

Enrollment Request Form / Formulario de solicitud de inscripción

PO Box 262548
 Plano, TX 75026

Comuníquese con nosotros al 888-868-7767 (TTY/TDD:711) si necesita ayuda con su inscripción, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. (o los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m., desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo). Fax: 800-381-4837

YOUR INFORMATION / SU INFORMACIÓN

Last Name / Apellido:	First Name / Nombre:	Mid Int / Inicial del segundo nombre:	<input type="checkbox"/> Mr. / Sr. <input type="checkbox"/> Mrs. / Sra. <input type="checkbox"/> Ms. / Srta.
Birth Date / Fecha de nacimiento: / /	Sex / Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Phone / Teléfono: ()	

Email Address / Dirección de correo electrónico: _____

Permanent residence (PO box is not allowed) / Residencia permanente (no se permite el apartado postal)

Street Address / Dirección: _____ City / Ciudad: _____

County / Condado: _____ State / Estado: _____ Zip / Código postal: _____

**Mailing address (only if different from permanent residence address) /
 Dirección postal (solo si se diferencia de la dirección de residencia permanente)**

Street Address / Dirección: _____ City / Ciudad: _____

County / Condado: _____ State / Estado: _____ Zip / Código postal: _____

Emergency contact / Contacto para emergencias

Name / Nombre: _____ Phone / Teléfono: () _____

Relationship to You / Relación con usted: _____

**Choose the name of a Primary Care Provider (PCP) /
 Elija el nombre de un proveedor de atención primaria (Primary Care Provider, PCP):**

PCP Location / Ubicación del PCP: _____

**PROVIDE YOUR MEDICARE INSURANCE INFORMATION /
PROPORCIONE INFORMACIÓN DE SU SEGURO MEDICARE**

Tenga a mano su tarjeta Medicare para completar esta sección.

- Llene los espacios en blancos para que coincidan con su tarjeta de Medicare roja, blanca y azul.

---- **0** ----

- Adjunte una copia de su tarjeta Medicare o su carta de Seguro Social o de la Junta de Retiro Ferroviario.

Usted debe tener Medicare Parte A y Parte B para afiliarse al plan Medicare Advantage.

Name (as it appears on your Medicare card) /
Nombre (tal como aparece en su tarjeta Medicare):

Medicare # / Nro. de Medicare:

Is Entitled To / Tiene derecho a	EFFECTIVE DATE / FECHA DE ENTRADA EN VIGENCIA
----------------------------------	--------------------------------------------------

HOSPITAL (Part A) /
HOSPITAL (Parte A)

MEDICAL (Part B) /
SEGURO MÉDICO
(Parte B)

OFFICE USE ONLY / SOLO PARA USO DEL CONSULTORIO:

SOLO PARA USO DEL CONSULTORIO

SOLO PARA USO DEL CONSULTORIO

AGENT NAME / NOMBRE DEL AGENTE:	WRITING # / NRO. DE ESCRITURA:
SCOPE OF APPOINTMENT / ALCANCE DE LA CITA:	AGENT RECEIVED DATE / FECHA DE RECEPCIÓN POR PARTE DEL AGENTE:
<input type="checkbox"/> PAPER / PAPEL <input type="checkbox"/> APP MAILED TO AGENT / SOLICITUD ENVIADA POR CORREO AL AGENTE <input type="checkbox"/> SEMINAR (DATE / LOCATION) / SEMINARIO (FECHA/UBICACIÓN):	EFFECTIVE DATE / FECHA DE ENTRADA EN VIGENCIA: SEP TYPE / TIPO DE PERÍODO DE INSCRIPCIÓN ESPECIAL:
PBP / PAQUETE DE BENEFICIOS DEL PLAN:	PLAN # / NRO. DE PLAN:
CONTRACT # / NRO. DE CONTRATO:	GROUP # / NRO. DE GRUPO:

