

# Highmark lo mantiene simple.

---

Solicite su nuevo plan médico individual o familiar de la Ley de Atención Médica Asequible (Affordable Care Act, ACA) para 2026 en 5 pasos con esta solicitud.

---

Si presenta su solicitud porque tiene un Período de inscripción especial, incluya esta solicitud completada con el formulario de Período de inscripción especial y toda la documentación de apoyo necesaria.



Si se inscribe durante el período de inscripción abierta, puede hacerlo digitalmente. Simplemente escanee aquí.



Todas las referencias a "Highmark" en este documento son referencias a la compañía Highmark que da los beneficios médicos o la administración de beneficios médicos del miembro o a una o más de sus compañías Blue afiliadas.

Highmark Benefits Group Inc., un licenciatario independiente de Blue Cross Blue Shield Association, ofrece estos planes. El símbolo del escudo azul es una marca registrada de Blue Cross Blue Shield Association.

# 5 pasos para completar su solicitud.

**Paso 1:** Cuéntenos sobre usted. 6

**Paso 2:** Busque un plan. 14

**Paso 3:** Su primer pago. 19

**Paso 4:** Cobertura actual. 21

**Paso 5:** Su firma. 23



# Nos alegra que piense en Highmark.

## Asegurémonos de que esta es la aplicación que necesita.

Esta aplicación es para comprar directamente con Highmark, no si quiere comprar mediante Pennsylvania Insurance Exchange (Pennie™). Estos planes no aplican créditos fiscales por las primas federales ni reducciones de costos compartidos. Si no está seguro de si califica para recibir ayuda económica, comuníquese con Pennie en [Pennie.com](http://Pennie.com) o llame al 1-844-844-8040.

**Aparte de eso, usted es elegible para inscribirse en estos planes, independientemente de su edad, siempre que cumpla estos requisitos:**

- No tiene derecho a los beneficios de la Parte A de Medicare, no está inscrito en los beneficios de la Parte B de Medicare ni está inscrito en CHIP.

---

- Actualmente vive en los EE. UU.

---

- Vive en uno de los condados mencionados en la página 14 de esta solicitud y selecciona un plan disponible en el condado donde vive.

---

- Cumple las directrices de elegibilidad mencionadas en el Paso 5 de esta solicitud.

# ¿Está en el lugar correcto? Excelente.

Hay algunos tipos de planes a los que puede aplicar con esta solicitud. Aquí tiene un resumen:

## Planes ACA

Estos son sus planes individuales o familiares. Puede leer más sobre esto en [www.Highmark.com](http://www.Highmark.com) o en el folleto del plan.

## HIPAA

Si pierde el plan médico de su empresa y quiere un plan Highmark, un plan HIPAA podría ser para usted. Obtenga más información en la página 17.

## Conversión

Si perdió su plan grupal de Highmark y quiere cambiarse a un plan individual, puede que le convenga un plan de conversión. Obtenga más información en la página 16.

**Si tiene alguna pregunta o quiere inscribirse más rápido:**

**Llame al 1-855-949-1043.**

**Visite [www.Highmark.com](http://www.Highmark.com).**

**Escanee** el CÓDIGO QR en la primera página si presenta la solicitud durante la inscripción abierta. Si presenta su solicitud durante un período de inscripción especial, necesitaremos que complete la solicitud en papel.

**Hable** con su agente/productor de seguros si trabaja con uno.

**O** podemos ayudarlo en persona en una **tienda directa de Highmark**. Encuentre una tienda cerca de usted en [HighmarkDirect.com](http://HighmarkDirect.com).



## Instrucciones:

# Hicimos que esta aplicación sea lo más sencilla posible con solo **5 pasos**.

Puede parecer mucho, pero estos consejos harán que presentar esta solicitud sea más fácil y evitarán retrasos en el procesamiento.

- **Siga estos 5 pasos y asegúrese de completar todo.**

Cuando termine una sección, sepárela y envíenosal.

---

- **Escriba las letras y los números claramente con tinta azul o negra.**

Si presenta su solicitud durante el período de inscripción abierta, puede completar una versión electrónica de este formulario en [www.Highmark.com](http://www.Highmark.com) e imprimirlo.

