

Envíe el formulario completo y firmado a:

Tufts Health Plan Medicare Preferred
P.O. Box 483
Canton, MA 02021-9936

A Información personal

Primer nombre:

Inicial seg. nombre: Apellido:

Número de Id. del miembro:

Número de teléfono principal:

Número de teléfono alternativo: (opcional)

Este es un número de teléfono celular

Le sugerimos que nos facilite su número de celular y su dirección de correo electrónico para que podamos proveerle la información y las actualizaciones más oportunas.

Dirección de correo electrónico:

Dirección particular permanente: (no se admite un apartado postal [P.O. box], a menos que usted no tenga una residencia permanente)

Ciudad:

Estado:

Código postal:

Dirección postal: (solo si es distinta a su dirección permanente)

Ciudad:

Estado:

Código postal:

B Indique la información de su plan

En el siguiente cuadro, se muestran los planes disponibles para cada área de servicio y las primas de los planes mensuales estándar (**en negrita**). En el cuadro, también se muestran las primas del plan con la opción dental Tufts Medicare Preferred Dental Option incluida (*en cursiva*). Para inscribirse en Tufts Medicare Preferred Dental Option, llene la sección "Beneficio complementario opcional" a continuación.

Condados de Barnstable, Bristol, Middlesex, Norfolk y Plymouth	Prima del plan	Con opción dental	Condados de Hampden y Hampshire	Prima del plan	Con opción dental
HMO Saver Rx (HMO)	\$0/mensual	\$37	HMO Saver Rx (HMO)	\$0/mensual	\$37
HMO Smart Saver Rx (HMO)	\$0/mensual	N/A	HMO Smart Saver Rx (HMO)	\$0/mensual	N/A
HMO Basic Rx (HMO)	\$48/mensual	\$85	HMO Basic Rx (HMO)	\$37/mensual	\$74
HMO Value No Rx (HMO)	\$113/mensual	\$150	HMO Value Rx (HMO)	\$83/mensual	\$120
HMO Value Rx (HMO)	\$156/mensual	\$193	HMO Prime Rx (HMO)	\$106/mensual	\$142.50
HMO Prime No Rx (HMO)	\$143/mensual	\$179.50	HMO Prime Rx Plus (HMO)	\$122/mensual	\$158.50
HMO Prime Rx (HMO)	\$283/mensual	\$219.50			
HMO Prime Rx Plus (HMO)	\$217/mensual	\$253.50			
Condados de Essex y Suffolk	Prima del plan	Con opción dental	Condado de Worcester	Prima del plan	Con opción dental
HMO Saver Rx (HMO)	\$0/mensual	\$37	HMO Saver Rx (HMO)	\$0/mensual	\$37
HMO Smart Saver Rx (HMO)	\$0/mensual	N/A	HMO Smart Saver Rx (HMO)	\$0/mensual	N/A
HMO Basic No Rx (HMO)	\$38/mensual	\$75	HMO Basic No Rx (HMO)	\$30/mensual	\$67
HMO Basic Rx (HMO)	\$58/mensual	\$95	HMO Basic Rx (HMO)	\$45/mensual	\$82
HMO Value No Rx (HMO)	\$133/mensual	\$170	HMO Value No Rx (HMO)	\$122/mensual	\$159
HMO Value Rx (HMO)	\$178/mensual	\$215	HMO Value Rx (HMO)	\$163/mensual	\$200
HMO Prime No Rx (HMO)	\$166/mensual	\$202.50	HMO Prime No Rx (HMO)	\$162/mensual	\$198.50
HMO Prime Rx (HMO)	\$213/mensual	\$249.50	HMO Prime Rx (HMO)	\$193/mensual	\$229.50
HMO Prime Rx Plus (HMO)	\$245/mensual	\$281.50			

Nombre del plan del que es miembro actualmente:

Tufts Medicare Preferred HMO

Prima mensual actual:

\$

Nombre del plan al que le gustaría cambiarse:

Tufts Medicare Preferred HMO

Prima mensual nueva:

\$

Fecha de entrada en vigor solicitada:

(mm/dd/aaaa; debe ser una fecha futura)

/ **01** /

Entiendo que este plan tiene diferentes beneficios de salud y una prima mensual distinta. He revisado la nueva prima de mi plan en el cuadro anterior.