ELIJA SU PLAN MEDICARE ADVANTAGE

1. Busque su país

2. Marque el plan Primera Blue Cross Medicare Advantage que desea

KING • PIERCE • SNOHOMISH • THURSTON

HMO - \$0

Add Optional Dental Plan /
Agregue el plan dental opcional - **\$26**

Classic HMO - \$55

Classic Plus HMO - \$190

Peak + Rx (HMO) - \$0

Add Optional Dental Plan /
Agregue el plan dental opcional - **\$26**

Sound + Rx (HMO) - \$40

Charter + Rx (HMO) - \$150

Alpine (HMO) - \$42 (no prescription coverage) /
(sin cobertura de medicamentos con receta)

LEWIS

HMO - \$0

Add Optional Dental Plan /
Agregue el plan dental opcional - **\$26**

Classic HMO - \$55

SPOKANE

HMO - \$0

Add Optional Dental Plan /
Agregue el plan dental opcional - **\$26**

Total Health HMO - \$24

STEVENS

Total Health HMO - \$24

SKAGIT • ISLAND • SAN JUAN • WALLA WALLA

Core HMO - \$12

Add Optional Dental Plan /
Agregue el plan dental opcional - **\$26**

Core Plus HMO - \$75

WHATCOM

Core HMO - \$12

Add Optional Dental Plan /
Agregue el plan dental opcional - **\$26**

Peak + Rx (HMO) - \$0

Add Optional Dental Plan /
Agregue el plan dental opcional - **\$26**

Sound + Rx (HMO) - \$40

Charter + Rx (HMO) - \$150

Alpine (HMO) - \$42 (no prescription coverage) /
(sin cobertura de medicamentos con receta)

Classic HMO - \$55

continúe en la siguiente página –

PAGO DE LA PRIMA DE SU PLAN

Si determinamos que adeuda una penalización por inscripción tardía (o si actualmente tiene una penalización por inscripción tardía), nos gustaría saber cómo desea pagarla. Puede pagar la prima mensual de su plan, incluida cualquier penalización por inscripción tardía que tenga en la actualidad o que pueda adeudar, por correo o por transferencia electrónica de fondos (Electronic Funds Transfer, EFT) cada mes. También puede elegir pagar su prima por deducción automática de su cheque de beneficios del Seguro Social o de la Junta de Retiro Ferroviario (Railroad Retirement Board, RRB) cada mes.

Si se le fija un monto de ajuste mensual relacionado con los ingresos de la Parte D (Part D-Income Related Monthly Adjustment Amount, Part D-IRMAA), la Administración del Seguro Social le notificará al respecto. Será responsable del pago de este monto adicional sumado al de su prima mensual. El monto se retendrá de su cheque de beneficios del Seguro Social, o bien, Medicare o la RRB lo facturarán directamente. NO pague Part D-IRMAA de Primera Blue Cross.

Las personas con ingresos reducidos pueden calificar para recibir ayuda adicional, y así, pagar los costos de sus medicamentos con receta. En caso de ser elegible, Medicare podría pagar un 75 % o más de los costos de sus medicamentos, incluidas primas mensuales de medicamentos con receta, deducibles y coseguros. Asimismo, aquellas personas que califiquen no estarán sujetas a etapa sin cobertura o penalización por inscripción tardía. Muchas personas son elegibles para estos ahorros y ni siquiera lo saben. Para obtener más información acerca de esta ayuda adicional, comuníquese con su oficina local del Seguro Social, o llame al Seguro Social al 800-772-1213. Nuestro número de TDD/TTY para personas con discapacidades auditivas es 800-325-0778. También puede solicitar ayuda adicional en línea en www.socialsecurity.gov/prescriptionhelp.

Si califica para recibir ayuda adicional con sus costos de cobertura de medicamentos con receta de Medicare, esta pagará la totalidad o parte de la prima de su plan. Si Medicare paga solo una parte de esta prima, le facturaremos el monto que Medicare no cubra. Si no selecciona una opción de pago, recibirá una factura mensualmente.