---

- **Si hay un cuadro para escribir su nombre en la parte inferior de una página,** asegúrese de completarlo. Esto nos ayuda a hacer un seguimiento de su solicitud.
- 

- **Firme y feche la solicitud en la página 24** — Si solicita cobertura para usted y su cónyuge/pareja de hecho, los dos deben firmar esta solicitud. Si no está casado, es menor de 18 años y solicita una póliza que solo lo cubre a usted, un parent o tutor debe firmar esta solicitud.
- 

- **Arranque las páginas completadas de la solicitud y envíelas a la dirección de Highmark que se proporciona en la página 25 de Highmark.**



## Paso 1: Cuéntenos sobre usted.

# Usted + Highmark ≡ un 2026 saludable.

Si solicita un seguro médico, deberá completar la siguiente página.

- **Página 7** — Todos deben completar esta página con su información personal, incluso si se solicita para otra persona, como un menor de edad.
- **Página 9** — Complete esta página si solicita cobertura para usted y para otra persona, si presenta la solicitud en nombre de sus dependientes y usted será el titular de la póliza, o si presenta la solicitud en nombre de un menor de 18 años para su póliza individual.

---

**Si tiene preguntas, solo debe llamarnos. Tenga a mano estos números de teléfono importantes mientras completa su solicitud:**

- Si tiene un dominio limitado del inglés o una discapacidad, llame al 1-833-521-1424 (los usuarios de TTY pueden llamar al 711) o visite una tienda de Highmark para obtener ayuda con esta solicitud sin cargo.
  - Si tiene preguntas generales o quiere inscribirse por teléfono llame al 1-855-949-1043.
  - Si necesita ayuda con un plan HIPAA o de conversión o necesita ayuda con una cobertura de seguro anterior, llame al 1-888-510-1084.
-



25827

# Paso 1: Cuéntenos sobre usted.

Recuerde completar todo claramente y marcar “N/C” si es necesario. De lo contrario, el procesamiento de este formulario podría retrasarse.

## Información general:

PRIMER NOMBRE

SEGUNDO NOMBRE

APELLIDO

SUFIXO

NÚMERO DE SEGURO SOCIAL O DE IDENTIFICACIÓN FISCAL

SEXO

 Masculino    Femenino    Otro

FECHA DE NACIMIENTO (MM/DD/AAAA)

Marque este óvalo si no tiene dirección. Pero es necesario que indique una dirección postal donde podamos comunicarnos con usted.

DIRECCIÓN

NUMERO DE APARTAMENTO

CIUDAD, ESTADO, CÓDIGO POSTAL

CONDADO

DIRECCIÓN POSTAL (SI ES DIFERENTE AL DOMICILIO)

NUMERO DE APARTAMENTO

CIUDAD, ESTADO, CÓDIGO POSTAL

CONDADO

NÚMERO DE TELÉFONO DE CASA (NO MÓVIL)

NÚMERO DE TELÉFONO MÓVIL

CONTACTO PREFERIDO (SELECCIONE SOLO UNO)

 Casa    Celular

DIRECCIÓN DE EMAIL

IDIOMA PREFERIDO PARA HABLAR (SI NO ES INGLÉS)

IDIOMA PREFERIDO PARA LEER (SI NO ES INGLÉS)

 Solo para usted. Usted y su familia. Presenta la solicitud en nombre de un menor de 18 años para su cobertura como titular de una póliza individual.

## ¿Para quién es este plan?

Simplemente marque el óvalo que corresponda.

25827



# Paso 1: Cuéntenos sobre usted (continuación).

## Si es mayor de 21 años:

Solo debe responder unas pocas preguntas más si es mayor de 21 años y este plan es para usted.

¿Fumó o consumió regularmente alguna forma de tabaco (4 o más veces por semana en promedio, excluyendo el uso religioso o ceremonial) en los últimos 6 meses?

- Sí       No
- 

## Preferencias de comunicación:

Si lo prefiere, podemos enviarle comunicaciones electrónicas en forma de alertas y avisos por email. Esas comunicaciones podrían incluir su acuerdo y resumen de la cobertura, avisos sobre planes de seguro, información para miembros y avisos de salud y bienestar, como bienestar, ahorros y más. Será más fácil y rápido. Puede cambiar la opción en cualquier momento o solicitar una copia digital llamando al número que está en la parte de atrás de su tarjeta de identificación de miembro (ID) o visitando [MyHighmark.com](#).

