./ No.** Por favor, pase a la Sección H./
Please move to Section H.

Nombre del medicamento/ Medication Name	¿Cuánto tiempo ha estado tomando este medicamento?/ How long have you been taking this medication?	¿Qué trata este medicamento?/ What does this medication treat?

H Autorización y verificación de la información/ Authorization and Verification of Information

Yo, el abajo firmante, solicito la inscripción en Primera Blue Cross (Primera). Declaro que todas las declaraciones y respuestas en esta solicitud son completas y verdaderas. Entiendo que la cobertura está disponible para mí debido a: (1) mi residencia en Washington (excluyendo el condado de Clark); (2) mi inscripción en las Partes A y B de Medicare; (3) mi elegibilidad para Medicare debido a la edad (65 años o más); y (4) no recibo asistencia de Medicaid que no sea el pago de mi prima de la Parte B de Medicare. Entiendo y acepto que la cobertura no comienza hasta que Primera acepte esta solicitud y asigne una fecha de vigencia de la cobertura, y que la recepción de mi dinero (efectivo, cheque o giro postal) no constituye una inscripción en ningún programa complementario de Medicare. Autorizo a Primera, a su elección, a pagar directamente a los proveedores por los servicios prestados. También entiendo y acepto que Primera puede: /

I, the undersigned, apply for enrollment with Primera Blue Cross (Primera). I represent that all statements and answers on this application are complete and true. I understand coverage is available to me due to: (1) my residing in Washington (excluding Clark County). (2) my enrollment in Medicare Parts A and B, (3) my eligibility for Medicare due to age (65 or over), and (4) I don't receive Medicaid assistance other than payment of my Medicare Part B premium. I understand and agree that coverage does not begin until Primera accepts this application and assigns an effective date of coverage and that receipt of my money (cash, check or money order) does not constitute enrollment under any Medicare Supplement program. I authorize Primera, at its option, to pay providers directly for services rendered. I also understand and agree that Primera may:

1. aceptar esta solicitud/Accept this application; or

2. denegar esta solicitud, en cuyo caso se me reembolsarán y aceptarán los cargos de suscripción enviados/Deny this application, in which case any subscription charges submitted will be refunded to, and accepted by me; or
3. dentro de los primeros dos años de mi cobertura, anular mi contrato (en otras palabras, cancelar mi cobertura a su fecha de vigencia, como si nunca hubiera existido) si he hecho declaraciones intencionalmente falsas o engañosas en esta solicitud o formulario de inscripción que sean lo suficientemente importantes como para afectar mi aceptabilidad para la cobertura./ Within the first two years of my coverage, void my contract (in other words, cancel my coverage back to its effective date, as if never existed at all) if I have made any intentionally false or misleading statements on this application or enrollment form that are material enough to affect my acceptability for coverage.

Entiendo que Premera puede recopilar, usar y divulgar información personal sobre mí según lo exija o permita la ley o para realizar funciones comerciales de rutina, como determinar mi elegibilidad para la inscripción, el crédito por períodos de espera y los beneficios; el pago de reclamos; y cumplir con otras obligaciones establecidas en su contrato conmigo. Si Premera divulga mi información personal por cualquier otro motivo, Premera eliminará primero cualquier dato que pueda usarse para identificarme fácilmente u obtendrá mi autorización firmada./

I understand that Premera may collect, use, and disclose personal information about me as required or permitted by law or to perform routine business functions, such as determining my eligibility for enrollment, credit for waiting periods, and benefits; paying claims; and fulfilling other obligations stated in its contract with me. If Premera discloses my personal information for any other reason, Premera will first remove any data that can be used to easily identify me or will get my signed authorization.

Además, entiendo que cualquier médico, proveedor de atención médica, hospital, compañía de seguros o reaseguros, administrador de beneficios de farmacia o administrador de beneficios de terceros puede divulgar mi información de salud personal, incluida toda la información de diagnóstico, procedimiento, tratamiento, reclamo, receta u otra información relacionada con la salud, incluidos los registros relacionados con la dependencia del alcohol y/o sustancias químicas, la salud reproductiva (incluido el aborto), las enfermedades de transmisión sexual, VIH, SIDA, trastornos psiquiátricos y enfermedades mentales a Premera o sus representantes según lo permita la ley./

I further understand that any physician, healthcare provider, hospital, insurance or reinsurance company, pharmacy benefits manager or third party benefits administrator may disclose my personal health information, including any and all diagnostic, procedural, treatment, claim, prescription or other health related information including records concerning alcohol and/or chemical dependency, reproductive health (including abortion), sexually transmitted diseases, HIV, AIDS, psychiatric disorders and mental illness to Premera or its representatives as allowed by law.

Comprendo que es un delito proporcionar a sabiendas información falsa, incompleta o engañosa a una compañía de seguros con el propósito de estafar a la compañía. Las sanciones incluyen prisión, multas y denegación de beneficios de seguro./

I understand that it is a crime to knowingly provide false, incomplete, or misleading information to an insurance company for the purpose of defrauding the company. Penalties include imprisonment, fines, and denial of insurance benefits.