Please select a premium payment option / Seleccione una opción de pago de prima:

- Get a monthly bill / Recibir una factura mensual
- Electronic funds transfer (EFT) from your bank account each month. /
Transferencia electrónica de fondos (EFT) de su cuenta bancaria mensualmente.
Enclose a VOIDED check or provide the following /
Adjunte un cheque CANCELADO o proporcione la siguiente información:

Account Holder Name /
Nombre del titular de la cuenta:

Account type / Tipo de cuenta:
 Checking / Cuenta corriente
 Savings / Cuenta de ahorros

Bank Routing # / Nro. de ruta bancaria:

Bank Account # / Nro. de cuenta bancaria:

-
- Automatic deduction from your monthly Social Security or Railroad Retirement Board (RRB) benefit check /
Deducción automática de su cheque de beneficios mensual del Seguro Social o de la Junta de Retiro Ferroviario (RBR)**
(Tenga en cuenta que la deducción del Seguro Social/de la RRB puede tardar dos o más meses en comenzar luego de que el Seguro Social o la RRB la aprueben. Antes de que comience la deducción, es posible que reciba facturas para su prima. Usted será responsable de pagar su prima mensual directamente a Primera a partir de su fecha de entrada en vigencia hasta la fecha en que comience su retención. Dejará de recibir facturas una vez que se apruebe la deducción. Si el Seguro Social o la RRB no aprueban su solicitud de deducción automática, le enviaremos una carta y una factura impresa para sus primas mensuales.)

I get monthly benefits from / Recibo beneficios mensuales de:

- Social Security / Seguro Social
- Railroad Retirement Board / Junta de Retiro Ferroviario

continúe en la siguiente página –

**READ AND ANSWER THESE IMPORTANT QUESTIONS /
LEA Y RESPONDA ESTAS PREGUNTAS IMPORTANTES**

1. Do you have End-Stage Renal Disease (ESRD)? /

¿Padece enfermedad renal en etapa terminal (End-Stage Renal Disease, ESRD)? Yes / Sí No

Si se sometió a un trasplante de riñón exitoso o ya no necesita diálisis en forma regular, **adjunte una nota o registros** de su médico en los que se explique que recibió un trasplante de riñón exitoso o que no necesita diálisis, de lo contrario, es posible que necesitemos comunicarnos con usted para obtener información adicional.

- 2.** Algunas personas pueden tener otra cobertura de medicamentos, incluidos otros seguros privados, TRICARE, cobertura de beneficios de salud para empleados federales, beneficios de veteranos o programas estatales de asistencia farmacéutica.

Will you have other prescription coverage in addition to Premera Blue Cross? /

¿Tendrá otra cobertura de medicamentos con receta además de Premera Blue Cross? Yes / Sí No

If "yes," please list your other coverage and your identification (ID) number(s) for this coverage /

Si la respuesta es "Sí", mencione su otra cobertura y su(s) números de identificación para esta:

Name of other coverage / Nombre de la otra cobertura: _____

ID # for this coverage / Nro. de identificación para esta cobertura: _____

Group # for this coverage / Nro. de grupo para esta cobertura: _____

3. Are you a resident in a long-term care facility, such as a nursing home? /

¿Reside en un centro de atención a largo plazo, como un hogar de ancianos? Yes / Sí No

If "yes," please provide the following information / Si la respuesta es "Sí", proporcione la siguiente información:

Name of institution / Nombre de la institución: _____

Address and phone # of institution (number and street) /

Dirección y nro. de teléfono de la institución (número y calle) _____

4. Are you enrolled in your State Medicaid program? /

¿Está inscrito en su programa State Medicaid? Yes / Sí No

If "yes," please provide your Medicaid number /

Si la respuesta es "Sí", proporcione su número de Medicaid. _____

5. Do you or your spouse work? / ¿Usted o su cónyuge trabajan? Yes / Sí No

Please check the box if you would prefer us to send you information in a language other than English or in another format / Marque la casilla si prefiere que le enviemos información en un idioma que no sea inglés o en otro formato:

Spanish / Español Braille

Comuníquese con nosotros al 888-868-7767 (TTY/TDD:711) si necesita ayuda con su inscripción, o información en un formato o idioma que no se mencione anteriormente, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. (o los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m., desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo).

continúe en la siguiente página –

ATTESTATION OF ELIGIBILITY FOR AN ENROLLMENT PERIOD / DECLARACIÓN DE ELEGIBILIDAD PARA UN PERÍODO DE INSCRIPCIÓN

Generalmente, usted puede inscribirse en un plan Medicare Advantage solamente durante el período de inscripción anual que se extiende desde el 15 de octubre hasta el 7 de diciembre de cada año. Existen excepciones que pueden permitirle inscribirse en un plan Medicare Advantage fuera de este período.