BENEFICIO COMPLEMENTARIO OPCIONAL: Tufts Medicare Preferred Dental Option

Solo puede elegir Tufts Medicare Preferred Dental Option junto con un plan médico. Tufts Medicare Preferred Dental Option cuesta **\$37 por mes** para los planes *HMO Saver Rx*, *HMO Basic Rx*, *HMO Basic No Rx*, *HMO Value Rx* y *HMO Value No Rx*. Tufts Medicare Preferred Dental Option cuesta **\$36.50 por mes** para los planes *HMO Prime Rx*, *HMO Prime Rx Plus* y *HMO Prime No Rx*. Tufts Medicare Preferred Dental Option **NO está disponible para el plan *HMO Smart Saver Rx***. En el cuadro anterior, se muestran las primas del plan con Tufts Medicare Preferred Dental Option incluido (*en cursiva*).

Sí, deseo añadir Tufts Medicare Preferred Dental Option.

C Elija un médico de atención primaria (PCP) que tenga contrato con Tufts Medicare Preferred HMO (Si actualmente tiene un PCP, el siguiente punto es opcional)

Si no tiene un PCP, le asignaremos uno de forma automática. Puede cambiar el PCP en cualquier momento después de su inscripción.

Médico de atención primaria:

¿Es actualmente su paciente?

Sí No

D Pago de la prima de su plan

Puede pagar la prima mensual del plan (incluyendo cualquier multa por inscripción tardía* que deba o que podría deber) por correo postal o mediante una transferencia electrónica de fondos (EFT) cada mes. También puede optar por pagar la prima mediante la deducción automática de su cheque de beneficios del Seguro Social o la Junta de Jubilación Ferroviaria (RRB) cada mes.

Si tiene que pagar la cantidad de ajuste mensual relacionado con ingresos (IRMAA) de Part D, debe pagarla en forma independiente de la prima del plan. NO pague a Tufts Health Plan Medicare Preferred la cantidad de IRMAA de Part D.

Si no selecciona una opción de pago, recibirá una factura cada mes.

Para los planes con una prima de \$0: Si en la actualidad usted tiene una multa por inscripción tardía* o ha seleccionado el beneficio dental complementario opcional, necesitamos saber cómo prefiere pagar. Puede pagarla por correo postal o con una transferencia electrónica de fondos (EFT) cada mes. También puede optar por pagar la prima mediante la deducción automática de su cheque de beneficios del Seguro Social o la Junta de Jubilación Ferroviaria (RRB) cada mes. **Si usted no tiene una multa por inscripción tardía* o no ha seleccionado el beneficio dental complementario opcional, no se le exige una opción de pago.**

Las personas con ingresos limitados pueden calificar para recibir *Extra Help* para pagar los costos de sus medicamentos recetados. Si es elegible, Medicare podría pagar el 75 % o más de los costos de medicamentos, incluyendo las primas mensuales de medicamentos recetados, deducibles anuales y coaseguro. Además, quienes califican no estarán sujetos a la multa por inscripción tardía*. Muchas personas son elegibles para optar a estos ahorros y ni siquiera lo saben. Para obtener más información sobre *Extra Help*, comuníquese con la oficina local del Seguro Social o llame al Seguro Social al **1-800-772-1213**. Los usuarios de TTY deben llamar al **1-800-325-0778**. También puede solicitar *Extra Help* en línea a través de **www.ssa.gov/medicare/part-d-extra-help**.

Si usted califica para *Extra Help* con los costos de cobertura de medicamentos recetados de Medicare, Medicare pagará parte o la totalidad de la prima del plan. Si Medicare paga solo una parte de esta prima, le facturaremos a usted por la cantidad que Medicare no cubre.

Para obtener más información sobre la multa por inscripción tardía, visite **thpmp.org/LEP**.

Seleccione una opción de pago de primas:

- Recibir una factura todos los meses.
- Transferencia electrónica de fondos (EFT) desde su cuenta bancaria todos los meses.
(Si selecciona esta opción, recibirá por correo postal un *Formulario de autorización de EFT*. Siga pagando la prima mensual hasta que le informemos de su inscripción en el programa de EFT).
- Deducción automática de su cheque de beneficios mensual del Seguro Social.
- Deducción automática de su cheque de beneficios mensual de la Junta de Jubilación Ferroviaria (RRB).

La deducción del cheque del Seguro Social o de la RRB podría tardar uno o varios meses en iniciarse.

