

# Formulario de selección del plan/ Plan Selection Form

Para uso exclusivo de los miembros actuales de Premera./  
To be used by current Premera members only.

Si necesita ayuda con su inscripción, comuníquese con nosotros al  
888-868-7767 (TTY/TDD: 711)/

If you need help with your enrollment, please contact us at  
888-868-7767 (TTY/TDD: 711)

del 1.º de abril al 30 de septiembre, de lunes a viernes, de 8 a. m. a  
8 p. m./April 1 - September 30, Monday - Friday, 8 a.m. to 8 p.m.

Del 1.º de octubre al 31 de marzo, los 7 días de la semana, de  
8 a. m. a 8 p. m./October 1 - March 31, 7 days a week, 8 a.m. to  
8 p.m.

PO Box 262548  
Plano, TX 75026  
Fax: 800-381-4837

## SU INFORMACIÓN/YOUR INFORMATION

**Nombre:/**  
**Name:**

**Número de miembro:/**  
**Member number:**

Número de teléfono residencial:/  
Home phone number:

Número de Medicare:/  
Medicare number:

Dirección de correo electrónico:/  
Email address:

Enviar materiales electrónicamente:/  
Send materials electronically:  
 SÍ/YES  NO/NO

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

Dirección:/Street address:

continúe en la siguiente página/please continue to the next page -/

### REQUERIDO PARA LA SOLICITUD ENVIADA POR EL AGENTE/ REQUIRED FOR AGENT SUBMITTED APPLICATION

NOMBRE DEL AGENTE:/AGENT NAME:

N.º DE escritura:/WRITING #:

Método inicial de contacto:/Initial method of contact:

Fuente principal:/Lead Source:

TIPO DE INSCRIPCIÓN:/ENROLLMENT TYPE:

- EN PERSONA/IN PERSON  
 POR CORREO ELECTRÓNICO/VIA E-MAIL  
 TELEFÓNICO/TELEPHONIC  
 ENVIADO POR CORREO AL AGENTE/MAILED TO AGENT

FECHA DE RECEPCIÓN POR PARTE DEL AGENTE:/  
AGENT RECEIVED DATE:

FECHA DE ENTRADA EN VIGENCIA:/EFFECTIVE DATE:

TIPO DE PERÍODO DE INSCRIPCIÓN ESPECIAL:/SEP TYPE:

SOLO PARA USO DEL AGENTE/  
AGENT USE ONLY

SOLO PARA USO DEL AGENTE/  
AGENT USE ONLY

---

Ciudad:/City:

Estado:/State:

Código postal:/Zip:

---

**Dirección postal** (solo si se diferencia de su dirección regular)/  
**Mailing address** (only if different from your permanent address)

Dirección:/Street address:

---

Ciudad:/City:

Estado:/State:

Código postal:/Zip:

---

**Nombre del proveedor de atención primaria (Primary Care Provider, PCP) elegido:/**  
**Name of chosen primary care provider (PCP):**

---

**Ubicación del PCP:/**  
**PCP location:**

---

---

### ELIJA SU PLAN MEDICARE ADVANTAGE/CHOOSE YOUR MEDICARE ADVANTAGE PLAN

---

Actualmente soy miembro del plan \_\_\_\_\_ en Primera Blue Cross Medicare Advantage y mi prima mensual actual es \$\_\_\_\_\_/

I am currently a member of the \_\_\_\_\_ plan in Primera Blue Cross Medicare Advantage, and my current monthly premium is \$\_\_\_\_\_.

**Quiero transferirme de mi plan actual Primera Blue Cross Medicare Advantage al plan de Primera Blue Cross Medicare Advantage que he seleccionado a continuación.** Acepto que Primera Blue Cross utilice mi información personal registrada de mi plan actual Primera Blue Cross para completar mi solicitud de inscripción. /

**I want to transfer from my current Primera Blue Cross Medicare Advantage plan to the Primera Blue Cross Medicare Advantage plan I have selected below.** I agree to allow Primera Blue Cross to use my personal information on file from my current Primera Blue Cross plan to complete my enrollment request.

Entiendo que es posible que este plan cuente con una red de proveedores diferentes y que debo pagar la prima mensual (si hubiere) sumada a cualquier prima Medicare Parte A y B que pueda adeudar. **Comprendo que este plan cuenta con beneficios de salud diferentes y con una prima mensual de \$\_\_\_\_\_.** Si se recibe este formulario al finalizar el mes, mi nuevo plan por lo general entrará en vigencia el primer día del mes siguiente./

I understand that this plan may have a different provider network and that I must pay the monthly premium (if any) in addition to any Medicare Part A and Part B premiums I may owe. **I understand that this plan has different health benefits and a monthly premium of \$\_\_\_\_\_.** If this form is received by the end of the month, my new plan will generally be effective the 1st of the following month.