Entiendo que el contrato complementario de Medicare no pagará beneficios durante los primeros tres meses después de la fecha de entrada en vigencia por cualquier afección para la cual haya recibido tratamiento, medicamentos o pruebas de diagnóstico dentro de los tres meses anteriores a mi fecha de vigencia. Entiendo que, bajo ciertas condiciones, esta limitación puede acortarse o renunciarse. El

período de espera puede ser eximido si solicito este contrato dentro de los 63 días posteriores a dejar otra cobertura de atención médica y proporciono prueba con esta solicitud./

I understand that the Medicare Supplement contract will not pay benefits during the first three months after the effective date for any condition for which I have had treatment, medicine, or diagnostic testing within the three months prior to my effective date. I understand that, under certain conditions, this limitation may be shortened or waived. **The waiting period may be waived if I apply for this contract within 63 days of leaving other healthcare coverage and I provide proof with this application.**

Entiendo que soy responsable de cancelar cualquier cobertura anterior./
I understand I am responsible for canceling any prior coverage.

Si respondió afirmativamente a las preguntas 2 o 3 en la Sección E, debe completar y firmar el aviso de reemplazo adjunto./

If you answered yes to questions 2 or 3 in Section E, you must complete and sign the attached replacement notice.

- Acuso recibo de la Guía de seguro médico para personas con Medicare y el Resumen de cobertura./
I acknowledge receipt of the Guide to Health Insurance for People with Medicare and the Outline of Coverage.

He leído toda la información y he respondido a todas las preguntas lo mejor que he podido./
I have read all the information and have answered all questions to the best of my ability.

Firma del solicitante/Signature of applicant	Fecha de hoy/Today's date
X	

Nota: Si firma como representante legal del solicitante, adjunte una copia de la documentación legal correspondiente./

Note: if you are signing as the legal representative for the applicant, please enclose a copy of the appropriate legal documentation.

**¡ ¡ ¡ IMPORTANTE: Asegúrese de devolver la solicitud completa !!! /
!!! IMPORTANT: Be Sure to Return the Entire Application !!!**

Continúe a la página siguiente para ver el Aviso de reemplazo/
Continue to the next page for the Replacement Notice



Solo para uso del productor/For producer use only

Asegúrese de devolvemos esta página incluso si no tiene un productor./
Be sure to return this page to us even if you do not have a producer.

Si esta solicitud se presenta a través de un productor, debe completar la información a continuación y el Aviso de reemplazo adjunto, si corresponde. Si todas las preguntas no se responden por completo, la solicitud será devuelta./

If this application is being submitted through a producer, they must complete the information below and the attached Notice of Replacement, if appropriate. If all questions are not answered completely, the application will be returned.

Se requiere que un productor complete esta sección./
Completion of this section by a producer is required.

1. Enumere cualquier otra póliza de seguro médico o de salud vendida al solicitante./
List any other medical or health insurance policies sold to the applicant. _____

2. Enumere las pólizas vendidas que aún están vigentes./
List policies sold which are still in force. _____

3. Enumere las pólizas vendidas en los últimos cinco años que ya no están vigentes./
List policies sold in the past five years which are no longer in force. _____

Nombre del productor (en letra imprenta)/ Producer name (please print)	Número de productor de Primera (5 dígitos numéricos)/ Primera producer number (5 numeric digits)
Dirección de correo electrónico del productor/ Producer email address	Número de contacto del productor/ Producer contact number
Firma del productor/Producer signature X	Fecha/Date

La discriminación es prohibida

Premera Blue Cross (Premera) cumple con las leyes de derechos civiles federales y del estado Washington aplicables, y no discrimina según la raza, el color, la nacionalidad, la edad, la discapacidad, el sexo, la identidad de género o la orientación sexual. Premera no excluye a las personas ni las trata de manera diferente debido a su raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad, sexo, identidad de género u orientación sexual.

Premera:

- Proporciona ayuda y servicios gratuitos a personas con discapacidades para comunicarse con nosotros de manera eficiente, por ejemplo:
 - Intérpretes de lenguaje de señas calificados.
 - Información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos).
- Proporciona servicios lingüísticos gratuitos para las personas cuyo idioma principal no sea el inglés, tales como:
 - Intérpretes calificados.
 - Información escrita en otros idiomas.

Si necesita estos servicios, comuníquese con el coordinador de derechos civiles.

Si considera que Premera no le ha proporcionado estos servicios o se sintió discriminado de algún modo por su raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad, sexo, identidad de género u orientación sexual, puede presentar una queja formal a la siguiente dirección: Civil Rights Coordinator — Complaints and Appeals, PO Box 91102, Seattle, WA 98111, número gratuito: 855-332-4535, fax: 425-918-5592, TTY: 711, correo electrónico AppealsDepartmentInquiries@Premera.com. Puede presentar una queja formal en persona o por correo postal, fax o correo electrónico. Si necesita ayuda para presentar una queja formal, el coordinador de derechos civiles está disponible para ayudarle.