Es posible que haya un retraso en la retención de su prima debido al cronograma de procesamiento mensual de la Administración del Seguro Social, ya que la fecha de inicio de la retención de primas no puede ser retroactiva. Si hay un retraso, se le facturará directamente el primer mes o los primeros 2 meses hasta que se le deduzca la prima del cheque de beneficios del Seguro Social o de la RRB. Usted es responsable de pagar todas las primas pendientes hasta que comience la retención de primas. Si no paga la prima de los meses antes de que comience la retención de primas, podríamos cancelar su inscripción en Tufts Health Plan Medicare Preferred. Si el Seguro Social o la RRB no aprueban su solicitud de deducción automática, le enviaremos una factura impresa de las primas mensuales.

E Seleccione la elegibilidad para el período de inscripción

Por lo general, es posible que se inscriba en un plan de Medicare Advantage solamente durante el Período de Inscripción Anual desde el 15 de octubre hasta el 7 de diciembre de cada año. Hay excepciones que podrían permitirle inscribirse en un plan de Medicare Advantage fuera de este período. Lea las siguientes afirmaciones atentamente y marque la casilla si la afirmación corresponde a su caso (marque todas las que correspondan). Si marca cualquiera de las casillas siguientes, certifica que, a su leal saber y entender, usted es elegible para optar a un período de inscripción. Si más adelante determinamos que esta información es incorrecta, es posible que se cancele su inscripción.

Recientemente me mudé fuera del área de servicio de mi plan actual o recientemente me mudé, y este plan es una nueva opción para mí.

Me mudé el: (mm/dd/aaaa)

	/		/				
--	---	--	---	--	--	--	--

Me mudaré a, vivo en o me mudé recientemente de un centro de cuidados a largo plazo (por ejemplo, una casa de reposo o un centro de cuidados a largo plazo).

Me mudé el: (mm/dd/aaaa)

	/		/				
--	---	--	---	--	--	--	--

Recientemente tuve un cambio en mi Medicaid (obtuve recientemente Medicaid, tuve un cambio en mi nivel de ayuda de Medicaid o perdí Medicaid).

Tuve este cambio el: (mm/dd/aaaa)

	/		/				
--	---	--	---	--	--	--	--

Tengo Medicare y Medicaid (o mi estado me ayuda a pagar las primas de Medicare) o recibo pagos de *Extra Help* para mi cobertura de medicamentos recetados de Medicare, pero no he tenido un cambio.

Otro motivo: (describa el período de elección especial)

--

F Origen étnico y raza, idiomas alternativos y formatos accesibles

¿Usted es de origen hispano, latino o español? Seleccione todas las opciones que correspondan.

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> No, no soy de origen hispano, latino ni español | <input type="checkbox"/> Sí, soy cubano |
| <input type="checkbox"/> Sí, soy mexicano, mexicanoestadounidense, chicano | <input type="checkbox"/> Sí, soy de otro origen hispano, latino o español |
| <input type="checkbox"/> Sí, soy puertorriqueño | <input type="checkbox"/> Prefiero no responder |

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

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Indio estadounidense o nativo de Alaska | <input type="checkbox"/> De raza negra o afroamericana |
|--|--|
- Asiático:
- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Indio asiático | <input type="checkbox"/> Guameño o chamorro |
| <input type="checkbox"/> Chino | <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái |
| <input type="checkbox"/> Filipino | <input type="checkbox"/> Samoano |
| <input type="checkbox"/> Japonés | <input type="checkbox"/> Otras islas del Pacífico |
| <input type="checkbox"/> Coreano | <input type="checkbox"/> De raza blanca |
| <input type="checkbox"/> Vietnamita | <input type="checkbox"/> Prefiero no responder |
| <input type="checkbox"/> Otro grupo asiático | |
- Nativo de Hawái u otras islas del Pacífico:

¿Cuál es su género? Seleccione una opción.

- | | |
|-------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Mujer | <input type="checkbox"/> Uso un término diferente: _____ |
| <input type="checkbox"/> Hombre | <input type="checkbox"/> Prefiero no responder |
| <input type="checkbox"/> No binario | |

¿Cuál de las siguientes representa mejor lo que piensa de usted mismo? Seleccione una opción.

