

# Formulario de selección de plan/ Plan Selection Form

PO Box 211151  
Eagan, MN 55121  
Fax: 800-381-4837

**Los miembros actuales deben completar este formulario solo si desean cambiar de plan.** Puede hacerlo durante el período de inscripción anual (del 15 de octubre al 7 de diciembre) todos los años. La cobertura comienza el 1 de enero./  
**For current Premera members only, please complete this form only if you wish to change plans.** You can do this during the Annual Enrollment Period (October 15 and December 7) each year, for coverage starting January 1.

Si necesita ayuda con la inscripción, llámenos al 888-868-7767 (TTY: 711) del 1 de abril al 30 de septiembre, de lunes a viernes de 8 a. m. a 8 p. m.  
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 help with your enrollment, please contact us at 888-868-7767 (TTY: 711) April 1 - September 30, Monday - Friday, 8 a.m. to 8 p.m.  
October 1 - March 31, 7 days per week, 8 a.m. to 8 p.m.

## SU INFORMACIÓN/YOUR INFORMATION

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

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

Dirección de correo electrónico:/  
Email address:

Número de Medicare:/  
Medicare number:

Teléfono:/  
Phone:

Número de teléfono celular:/  
Cell phone:

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

Dirección:/Street address:

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):/**  
**Name of primary care provider (PCP):**

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

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

Para presentar una queja sobre su plan de salud o medicamentos de Medicare, llame al 1-888-868-7767 (TTY: 711) o complete el formulario de queja de Medicare en **medicare.gov/my/medicare-complaint**. Llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048. 1-800-MEDICARE está disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana, excepto algunos días festivos federales. Si corresponde, proporcione el nombre de su agente o corredor utilizado para la inscripción./

To file a complaint about your Medicare health or drug plan call 1-888-868-7767 (TTY: 711), or complete the Medicare Complaint form at **medicare.gov/my/medicare-complaint**. Call 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). TTY users can call 1-877-486-2048. 1-800-MEDICARE is available 24 hours a day, 7 days a week, except some federal holidays. If applicable, please provide your agent or broker's name used for enrollment.

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

SOLO PARA USO DEL AGENTE/AGENT USE ONLY

SOLO PARA USO DEL AGENTE/ AGENT USE ONLY

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:		FECHA DE RECEPCIÓN POR PARTE DEL AGENTE:/ AGENT RECEIVED DATE:	
<input type="checkbox"/> EN PERSONA/IN PERSON	<input type="checkbox"/> POR CORREO ELECTRÓNICO/ VIA EMAIL	FECHA DE ENTRADA EN VIGENCIA:/ EFFECTIVE DATE:	
<input type="checkbox"/> TELEFÓNICO/TELEPHONIC	<input type="checkbox"/> ENVIADO POR CORREO AL AGENTE/MAILED TO AGENT	TIPO DE PERÍODO DE INSCRIPCIÓN ESPECIAL:/ SEP TYPE:	

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

Los miembros actuales pueden usar este formulario para cambiar de plan de salud durante el período de inscripción anual (del 15 de octubre al 7 de diciembre). Soy miembro actual del plan \_\_\_\_\_ en Primera Blue Cross Medicare Advantage y mi prima mensual actual es \$\_\_\_\_\_/

Current members can use this form to change health plans during the Annual Enrollment Period (October 15 and December 7). I am a current 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 este formulario se recibe antes del 7 de diciembre, mi nuevo plan entrará en vigencia a partir del 1 de enero./

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 December 7, my new plan will be effective January 1.

**COWLITZ • ISLAND • KING • KITSAP • LEWIS • PIERCE • SAN JUAN • SKAGIT • SNOHOMISH • THURSTON • WHATCOM**

- HMO - \$0
- Classic (HMO) - \$54

**SPOKANE • WALLA WALLA**

- HMO - \$0
- Total Health (HMO) - \$23
- Classic (HMO) - \$54 (no disponible en Spokane)

**STEVENS**

- Total Health (HMO) - \$23

**RAZA Y ETNIA/RACE AND ETHNICITY**

---

**RAZA (OPCIONAL)/RACE (OPTIONAL)**

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Indio asiático/Asian Indian               | <input type="checkbox"/> Otro origen isleño del Pacífico/<br>Another Pacific Islander origin     |
| <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"/> Otro origen asiático/Another Asian origin |  |

**ETNIA (OPCIONAL)/ETHNICITY (OPTIONAL)**

- No de origen hispano, latino o español/Not of Hispanic, Latino/a/x, or Spanish origin**
- Puertorriqueño/Puerto Rican**
- Otro origen hispano, latino/a/x o español/Another Hispanic, Latino/a/x, or Spanish origin**
- Mexicano, mexicoamericano, chicano/a/x/Mexican, Mexican American, Chicano/a/x**
- Cubano/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 Premera 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 Premera 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 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. Los usuarios de TTY deben llamar al 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 costs. 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 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 (Electronic Funds Transfer, EFT) de su cuenta bancaria mensualmente. /  
Electronic funds transfer (EFT) from your bank account each month.

Adjunte un cheque **cancelado** o proporcione la siguiente información: /

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

Número de ruta bancaria: /  
Bank routing #:

Número 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 lo siguiente:** 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 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 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 Primera 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 a 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 una casilla si prefiere que le enviemos información en un idioma que no sea inglés o en otro formato: /  
Please check a 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 Primera Blue Cross al 888-850-8526 (TTY: 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 Primera Blue Cross at 888-850-8526 (TTY: 711) April 1 - September 30, Monday to Friday, 8 a.m. to 8 p.m. (or October 1 - March 31, 7 days per week, 8 a.m. to 8 p.m.).

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

**LEA Y FIRME A CONTINUACIÓN/PLEASE READ AND SIGN BELOW**

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, they 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./  
Release of information: By joining this Medicare health plan, I acknowledge that the Medicare health plan will release my information to Medicare and other plans as is necessary for treatment, payment, and healthcare operations. I also acknowledge that Premera Blue Cross will release my information including my prescription drug event data to Medicare, who may release it for research and other purposes which follow all applicable federal statutes and regulations. The information on this enrollment form is correct to the best of my knowledge. I understand that if I intentionally provide false information on this form, I will be disenrolled from the plan. I understand that people with Medicare aren't covered under Medicare while out of the country except for limited coverage near the U.S. border.

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 healthcare 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 a 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

PO Box 211151

Eagan, MN 55121

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.



## Aviso de no discriminación

Premera Blue Cross Medicare Advantage (Premera) cumple con las leyes federales de derechos civiles 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  
Premera Blue Cross Medicare Advantage Plans  
PO Box 21481, Eagan, MN 55121  
Teléfono: 888-850-8526, Fax: 800-889-1076, TTY: 711  
Correo electrónico: [AppealsDepartmentInquiries@Premera.com](mailto: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>.

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

## 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。