¿Y, qué le parece?

- Sí, quiero recibir todo digitalmente.  
 No, quiero seguir con el formato de papel.

Visite [MyHighmark.com](#) para revisar los Términos y condiciones sobre las preferencias de contacto y obtener información completa sobre cómo seleccionar o cambiar las preferencias de comunicación.

Para asegurarse de recibir las comunicaciones mediante su método preferido, debe informar a Highmark si cambia su número de teléfono o dirección de email.

NÚMERO DE SEGURO SOCIAL O DE IDENTIFICACIÓN FISCAL

APELLIDO DEL SOLICITANTE

PRIMER NOMBRE

# Paso 1: Cuéntenos sobre su familia.

**¿Es esta solicitud solo para usted? Vaya a la página 13.**

Si está solicitando cobertura para otra persona (a quienes llamaremos dependientes), complete su información en esta hoja. Puede agregar más hojas si lo necesita. **Los dependientes elegibles incluyen:**

- Su cónyuge o pareja de hecho
- Sus hijos menores de 26 años
- Los hijos de su cónyuge o pareja de hecho menores de 26 años
- Su hijo soltero de cualquier edad que esté certificado médica y que como totalmente discapacitado y que dependa de usted

**La opción del plan y el deducible que usted elija se aplicará a todas las personas que reciban cobertura de su plan.**

¿Incluye esta solicitud dependientes solteros que, según certificado médico, sean incapaces de mantenerse por sí mismos por una discapacidad intelectual o física, una enfermedad mental o una discapacidad del desarrollo que comenzó antes de los 26 años?

Si la respuesta es “sí”, indique sus nombres.

*Highmark podrá exigir prueba de dicha discapacidad según lo considere necesario.*

## Dependiente 1 Información básica:

**Mayor de 21 años:**

PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
<input type="text"/>	<input type="text"/>
APELLIDO	SUFijo
<input type="text"/>	<input type="text"/>
NÚMERO DE SEGURO SOCIAL O DE IDENTIFICACIÓN FISCAL	
<input type="text"/>	
SEXO	FECHA DE NACIMIENTO (MM/DD/AAAA)
<input type="radio"/> Masculino <input type="radio"/> Femenino <input type="radio"/> Otro	<input type="text"/>

¿Vive el Dependiente 1 con usted?    Sí    No

SI LA RESPUESTA ES “NO”, INDIQUE LA DIRECCIÓN:

¿Ha fumado o usado el dependiente alguna forma de tabaco con regularidad (4 o más veces por semana en promedio, excluyendo el uso religioso o ceremonial) durante los últimos 6 meses?

Sí    No

**Hay espacio para más dependientes en la página siguiente.**

NÚMERO DE SEGURO SOCIAL O DE IDENTIFICACIÓN FISCAL

APELLIDO DEL SOLICITANTE

PRIMER NOMBRE

# Paso 1: Familia (continuación)

## Dependiente 2

Información básica:

PRIMER NOMBRE

SEGUNDO NOMBRE

APELLIDO

SUFIXO

NÚMERO DE SEGURO SOCIAL O DE IDENTIFICACIÓN FISCAL

RELACIÓN

SEXO

Masculino  Femenino  Otro

FECHA DE NACIMIENTO (MM/DD/AAAA)

¿Vive el Dependiente 2 con usted?  Sí  No

SI LA RESPUESTA ES "NO", INDIQUE LA DIRECCIÓN:

Mayor de 21 años:

¿Ha fumado o usado el dependiente alguna forma de tabaco con regularidad (4 o más veces por semana en promedio, excluyendo el uso religioso o ceremonial) durante los últimos 6 meses?

Sí  No

## Dependiente 3

Información básica:

PRIMER NOMBRE

SEGUNDO NOMBRE

APELLIDO

SUFIXO

NÚMERO DE SEGURO SOCIAL O DE IDENTIFICACIÓN FISCAL

RELACIÓN

SEXO

Masculino  Femenino  Otro

FECHA DE NACIMIENTO (MM/DD/AAAA)

¿Vive el Dependiente 3 con usted?  Sí  No

SI LA RESPUESTA ES "NO", INDIQUE LA DIRECCIÓN:

Mayor de 21 años:

¿Ha fumado o usado el dependiente alguna forma de tabaco con regularidad (4 o más veces por semana en promedio, excluyendo el uso religioso o ceremonial) durante los últimos 6 meses?