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Lesbiana u homosexual | <input type="checkbox"/> Uso un término diferente: _____ |
| <input type="checkbox"/> Heterosexual, es decir, ni lesbiana ni homosexual | <input type="checkbox"/> No lo sé |
| <input type="checkbox"/> Bisexual | <input type="checkbox"/> Prefiero no responder |

Idioma escrito preferido:

Idioma hablado preferido:

Seleccione uno si quiere que le enviemos su información en un formato accesible:

- Braille Letra grande CD de audio CD de datos

Comuníquese con Tufts Health Plan Medicare Preferred al 1-800-701-9000 (TTY: 711) si necesita información en un formato accesible o un idioma que no se indicó anteriormente. Los representantes están disponibles de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los 7 días de la semana (de lunes a viernes, del 1 de abril al 30 de septiembre).

G Lea y firme a continuación.

1. Tufts Health Plan Medicare Preferred es un plan que tiene contrato con el Gobierno federal.
2. Entiendo que, si recibo ayuda de un agente de ventas, corredor u otra persona empleada o contratada por Tufts Health Plan Medicare Preferred, esta persona podría recibir un pago de acuerdo con mi inscripción en Tufts Medicare Preferred HMO.
3. Comprendo que, a partir de la fecha en que comience la cobertura de Tufts Medicare Preferred HMO, debo obtener toda mi atención de salud de Tufts Medicare Preferred HMO, excepto servicios de emergencia o urgentemente necesarios o diálisis fuera del área, y debo elegir un médico de atención primaria (PCP) y obtener un referido antes de atenderme con un especialista dentro del círculo de referidos del PCP.
4. Si obtengo atención de rutina de proveedores fuera del círculo de referidos del PCP, ni Medicare ni Tufts Health Plan Medicare Preferred serán responsables del costo. Tendrán cobertura los servicios autorizados por Tufts Medicare Preferred HMO y otros servicios incluidos en mi documento de *Evidencia de Cobertura* de Tufts Medicare Preferred HMO (también conocido como contrato del miembro o acuerdo de suscripción). Sin autorización, NI MEDICARE NI TUFTS HEALTH PLAN MEDICARE PREFERRED PAGARÁN LOS SERVICIOS.
5. Los beneficios dentales para los miembros de Tufts Health Plan Medicare Preferred son administrados por Dominion Dental Services, Inc. Si tiene preguntas relacionadas con sus beneficios o con la red de proveedores, comuníquese con Servicios para Miembros.

Divulgación de información

1. Reconozco que, si me afilio a este plan de salud de Medicare, Tufts Health Plan Medicare Preferred divulgará mi información a Medicare y a otros planes según sea necesaria para el tratamiento, pago y operaciones de cuidado de la salud.
2. También reconozco que Tufts Health Plan Medicare Preferred divulgará mi información, como los datos de actividades de medicamentos recetados, a Medicare, que a su vez puede divulgarla para fines de investigación u otros que acaten todas las leyes y normativas federales vigentes.
3. La información que figura en este formulario de inscripción es correcta a mi leal saber y entender. Comprendo que, si proveo información falsa intencionalmente en este formulario, cancelarán mi inscripción en el plan.
4. Entiendo que las personas con Medicare no tienen cobertura de Medicare mientras estén fuera del país, salvo por una cobertura limitada cerca de la frontera de EE. UU.

Comprendo que mi firma (o la firma de la persona autorizada para actuar en mi nombre según las leyes del estado donde vivo) en esta solicitud indica que he leído y que comprendo el contenido de esta solicitud. Si firma una persona autorizada (según lo descrito anteriormente), esta firma certifica que: 1) esta persona está autorizada según la ley estatal para realizar esta inscripción; y 2) la documentación de esta autorización está disponible previa solicitud a Medicare.

Firma:

Fecha de hoy (mm/dd/aaaa):

 / /

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

Nombre completo:

Dirección particular:

Ciudad:

Estado:

Código postal:

Número de teléfono:

 - -

Relación con el beneficiario:

SOLO PARA LAS PERSONAS QUE AYUDEN AL BENEFICIARIO A COMPLETAR ESTE FORMULARIO

Complete esta sección si es una persona (es decir, agente, corredor, asesor del Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros Médicos [SHIP], familiar u otro tercero) que está ayudando al beneficiario a completar este formulario.