---

**KING • PIERCE • SNOHOMISH • THURSTON • WHATCOM/  
KING • PIERCE • SNOHOMISH • THURSTON • WHATCOM**

**HMO - \$0/HMO - \$0**

**Classic (HMO) - \$54/Classic (HMO) - \$54**

**Peak + Rx (HMO) - \$0/Peak + Rx (HMO) - \$0**

**Sound + Rx (HMO) - \$34/  
Sound + Rx (HMO) - \$34**

**Alpine (HMO) - \$24** (sin cobertura de medicamentos recetados)/  
**Alpine (HMO) - \$24** (no prescription coverage)

**LEWIS • KITSAP • COWLITZ • ISLAND • SAN JUAN • SKAGIT/  
LEWIS • KITSAP • COWLITZ • ISLAND • SAN JUAN • SKAGIT**

**HMO - \$0/HMO - \$0**

**Classic (HMO) - \$54/Classic (HMO) - \$54**

**SPOKANE • WALLA WALLA/  
SPOKANE • WALLA WALLA**

**HMO - \$0/HMO - \$0**

**Total Health (HMO) - \$23/  
Total Health (HMO) - \$23**

**Classic (HMO) - \$54** (no disponible en Spokane)/  
**Classic (HMO) - \$54** (not available in Spokane)

**STEVENS/  
STEVENS**

**Total Health (HMO) - \$23/Total Health (HMO) - \$23**

## RAZA Y ETNIA/RACE AND ETHNICITY

### RAZA (OPCIONAL)/RACE (OPTIONAL)

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Indio asiático/Asian Indian              | <input type="checkbox"/> Otros isleños del Pacífico/Other Pacific Islander                       |
| <input type="checkbox"/> Chino/Chinese                            | <input type="checkbox"/> Samoano/Samoan  |
| <input type="checkbox"/> Filipino/Filipino                        | <input type="checkbox"/> Vietnamita/Vietnamese   |
| <input type="checkbox"/> Guameño o Chamorro/Guamanian or Chamorro | <input type="checkbox"/> Nativo americano o nativo de Alaska/<br>America Indian or Alaska Native |
| <input type="checkbox"/> Japonés/Japanese                         | <input type="checkbox"/> Negro o afroamericano/<br>Black or African American                     |
| <input type="checkbox"/> Coreano/Korean                           | <input type="checkbox"/> Blanco/White  |
| <input type="checkbox"/> Hawaiano nativo/Native Hawaiian          | <input type="checkbox"/> Elijo no contestar/I choose not to answer                               |
| <input type="checkbox"/> Otros asiáticos/Other Asian              |  |

### ETNIA (OPCIONAL)/ETHNICITY (OPTIONAL)

- No de origen hispano, latino o español/Not of Hispanic, Latino/a, or Spanish origin
- Puertorriqueño/Puerto Rican
- Otros hispanos, latinos o de origen español/Another Hispanic, Latino, or Spanish origin
- Mexicano/a, Mexicoamericano/a, Chicano/a/Mexican, Mexican American, Chicano/a
- Cubano/a/Cuban
- Elijo no contestar/I choose not to answer

## PAGO DE LA PRIMA DE SU PLAN/PAYING YOUR PLAN PREMIUM

---

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./

If we determine that you owe a late enrollment penalty (or if you currently have a late enrollment penalty), we need to know how you would prefer to pay it. You can pay your monthly plan premium, including any late enrollment penalty that you currently have or may owe, by mail or electronic funds transfer (EFT) each month. You can also choose to pay your premium by automatic deduction from your Social Security or Railroad Retirement Board (RRB) benefit check each month.

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./ If you are assessed a Part D-Income Related Monthly Adjustment Amount (Part D-IRMAA), you will be notified by the Social Security Administration. You will be responsible for paying this extra amount in addition to your plan premium. You will either have the amount withheld from your Social Security benefit check or be billed directly by Medicare or RRB. DO NOT pay Primera Blue Cross the Part D-IRMAA.