Sí  No

NÚMERO DE SEGURO SOCIAL O DE IDENTIFICACIÓN FISCAL

APELLIDO DEL SOLICITANTE

PRIMER NOMBRE

# Paso 1: Familia (continuación)

## Dependiente 4

### Información básica:

PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
<input type="text"/>	<input type="text"/>
APELLIDO	SUFijo
<input type="text"/>	<input type="text"/>
NÚMERO DE SEGURO SOCIAL O DE IDENTIFICACIÓN FISCAL	RELACIÓN
<input type="text"/>	<input type="text"/>
SEXO	FECHA DE NACIMIENTO (MM/DD/AAAA)
<input type="radio"/> Masculino <input type="radio"/> Femenino <input type="radio"/> Otro	<input type="text"/>
¿Vive el Dependiente 4 con usted? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	
SI LA RESPUESTA ES "NO", INDIQUE LA DIRECCIÓN: <input type="text"/>	

### Mayor de 21 años:

¿Ha fumado o usado el dependiente alguna forma de tabaco con regularidad (4 o más veces por semana en promedio, excluyendo el uso religioso o ceremonial) durante los últimos 6 meses?

Sí    No

## Dependiente 5

### Información básica:

PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
<input type="text"/>	<input type="text"/>
APELLIDO	SUFijo
<input type="text"/>	<input type="text"/>
NÚMERO DE SEGURO SOCIAL O DE IDENTIFICACIÓN FISCAL	RELACIÓN
<input type="text"/>	<input type="text"/>
SEXO	FECHA DE NACIMIENTO (MM/DD/AAAA)
<input type="radio"/> Masculino <input type="radio"/> Femenino <input type="radio"/> Otro	<input type="text"/>
¿Vive el Dependiente 5 con usted? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	
SI LA RESPUESTA ES "NO", INDIQUE LA DIRECCIÓN: <input type="text"/>	

### Mayor de 21 años:

¿Ha fumado o usado el dependiente alguna forma de tabaco con regularidad (4 o más veces por semana en promedio, excluyendo el uso religioso o ceremonial) durante los últimos 6 meses?

Sí    No

NÚMERO DE SEGURO SOCIAL O DE IDENTIFICACIÓN FISCAL

APELLIDO DEL SOLICITANTE

PRIMER NOMBRE

# Paso 1: Familia (continuación)

## Dependiente 6

Información básica:

PRIMER NOMBRE

SEGUNDO NOMBRE

APELLIDO

SUFijo

NÚMERO DE SEGURO SOCIAL O DE IDENTIFICACIÓN FISCAL

RELACIÓN

SEXO

Masculino  Femenino  Otro

FECHA DE NACIMIENTO (MM/DD/AAAA)

¿Vive el Dependiente 6 con usted?  Sí  No

SI LA RESPUESTA ES "NO", INDIQUE LA DIRECCIÓN:

Mayor de 21 años:

¿Ha fumado o usado el dependiente alguna forma de tabaco con regularidad (4 o más veces por semana en promedio, excluyendo el uso religioso o ceremonial) durante los últimos 6 meses?

Sí  No

## Dependiente 7

Información básica:

PRIMER NOMBRE

SEGUNDO NOMBRE

APELLIDO

SUFijo

NÚMERO DE SEGURO SOCIAL O DE IDENTIFICACIÓN FISCAL

RELACIÓN

SEXO

Masculino  Femenino  Otro

FECHA DE NACIMIENTO (MM/DD/AAAA)

¿Vive el Dependiente 7 con usted?  Sí  No

SI LA RESPUESTA ES "NO", INDIQUE LA DIRECCIÓN:

Mayor de 21 años:

¿Ha fumado o usado el dependiente alguna forma de tabaco con regularidad (4 o más veces por semana en promedio, excluyendo el uso religioso o ceremonial) durante los últimos 6 meses?