Nombre: (en letra de imprenta)

Firma:

Relación con el beneficiario:

SOLO PARA USO INTERNO DE LA OFICINA O EL CORREDOR

Número Nacional de Productor (NPN) del agente:

Nombre de la agencia/organización de mercadeo de campo (FMO):

Fecha de recepción de la solicitud: (mm/dd/aaaa)

Fecha de entrada en vigor de la cobertura: (mm/dd/aaaa)

Condados de Barnstable, Bristol, Middlesex, Norfolk y Plymouth		Condados de Hampden y Hampshire		Condados de Essex y Suffolk		Condado de Worcester	
<input type="radio"/> Saver Rx	028/000	<input type="radio"/> Saver Rx	028/000	<input type="radio"/> Saver Rx	028/000	<input type="radio"/> Saver Rx	028/000
<input type="radio"/> Basic Rx	026/002	<input type="radio"/> Basic Rx	026/003	<input type="radio"/> Basic No Rx	042/000	<input type="radio"/> Basic No Rx	041/000
<input type="radio"/> Value No Rx	019/007	<input type="radio"/> Value Rx	018/008	<input type="radio"/> Basic Rx	026/001	<input type="radio"/> Basic Rx	036/000
<input type="radio"/> Value Rx	018/007	<input type="radio"/> Prime Rx	015/006	<input type="radio"/> Value No Rx	019/001	<input type="radio"/> Value No Rx	040/000
<input type="radio"/> Prime No Rx	016/002	<input type="radio"/> Prime Rx Plus	001/006	<input type="radio"/> Value Rx	018/001	<input type="radio"/> Value Rx	034/000
<input type="radio"/> Prime Rx	015/002	<input type="radio"/> Smart Saver Rx	046/000	<input type="radio"/> Prime No Rx	016/001	<input type="radio"/> Prime No Rx	039/000
<input type="radio"/> Prime Rx Plus	001/002			<input type="radio"/> Prime Rx	015/001	<input type="radio"/> Prime Rx	033/000
<input type="radio"/> Smart Saver Rx	046/000			<input type="radio"/> Prime Rx Plus	001/001	<input type="radio"/> Smart Saver Rx	046/000
				<input type="radio"/> Smart Saver Rx	046/000		

Período de inscripción:

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

Tufts Health Plan cumple con las leyes federales vigentes sobre derechos civiles y no discrimina por motivos de raza, color, origen étnico, edad, discapacidad o sexo (incluyendo embarazo, orientación sexual e identidad de género). ATTENTION: If you speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-855-670-5934 (TTY:711).

a Point32Health company

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 1-800-701-9000 (HMO)/1-866-623-0172 (PPO). Someone who speaks English can help you. This is a free service.

Spanish: Tenemos servicios de intérprete sin costo alguno para responder cualquier pregunta que pueda tener sobre nuestro plan de salud o medicamentos. Para hablar con un intérprete, por favor llame al 1-800-701-9000 (HMO)/1-866-623-0172 (PPO). 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 1-800-701-9000 (HMO)/1-866-623-0172 (PPO)。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 1-800-701-9000 (HMO)/1-866-623-0172 (PPO)。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 panggagamot. Upang makakuha ng tagasaling-wika, tawagan lamang kami sa 1-800-701-9000 (HMO)/1-866-623-0172 (PPO). 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 1-800-701-9000 (HMO)/1-866-623-0172 (PPO). 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 1-800-701-9000 (HMO)/1-866-623-0172 (PPO) 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 1-800-701-9000 (HMO)/1-866-623-0172 (PPO). 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 1-800-701-9000 (HMO)/1-866-623-0172 (PPO)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 1-800-701-9000 (HMO)/1-866-623-0172 (PPO). 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، سيقوم شخص ما يتحدث العربية (PPO) 1-800-701-9000 (HMO) ليس عليك سوى الاتصال بنا على 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 1-800-701-9000 (HMO)/1-866-623-0172 (PPO) 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 1-800-701-9000 (HMO)/1-866-623-0172 (PPO). Un nostro incaricato che parla Italianovi fornirà l'assistenza necessaria. È un servizio gratuito.

Portugués: 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 1-800-701-9000 (HMO)/1-866-623-0172 (PPO). 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 1-800-701-9000 (HMO)/1-866-623-0172 (PPO). 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 1-800-701-9000 (HMO)/1-866-623-0172 (PPO). 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、1-800-701-9000 (HMO)/1-866-623-0172 (PPO)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。

H2256_2025_1_C_SPA