Lea atentamente las siguientes declaraciones y marque la casilla si dicha declaración se aplica a usted. Al marcar cualquiera de las siguientes casillas, usted está certificando que, a su leal saber y entender, es elegible para un período de inscripción. Si, más adelante, determinamos que esta información resulta incorrecta, es posible que se cancele su inscripción.

- I am new to Medicare. / Soy nuevo en Medicare.
- I am enrolled in a Medicare Advantage plan and want to make a change during the Medicare Advantage Open Enrollment Period (MA OEP). / Estoy inscrito en un plan Medicare Advantage y deseo realizar un cambio durante el período de inscripción abierta de Medicare Advantage (Medicare Advantage Open Enrollment Period, MA OEP).
- I recently moved outside of the service area for my current plan or I recently moved and this plan is a new option for me. I moved on (insert date here) / Recientemente, me mudé fuera del área de servicio para mi plan actual o me mudé hace poco y este plan es una nueva opción para mí. Me mudé el (ingrese la fecha aquí) _____.
- I recently was released from incarceration. I was released on (insert date here) / Recientemente, salí de prisión. Salí el (ingrese la fecha aquí) _____.
- I recently returned to the United States after living permanently outside of the U.S. I returned to the U.S. on (insert date here) / Regresé hace poco a los Estados Unidos después de haber residido de forma permanente fuera de los EE. UU. Regresé el (ingrese la fecha aquí) _____.
- I recently obtained lawful presence status in the United States. I got status on (insert date here) / Obtuve recientemente la condición de residencia legal en los Estados Unidos. La obtuve el (ingrese la fecha aquí) _____.
- I recently had a change in my Medicaid (newly got Medicaid, had a change in level of Medicaid assistance, or lost Medicaid) on (insert date) / Obtuve hace poco un cambio en mi programa Medicaid (obtuve recientemente Medicaid, me cambiaron de nivel en la asistencia de Medicaid o perdí Medicaid) el (ingrese la fecha) _____.
- I have both Medicare and Medicaid or my state helps pay for my Medicare premiums. / Tengo tanto Medicare como Medicaid o mi estado ayuda a pagar mis primas de Medicare.
- I recently had a change in my Extra Help paying for Medicare prescription drug coverage (newly got Extra Help, had a change in the level of Extra Help or lost Extra Help) on (insert date) / Obtuve recientemente un cambio en la ayuda adicional que paga mi cobertura de medicamentos con receta de Medicare (obtuve hace poco ayuda adicional, me cambiaron de nivel de ayuda adicional o la perdí) el (ingrese la fecha) _____.
- I am moving into, live in, or recently moved out of a Long-Term Care Facility (for example, a nursing home or long term care facility). I moved/will move into/out of the facility on (insert date) / Me mudé a un centro de atención a largo plazo, resido allí o lo abandoné recientemente (por ejemplo, un hogar de ancianos o un centro de atención a largo plazo). Me mudé/mudaré o me iré del centro el (ingrese la fecha) _____.
- I recently left a PACE program (insert date here) / Recientemente salí del programa PACE (ingrese la fecha aquí) _____.