Sí  No

NÚMERO DE SEGURO SOCIAL O DE IDENTIFICACIÓN FISCAL

APELLIDO DEL SOLICITANTE

PRIMER NOMBRE

## Información sobre la raza y la etnia

Highmark usará las siguientes preguntas para entender mejor la demografía y las necesidades médicas de nuestros miembros. Al recopilar estos datos, Highmark puede evaluar si, y en qué medida, nuestras soluciones médicas, políticas y prácticas tratan las disparidades sistemáticas en la salud y la atención médica de nuestros miembros y comunidades. Estas evaluaciones mejorarán la capacidad de Highmark de profundizar nuestro conocimiento sobre los retos relacionados con la salud de nuestros miembros, para desarrollar y prestar servicios únicos que cubran las necesidades específicas de nuestros miembros y comunidades. Los datos sobre la raza y etnia se compartirán con el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. (U.S. Department of Health and Human Services) para apoyar una comprensión más amplia de las necesidades médicas de la población en todo el país. **Sus respuestas a las siguientes preguntas son completamente voluntarias.** Al recopilar los siguientes datos, Highmark: 1) mantiene todos los datos que se muestran abajo como privados; 2) no usa los datos para determinar la elegibilidad, suscripción o calificación; y 3) no rechaza su solicitud si decide responder estas preguntas.

	Titular de la póliza	Dependiente 1	Dependiente 2	Dependiente 3	Dependiente 4	Dependiente 5	Dependiente 6	Dependiente 7
<b>1) ¿Es el solicitante de origen hispano, latino o español?</b>								
Sí	<input type="radio"/>							
No	<input type="radio"/>							
Otro	<input type="radio"/>							
Prefiero no responder	<input type="radio"/>							
<b>1a) Si seleccionó "Sí" a la pregunta de arriba, responda:</b>								
Cubano	<input type="radio"/>							
Mexicano, mexicoamericano o chico	<input type="radio"/>							
Puertorriqueño	<input type="radio"/>							
Otro origen hispano, latino o español	<input type="radio"/>							
Otro	<input type="radio"/>							
Prefiero no responder	<input type="radio"/>							
<b>2) Si respondió "No" u "Otro" a la Pregunta 1, especifique raza y etnia seleccionando una de las siguientes opciones:</b>								
Indio americano o nativo de Alaska	<input type="radio"/>							
Asiático indio	<input type="radio"/>							
Negro o afroamericano	<input type="radio"/>							
Chino	<input type="radio"/>							
Filipino	<input type="radio"/>							
Guamano o chamorro	<input type="radio"/>							
Japonés	<input type="radio"/>							
Coreano	<input type="radio"/>							
Native de Hawái	<input type="radio"/>							
Samoano	<input type="radio"/>							
Vietnamita	<input type="radio"/>							
Blanco	<input type="radio"/>							
Raza asiática no incluida en la lista de arriba	<input type="radio"/>							
Raza de isleños del Pacífico no incluida en la lista de arriba	<input type="radio"/>							
Raza no mencionada arriba	<input type="radio"/>							
Otro	<input type="radio"/>							
Prefiero no responder	<input type="radio"/>							

## Paso 2: Busque un plan.

# Cobertura que le hace



**En este próximo paso, va a  
seleccionar su plan.**

O, eche un vistazo al folleto del plan.  
Toda la información que necesita  
está aquí.

Solo necesita completar la página  
indicando el condado en el que vive.  
Si está buscando un plan **HIPAA**  
o de **conversión**, vaya directamente  
a esa página.

**Si vive en:**      **Encuentre su plan en la página:**

Bucks .....	15
Chester.....	15
Delaware .....	15
Montgomery.....	15
Filadelfia .....	15

<b>Plan de conversión .....</b>	<b>16</b>
<b>Plan HIPAA .....</b>	<b>17</b>

## Paso 2: Encuentre un plan en

**los condados de Bucks, Chester, Delaware, Montgomery y Filadelfia.**

Elija una opción de plan y deducible. **Marque el óvalo que está lado del plan que seleccionó.** Su selección se aplicará a todas las personas cubiertas por su plan.