También puede presentar un reclamo de derechos civiles ante:

- La Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU., de manera electrónica a través del portal de reclamos de la Oficina de Derechos Civiles disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o bien, por correo postal o teléfono a la dirección y al número de teléfono indicados a continuación: U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Ave SW, Room 509F, HHH Building, Washington, D.C. 20201, 1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD). Los formularios de reclamos están disponibles en <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.
- La Oficina del Comisionado de Seguros del Estado de Washington, de manera electrónica a través del portal de reclamos de la Oficina del Comisionado de Seguros, disponible en <https://www.insurance.wa.gov/file-complaint-or-check-your-complaint-status>, o por teléfono al 800-562-6900, 360-586-0241 (TDD). Los formularios de reclamos están disponibles en <https://fortress.wa.gov/oic/onlineservices/cc/pub/complaintinformation.aspx>.

Asistencia con el idioma

ATTENTION: If you speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 800-722-1471 (TTY: 711).

ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 800-722-1471 (TTY: 711).

注意: 如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 800-722-1471 (TTY: 711)。

CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 800-722-1471 (TTY: 711).

주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 800-722-1471 (TTY: 711) 번으로 전화해 주십시오.

ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 800-722-1471 (телетайп: 711).

PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 800-722-1471 (TTY: 711).

УВАГА! Якщо ви розмовляєте українською мовою, ви можете звернутися до безкоштовної служби мовної підтримки.

Телефонуйте за номером 800-722-1471 (телетайп: 711).

ប្រយ័ត្ន: បើសិនជាអ្នកនិយាយ ភាសាខ្មែរ, សេវាជំនួយផ្នែកភាសា ដោយមិនគិតល្អល គឺអាចមានសំរាប់បំរើអ្នក។ ចូរ ទូរស័ព្ទ 800-722-1471 (TTY: 711)។

注意事項: 日本語を話される場合、無料の言語支援をご利用いただけます。800-722-1471 (TTY:711) まで、お電話にてご連絡ください。

ማስታወሻ: የሚናገሩት ቋንቋ አማርኛ ከሆነ የትርጉም እርዳታ ድርጅቶች፣ በነጻ ሊያግዝዎት ተዘጋጅተዋል። ወደ ሚከተለው ቁጥር ይደውሉ 800-722-1471 (መስማት ለተሳናቸው: 711)።

XIYYEEFFANNAA: Afaan dubbattu Oroomiffa, tajaajila gargaarsa afaanii, kanfaltiidhaan ala, ni argama. Bilbilaa 800-722-1471 (TTY: 711).

ملحوظة: إذا كنت تتحدث اذكر اللغة، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم 800-722-1471 (رقم هاتف الصم والبكم: 711).

ਪਿਆਰ ਦਿਉ: ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਪੰਜਾਬੀ ਬੋਲਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਸਹਾਇਤਾ ਮੇਰਾ ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਮੁਫਤ ਉਪਲਬਧ ਹੈ। 800-722-1471 (TTY: 711) 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ।

ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung. Rufnummer: 800-722-1471 (TTY: 711).

ໂປດຊາບ: ຖ້າວ່າ ທ່ານເວົ້າພາສາ ລາວ, ການບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາ, ໂດຍບໍ່ເສັຍຄ່າ, ແມ່ນມີພ້ອມໃຫ້ທ່ານ. ໂທສ 800-722-1471 (TTY: 711).

ATANSYON: Si w pale Kreyòl Ayisyen, gen sèvis èd pou lang ki disponib gratis pou ou. Rele 800-722-1471 (TTY: 711).

ATTENTION: Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le 800-722-1471 (ATS : 711).

UWAGA: Jeżeli mówisz po polsku, możesz skorzystać z bezpłatnej pomocy językowej. Zadzwoń pod numer 800-722-1471 (TTY: 711).

ATENÇÃO: Se fala português, encontram-se disponíveis serviços linguísticos, grátis. Ligue para 800-722-1471 (TTY: 711).

ATTENZIONE: In caso la lingua parlata sia l'italiano, sono disponibili servizi di assistenza linguistica gratuiti. Chiamare il numero 800-722-1471 (TTY: 711).

توجه: اگر به زبان فارسی گفتگو می کنید، تسهیلات زبانی بصورت رایگان برای شما فراهم می باشد. با 800-722-1471 (TTY: 711) تماس بگیرید.

Este documento ha sido traducido del inglés solo para propósitos informativos. Esta traducción no cambia los requisitos de elegibilidad, beneficios, exclusiones, limitaciones ni otras disposiciones del plan de salud o del contrato en grupo. En caso de un conflicto o diferencia entre este documento traducido y la versión en idioma inglés, la versión en inglés regirá para los propósitos de aplicación e interpretación. / This document has been translated from English for informational purposes only. This translation does not change the eligibility requirements, benefits, exclusions, limitations or other provisions of the health plan or group contract. In the event of a conflict or difference between this translated document and the English language version, the English version is controlling for the purposes of application and interpretation.