continúe en la siguiente página –

ATTESTATION OF ELIGIBILITY FOR AN ENROLLMENT PERIOD / DECLARACIÓN DE ELEGIBILIDAD PARA UN PERÍODO DE INSCRIPCIÓN

- I recently involuntarily lost my creditable prescription drug coverage (coverage as good as Medicare's). I lost my drug coverage on (insert date here) / Hace poco perdí de manera involuntaria mi cobertura de medicamentos con receta acreditable (una cobertura tan buena como Medicare). Perdí mi cobertura de medicamentos el (ingrese la fecha aquí)_____.
- I am leaving employer or union coverage on (insert date here) / Dejaré la cobertura de mi empleador o del sindicato el (ingrese la fecha aquí)_____.
- I belong to a pharmacy assistance program provided by my state. / Soy parte de un programa de asistencia farmacéutica que me proporciona mi estado.
- My plan is ending its contract with Medicare, OR Medicare is ending its contract with my plan. / Mi plan finaliza su contrato con Medicare O BIEN Medicare finaliza su contrato con mi plan.
- I was enrolled in a plan by Medicare (or my state) and I want to choose a different plan. My enrollment in that plan started on (insert date) / Medicare (o mi estado) me inscribió en un plan, pero quiero elegir uno diferente. Mi inscripción en ese plan comenzó el (ingrese la fecha)_____.
- I was enrolled in a Special Needs Plan (SNP) but I have lost the special needs qualification required to be in that plan. I was disenrolled from the SNP on (insert date here) / Estuve inscrito en un plan para necesidades especiales (Special Needs Plan, SNP), pero perdí la calificación de necesidades especiales necesaria para estar en ese plan. Mi inscripción en SNP se canceló el (ingrese la fecha aquí)_____.
- I was impacted by a significant network change with my current plan and was notified on: (insert date here) / Me perjudicó un cambio significativo en la red de mi plan actual y me notificaron al respecto el: (ingrese la fecha aquí)_____.
- I was affected by a weather-related emergency or major disaster (as declared by the Federal Emergency Management Agency (FEMA). One of the other statements here applied to me, but I was unable to make my enrollment because of a natural disaster. / Me perjudicó una emergencia climática o desastre grave como lo declaró la Agencia Federal para la Gestión de Emergencias (Federal Emergency Management Agency, FEMA). Una de las otras declaraciones que se mencionan aquí se aplicó a mí, pero no pude realizar mi inscripción debido a un desastre natural.

Si ninguna de estas declaraciones se aplica a usted o no está seguro, comuníquese con Premera Blue Cross al 888-868-7767 (TTY/TDD: 711) para saber si es elegible para la inscripción. Nuestro horario de atención es de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m., (los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m., desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo).

continúe en la siguiente página –

Si actualmente cuenta con una cobertura de salud de su empleador o sindicato, inscribirse en Primera Blue Cross podría afectar los beneficios de salud que ellos le ofrecen. Podría perder la cobertura de salud de su empleador o sindicato si se inscribe en Primera Blue Cross. Lea los comunicados que le envían su empleador y su sindicato. Si tiene alguna pregunta, visite su sitio web o comuníquese con la oficina que aparece en sus comunicados. Si no hay información sobre a quién dirigirse, su administrador de beneficios o la oficina que responde preguntas sobre su cobertura pueden ayudarle.

LEA Y FIRME A CONTINUACIÓN

Al completar esta solicitud de inscripción, acepto lo siguiente:

Primera Blue Cross es un plan Medicare Advantage y tiene un contrato con el gobierno federal. Necesitaré conservar mis Partes A y B de Medicare. Solo puedo estar en un plan Medicare Advantage a la vez y entiendo que mi inscripción en este plan pondrá fin de manera automática a mi inscripción en otro plan de salud Medicare Advantage o plan de medicamentos con receta de la Parte D. Soy responsable de informarles acerca de cualquier cobertura de medicamentos con receta que tenga o que pueda obtener en el futuro. La inscripción en este plan se extiende generalmente para todo el año. Una vez inscrito, puedo dejarlo o realizar cambios solo en determinados momentos del año cuando se encuentre disponible un período de inscripción (por ejemplo: desde el 15 de octubre hasta el 7 de diciembre de cada año) o en ciertas circunstancias especiales.