**Estos planes son solo para los condados de Bucks, Chester, Delaware, Montgomery y Filadelfia.**

	Highmark Benefits Group - Número de grupo: 108047-67	Deductible anual	
		Individual	Familia
my Blue Access PPO	<input type="radio"/> Premier Platinum 0	\$0	\$0
	<input type="radio"/> Premier Platinum 0 + Cobertura dental y de la visión para adultos		
	<input type="radio"/> Premier Gold 0		
	<input type="radio"/> Premier Gold 0 + Cobertura dental y de la visión para adultos		
	<input type="radio"/> Gold 0		
	<input type="radio"/> Gold 0 + Cobertura dental y de la visión para adultos		
my Blue Access PPO	<input type="radio"/> Gold 1500	\$1,500	\$3,000
	<input type="radio"/> Gold 1500 + Cobertura dental y de la visión para adultos		
	<input type="radio"/> Gold 1700 HSA	\$1,700	\$3,400
	<input type="radio"/> Premier Silver 0	\$0	\$0
	<input type="radio"/> Premier Silver 0 + Cobertura dental y de la vista para adultos		
	<input type="radio"/> Silver 0		
	<input type="radio"/> Silver 0 + Cobertura dental y de la visión para adultos		
my Blue Access PPO	<input type="radio"/> Silver 6000	\$6,000	\$12,000
	<input type="radio"/> Bronze 3800	\$3,800	\$7,600
	<input type="radio"/> Bronze 3800 + Cobertura dental y de la visión para adultos		
	<input type="radio"/> Bronze 9200	\$9,200	\$18,400
my Blue Access PPO	<input type="radio"/> PPO de eventos importantes catastróficos 10600 - 3 visitas gratis con el PCP <small>[Los solicitantes deben tener menos de 30 años o haber recibido una certificación de exención del Intercambio de Seguros de Pensilvania. Adjunte una copia del certificado si tiene uno.]</small>	\$10,600	\$21,200

NÚMERO DE SEGURO SOCIAL O DE IDENTIFICACIÓN FISCAL

APELLIDO DEL SOLICITANTE

PRIMER NOMBRE

## Paso 2: Encuentre un plan de conversión.

**¿Perderá su cobertura grupal de Highmark y quiere obtener una cobertura individual de Highmark?** Genial, quizás quiera obtener un plan de conversión. Puede comenzar el día en que finalice su plan grupal.

Highmark ofrece el siguiente plan de conversión. Marque el óvalo junto a este plan si quiere solicitar la inscripción. La inscripción en este plan se aplicará a todas las personas cubiertas por su plan.

**Estos planes son para residentes de:** los condados de Bucks, Chester, Delaware, Montgomery y Filadelfia.

Highmark Benefits Group - Número de grupo: 108047-67		Deductible anual	
		Individual	Familia
my Blue Access PPO	<input type="radio"/> Bronze 3800	\$3,800	\$7,600

FECHA LÍMITE PARA PRESENTAR LA SOLICITUD (MM/DD/AAAA)

CANTIDAD DE LA PRIMERA PRIMA

\$

### Política de conversión

EN VIGOR A PARTIR DEL (MM/DD/AAAA):

EN VIGOR HASTA (MM/DD/AAAA):

NÚMERO DE SEGURO SOCIAL O DE IDENTIFICACIÓN FISCAL

APELLIDO DEL SOLICITANTE

PRIMER NOMBRE

## Paso 2: Encuentre un plan HIPAA.

¿Perderá la cobertura de un empleador y quiere obtener un plan HIPAA (Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico) de Highmark? ¡Bienvenido! Su plan puede comenzar cuando finalice su plan actual.

### Primero, responda algunas preguntas:

1. Si su cobertura más reciente le ofreció "COBRA" o beneficios estatales similares requeridos, ¿eligió esa cobertura?

Sí       No

Si es así, ¿agotó todos los beneficios de esa cobertura?

Sí       No

2. Si incluye su cobertura más reciente, ¿tuvo algún tipo de cobertura de atención médica que se pueda acreditar de forma continua durante al menos 18 meses?

Sí       No

\*Para averiguar esto, cuente los períodos de cobertura acreditable que tuvo antes de cualquier interrupción de la cobertura. Cuéntelos solo si la interrupción en la cobertura fue menor a 63 días. No cuente los días durante un período de espera donde no tuvo cobertura. No cuente los días del período de espera para determinar si tuvo una interrupción de la cobertura.

3. ¿Finalizó su cobertura de atención médica más reciente porque no pagó su prima? Esto incluye contribuciones o fraude.

Sí       No

Ahora, necesita adjuntar su formulario de "Certificado de cobertura anterior" a esta solicitud.