Las personas con ingresos reducidos pueden calificar para recibir ayuda adicional, y así, pagar los costos de sus medicamentos recetados. En caso de ser elegible, Medicare podría pagar un 75 % o más de los costos de sus medicamentos, incluidas primas mensuales de medicamentos recetados, 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/](http://www.socialsecurity.gov/prescriptionhelp/)

People with limited incomes may qualify for extra help to pay for their prescription drug costs. If eligible, Medicare could pay for 75% or more of your drug costs including monthly prescription drug premiums, annual deductibles, and coinsurance. Additionally, those who qualify will not be subject to the coverage gap or a late enrollment penalty. Many people are eligible for these savings and don't even know it. For more information about this extra help, contact your local Social Security office, or call Social Security at 800-772-1213. TTY/TDD users should call 800-325-0778. You can also apply for extra help online at [www.socialsecurity.gov/prescriptionhelp/](http://www.socialsecurity.gov/prescriptionhelp/)

Si califica para recibir ayuda adicional con sus costos de cobertura de medicamentos recetados 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./

If you qualify for extra help with your Medicare prescription drug coverage costs, Medicare will pay all or part of your plan premium. If Medicare pays only a portion of this premium, we will bill you for the amount that Medicare doesn't cover. If you don't select a payment option, you will get a bill each month.

**Recibirá automáticamente una factura mensual por la prima de su plan, si corresponde, incluida cualquier multa por inscripción tardía en la que pueda haber incurrido. O puede elegir una opción de pago diferente que se enumera a continuación: /**

**You will automatically receive a monthly bill for your plan premium, if any, including any late enrollment penalty that you may have incurred. Or you can choose a different payment option listed below:**

Transferencia electrónica de fondos (EFT) de su cuenta bancaria mensualmente.

Adjunte un cheque CANCELADO o proporcione la siguiente información: /

Electronic funds transfer (EFT) from your bank account each month.

Please enclose a VOIDED check or provide the following:

Nombre del titular de la cuenta: / Account Holder Name:

Tipo de cuenta: / Account type:

Corriente / Checking

Ahorros / Savings

---

Nro. de ruta bancaria: / Bank Routing #:

Nro. de cuenta bancaria: / Bank Account #:

---

Deducción automática de su cheque de beneficios mensual del Seguro Social o de la Junta de Retiro Ferroviario (RRB). /

Automatic deduction from your monthly Social Security or Railroad Retirement Board (RRB) benefit check.

**Tenga en cuenta:** 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 por su prima. Usted será responsable de pagar su prima mensual directamente a Premera 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 por sus primas mensuales. /

**Please note:** The Social Security / RRB deduction may take two or more months to begin after Social Security or RRB approves the deduction. Before the deduction begins, you may receive invoices for your premium. You will be responsible for paying your monthly premium directly to Premera from your effective date until the date your withholding begins. Invoices will stop once the deduction is approved. If Social Security or RRB does not approve your request for automatic deduction, we will send you a letter and paper bill for your monthly premiums.

Recibo beneficios mensuales de: / I get monthly benefits from:

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

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

Español / Spanish     Braille / Braille

Si necesita información en otro formato o idioma que no sea el que se enumera anteriormente, comuníquese con Premera Blue Cross al 888-850-8526 (TTY/TDD: 711) del 1 de abril al 30 de septiembre, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. (o del 1 de octubre al 31 de marzo, los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m.). /

If you need information in another format or language than what is listed above, please contact Premera Blue Cross at 888-850-8526 (TTY/TDD: 711) April 1 - September 30, Monday - Friday, 8 a.m. to 8 p.m. (or October 1 - March 31, 7 days a week, 8 a.m. to 8 p.m.).

**DETÉNGASE: LEA ESTA INFORMACIÓN IMPORTANTE  
STOP – READ THIS IMPORTANT INFORMATION**

**LEA Y FIRME A CONTINUACIÓN**

---

Premera Blue Cross es un plan Medicare Advantage que tiene un contrato con el gobierno federal./  
Premera Blue Cross is a Medicare Advantage plan that has a contract with the Federal government.

Entiendo que si recibo ayuda por parte de un agente de ventas, corredor u otra persona empleada o contratada por Premera Blue Cross, se le pagará en función de mi inscripción en un plan Premera Blue Cross Medicare Advantage./  
I understand that if I am getting assistance from a sales agent, broker, or other individual employed by or contracted with Premera Blue Cross, he/she may be paid based on my enrollment in a Premera Blue Cross Medicare Advantage plan.