Primera Blue Cross ofrece servicios en un área específica. Si me mudo fuera del área donde mi plan Primera Blue Cross Medicare Advantage ofrece servicios, necesito notificárselo, a fin de poder cancelar mi inscripción y encontrar otro plan en mi nueva área. Una vez que sea miembro de Primera Blue Cross, tengo derecho de apelar las decisiones del plan acerca de pagos o servicios si no estoy de acuerdo. Entiendo que el documento de Evidencia de cobertura, disponible en primera.com/ma o por correo postal a pedido, describe las reglas que debo seguir para obtener cobertura con este plan Medicare Advantage. A su vez, comprendo que las personas con Medicare, por lo general, no están cubiertas por Medicare cuando se encuentran fuera del país, salvo por una cobertura limitada cerca de la frontera de los EE. UU.

Entiendo que a partir de la fecha en que comienza la cobertura de Primera Blue Cross Medicare Advantage (HMO), Primera Blue Cross Medicare Advantage Classic (HMO), Primera Blue Cross Medicare Advantage Classic Plus (HMO), Primera Blue Cross Medicare Advantage Total Health (HMO), Primera Blue Cross Medicare Advantage Core (HMO), Primera Blue Cross Medicare Advantage Peak + Rx (HMO), Primera Blue Cross Medicare Advantage Sound + Rx (HMO), Primera Blue Cross Medicare Advantage Charter + Rx (HMO) o Primera Blue Cross Medicare Advantage Alpine (HMO) debo recibir la totalidad de mi atención médica por parte de la red de proveedores de Primera Blue Cross Medicare Advantage, salvo servicios de urgencia o emergencia, o servicios de diálisis fuera del área. Los servicios autorizados por Primera Blue Cross Evidence y otros que se encuentren incluidos en el documento de Evidencia de cobertura de Primera Blue Cross (también conocido como contrato del miembro o acuerdo del suscriptor) estarán cubiertos. Sin autorización, **NI MEDICARE NI BLUE CROSS PAGARÁN POR LOS SERVICIOS.**

Entiendo que si recibo ayuda por parte de un agente de ventas, corredor u otra persona empleada o contratada por Primera Blue Cross, se le pagará en función de mi inscripción en Primera Blue Cross.

Divulgación de la información: Al inscribirme en este plan de salud Medicare, reconozco que Primera Blue Cross divulgará mi información a Medicare y a otros planes, si fuese necesario, para operaciones de atención de la salud, pago y tratamiento. A su vez, reconozco que Primera Blue Cross divulgará mi información a Medicare, incluidos mis datos relacionados con medicamentos con receta, quien podrá divulgarlos con fines de investigación u otros, que se ajusten a todas las leyes y reglamentaciones federales aplicables. A mi leal saber y entender, la información incluida en este formulario de inscripción es correcta. Comprendo que si de manera intencional proporciono información falsa en este formulario, se cancelará mi inscripción en el plan.

Entiendo que mi firma (o la firma de la persona autorizada a actuar en mi nombre conforme a la legislación del estado en el que vivo) en esta solicitud significa que he leído y comprendo el contenido que aparece en esta solicitud. Si la firma corresponde a la persona autorizada (como se la describe anteriormente), esta firma certifica lo siguiente: 1) la legislación estatal autoriza a la persona a completar esta inscripción y 2) la documentación de esta representación se encuentra disponible si se la solicita a Medicare.

continúe en la siguiente página –

DETÉNGASE: LEA ESTA INFORMACIÓN IMPORTANTE

Signature / Firma:

Today's Date / Fecha de hoy:

**If you are the authorized representative, you must sign above and provide the following information /
Si usted es el representante autorizado, debe firmar arriba y proporcionar la siguiente información:**

Name / Nombre:

Address / Dirección:

Phone / Teléfono: ()

Relationship to Enrollee / Relación con el solicitante:

Premera Blue Cross es un plan HMO que tiene un contrato con Medicare. La inscripción en Premera depende de la renovación del contrato.

La discriminación está prohibida por la ley

Premera Blue Cross Medicare Advantage (Premera) cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. Premera no excluye a las personas ni las trata de manera diferente por su raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad, sexo, identidad de género u orientación sexual.