Divulgación de información: Al inscribirme en este plan de salud Medicare, reconozco que el plan de salud Medicare 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 Premera Blue Cross divulgará mi información a Medicare, incluidos mis datos relacionados con medicamentos recetados, 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. A su vez, comprendo que las personas con Medicare 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 Premera Blue Cross Medicare Advantage debo recibir la totalidad de mi atención médica por parte de Premera Blue Cross, salvo servicios de urgencia o emergencia, o servicios de diálisis fuera del área. Los servicios autorizados por Premera Blue Cross y otros que se encuentren incluidos en el documento de Evidencia de cobertura de Premera Blue Cross Medicare Advantage (también conocido como contrato del miembro o acuerdo del suscriptor) estarán cubiertos. **SIN LA AUTORIZACIÓN, NI LOS PLANES DE MEDICARE NI DE PREMERA BLUE CROSS MEDICARE ADVANTAGE PAGARÁN POR LOS SERVICIOS./**

I understand that beginning on the date my Premera Blue Cross Medicare Advantage coverage begins, I must get all of my health care from Premera Blue Cross, except for emergency or urgently needed services or out-of-area dialysis services. Services authorized by Premera Blue Cross and other services contained in my Premera Blue Cross Medicare Advantage Evidence of Coverage document (also known as a member contract or subscriber agreement) will be covered. **WITHOUT AUTHORIZATION, NEITHER MEDICARE NOR PREMERA BLUE CROSS MEDICARE ADVANTAGE PLANS WILL PAY FOR THE SERVICES.**

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 es firmado por una persona autorizada (como se describe arriba), esta firma certifica que: 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./

I understand that my signature (or the signature of the person authorized to act on my behalf under the laws of the State where I live) on this application means that I have read and understand the contents of this application. If signed by an authorized individual (as described above), this signature certifies that: 1) this person is authorized under State law to complete this enrollment and 2) documentation of this authority is available upon request from Medicare.

Firma:/Signature:

Fecha de hoy:/Today's date:

---

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

Nombre:/Name:

Dirección:/Address:

Teléfono:/Phone:

Relación con el solicitante:/Relationship to enrollee:

---

**Una vez que complete este formulario, envíelo por correo postal a la siguiente dirección:/  
Once you have completed this form, please mail it to this address:**

Premera Blue Cross Medicare Advantage Plans/Premera Blue Cross Medicare Advantage Plans

PO Box 262548/PO Box 262548

Plano, TX 75026/Plano, TX 75026

o envíelo por fax al 800-381-4387/or fax it to 800-381-4387

Premera Blue Cross es un plan HMO que tiene un contrato con Medicare. La inscripción en Premera depende de la renovación del contrato./Premera Blue Cross is an HMO plan with a Medicare contract. Enrollment in Premera depends on contract renewal.



## Multi-Language Insert

### Multi-language Interpreter Services

**English:** We have free interpreter services to answer any questions you may have about our health or drug plan. To get an interpreter, just call us at 1-888-850-8526 (TTY/TDD: 711). Someone who speaks English/Language can help you. This is a free service.

**Spanish:** Tenemos servicios de intérprete sin costo alguno para responder cualquier pregunta que pueda tener sobre nuestro plan de salud o medicamentos. Para hablar con un intérprete, por favor llame al 1-888-850-8526 (TTY/TDD: 711). 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 1-888-850-8526 (TTY/TDD: 711)。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 1-888-850-8526 (TTY/TDD: 711)。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 1-888-850-8526 (TTY/TDD: 711). 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 1-888-850-8526 (TTY/TDD: 711). 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 1-888-850-8526 (TTY/TDD: 711) 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 1-888-850-8526 (TTY/TDD: 711). 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 1-888-850-8526 (TTY/TDD: 711) 번으로 문의해 주십시오. 한국어를 하는 담당자가 도와 드릴 것입니다. 이 서비스는 무료로 운영됩니다.

**Russian:** Если у вас возникнут вопросы относительно страхового или медикаментного плана, вы можете воспользоваться нашими бесплатными услугами переводчиков. Чтобы воспользоваться услугами переводчика, позвоните нам по телефону 1-888-850-8526 (TTY/TDD: 711). 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 (1-888-850-8526 (TTY/TDD: 711)). 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 1-888-850-8526 (TTY/TDD: 711) 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 1-888-850-8526 (TTY/TDD: 711). 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 1-888-850-8526 (TTY/TDD: 711). 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 1-888-850-8526 (TTY/TDD: 711). 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 1-888-850-8526 (TTY/TDD: 711). 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、1-888-850-8526 (TTY/TDD: 711) 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。