Premera:

- Proporciona asistencia y servicios gratuitos a las personas con discapacidades para que se comuniquen de manera eficaz con nosotros, como los siguientes:
 - Intérpretes de lenguaje de señas capacitados.
 - Información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos)
- Proporciona servicios lingüísticos gratuitos a personas cuya lengua materna no es el inglés, como los siguientes:
 - Intérpretes capacitados.
 - Información escrita en otros idiomas.

Si necesita recibir estos servicios, comuníquese con el Civil Rights Coordinator (Coordinador de Derechos Civiles).

Si considera que Premera no le proporcionó estos servicios o lo discriminó de otra manera por motivos de origen étnico, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, puede presentar un reclamo a la siguiente persona:

Civil Rights Coordinator – Complaints and Appeals
Premera Blue Cross Medicare Advantage Plans – Complaints & Appeals
PO Box 262527, Plano, TX 75026
Toll free 888-850-8526, Fax 800-889-1076, TTY 711
Email AppealsDepartmentInquiries@Premera.com.

Puede presentar el reclamo en persona o por correo postal, fax o correo electrónico. Si necesita ayuda para hacerlo, el Civil Rights Coordinator está a su disposición para brindársela.

También puede presentar un reclamo de derechos civiles ante la Office for Civil Rights (Oficina de Derechos Civiles) del Department of Health and Human Services (Departamento de Salud y Servicios Humanos) de EE. UU. de manera electrónica a través de Office for Civil Rights Complaint Portal, disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o bien, por correo postal a la siguiente dirección o por teléfono a los números que figuran 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)
Puede obtener los formularios de reclamo en el sitio web
<http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

Language Assistance

ATTENTION: If you speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 888-850-8526 (TTY: 711).

ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 888-850-8526 (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 888-850-8526 (TTY: 711)。

CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 888-850-8526 (TTY: 711).

주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 888-850-8526 (TTY: 711) 번으로 전화해 주십시오.

ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 888-850-8526 (телетайп: 711).

PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 888-850-8526 (TTY: 711).

УВАГА! Якщо ви розмовляєте українською мовою, ви можете звернутися до безкоштовної служби мовної підтримки. Телефонуйте за номером 888-850-8526 (телетайп: 711).

ប្រយ័ត្ន: បើសិនជាអ្នកនិយាយភាសាខ្មែរ, សេវាជំនួយផ្នែកភាសា ដោយមិនគិតល្អល គឺអាចមានសំរាប់បំរើអ្នក។ ចូរ ទូរស័ព្ទ 888-850-8526 (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。888-850-8526 (TTY:711) まで、お電話にてご連絡ください。

ማሳሰቢያ: የሚናገሩት ቋንቋ ኣማርኛ ከሆነ የትርጉም እርዳታ ድርጅቶች፣ በነጻ ሊያገዝዎት ተዘጋጅተዋል። ወደ ሚከተለው ቁጥር ይደውሉ 888-850-8526 (መስማት ለተሳናቸው: 711)።

XIYEEFFANNAA: Afaan dubbattu Oroomiffa, tajaajila gargaarsa afaanii, kanfaltiidhaan ala, ni argama. Bilbilaa 888-850-8526 (TTY: 711).

ملحوظة: إذا كنت تتحدث اذكر اللغة، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم 888-850-8526 (رقم هاتف الصم والبكم: 711).

ਧਿਆਨ ਦਿਓ: ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਪੰਜਾਬੀ ਬੋਲਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਸਹਾਇਤਾ ਸੇਵਾ ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਮੁਫਤ ਉਪਲਬਧ ਹੈ। 888-850-8526 (TTY: 711) 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ।

ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung. Rufnummer: 888-850-8526 (TTY: 711).

ប្រៃសណីយ៍: បើ អ្នក រៀន ភាសា ខ្មែរ, ការ បំណុល ភាសា ឯង គឺ អាច ទទួល បាន ឥត ថវិកា ណា មួយ, ប្រសិន បើ អ្នក រៀន ភាសា ខ្មែរ, ឈរ លើ លេខ 888-850-8526 (TTY: 711) ។