### ¿No lo tiene?

Aquí puede encontrar algunas otras formas en las que puede demostrar que tenía una cobertura anterior:

1. Envíenos su declaración escrita firmada sobre su última cobertura. Incluya los nombres de los planes que lo cubrieron en los últimos 18 meses y las fechas de inicio y finalización de la cobertura. Adjunte copias de documentos que muestren que recibió cobertura durante esos períodos (por ejemplo, una tarjeta de identificación, una explicación de los beneficios, una factura de primas o recibos de sueldo que prueben que pagó la cobertura médica). También deberá cooperar con nosotros para mostrar que tenía cobertura.
2. Complete y envíenos un formulario de revelación y autorización de cobertura anterior de HIPAA en lugar de una declaración escrita. Puede obtener este formulario llamando al Servicio para Miembros al 1-888-510-1084.
3. Llámenos al 1-888-510-1084 para aclarar que tenía cobertura. Envíenos toda la información que pueda y luego firme el formulario para permitirnos comunicarnos con sus planes anteriores para mostrar que tenía cobertura.

NÚMERO DE SEGURO SOCIAL O DE IDENTIFICACIÓN FISCAL

APELLIDO DEL SOLICITANTE

PRIMER NOMBRE

# Luego elija su plan HIPAA.

Highmark ofrece el siguiente plan HIPAA. Marque el óvalo junto a este plan si quiere solicitar la inscripción. La inscripción en este plan se aplicará a todas las personas cubiertas por su plan.

**Estos planes son para residentes de:** Los condados de Bucks, Chester, Delaware, Montgomery y Filadelfia.

Highmark Benefits Group - Número de grupo: 108047-67		Deductible anual	
		Individual	Familia
my Blue Access PPO	<input type="radio"/> Bronze 3800	\$3,800	\$7,600



FECHA LÍMITE PARA PRESENTAR LA SOLICITUD (MM/DD/AAAA)

CANTIDAD DE LA PRIMERA PRIMA

 \$

## Política de HIPAA

EN VIGOR A PARTIR DEL (MM/DD/AAAA):

EN VIGOR HASTA (MM/DD/AAAA):

NÚMERO DE SEGURO SOCIAL O DE IDENTIFICACIÓN FISCAL

APELLIDO DEL SOLICITANTE

PRIMER NOMBRE

## Paso 3: Su primer pago.

¿Ya tiene el Plan?  
Ahora, el cheque.

**Cuando envíe esta solicitud, deberá incluir su primer pago de prima.**

Le explicaremos cómo calcularlo en la siguiente página. Si no hace el primer pago cuando envía su solicitud, el primer pago de prima deberá hacerse en la fecha impresa en su primera factura.

# Paso 3: Su primer pago.

Comience completando esta información:

NOMBRE DEL TITULAR DE LA PÓLIZA (NOMBRE, SEGUNDO NOMBRE, APELLIDO)

NÚMERO DE SEGURO SOCIAL O DE IDENTIFICACIÓN FISCAL

Obtenga ahora su guía de tarifas o visite [www.Highmark.com](http://www.Highmark.com).

Encuentre la prima mensual para su plan según la cantidad de personas que mencionó en el PASO 1 (usted + cualquier dependiente que haya mencionado).

Necesitará adjuntar un cheque por esa cantidad a este formulario, pero complete la información de abajo.

PAGO ADJUNTO

 \$

NÚMERO DE GRUPO

(El número de grupo es el número de ocho dígitos en negrita y azul que aparece arriba de la selección del plan).

Una vez que reciba su primera factura, diríjase a [MyHighmark.com](http://MyHighmark.com) para inscribirse para pagos automáticos. Los pagos automáticos son una forma más segura y conveniente de pagar su factura y alivian el estrés de hacer pagos a tiempo.

---

Si solicita un plan HIPAA y quiere que su plan comience a mediados de mes, deberá prorratear este primer pago por los días restantes del mes en que finalizó su cobertura grupal. Puede averiguarlo de la siguiente manera:

Divida la prima mensual por la cantidad de días del mes.

PRIMA MENSUAL

 \$

DÍAS DEL MES

TOTAL

Luego, multiplique ese número por la cantidad de días que quedan en el mes después de que comience su cobertura.

TOTAL ANTERIOR

 \$

DÍAS QUE QUEDAN EN EL MES

TOTAL

## Paso 4: Cobertura actual.

# Lo difícil ya pasó.

Ahora solo necesitamos saber sobre cualquier seguro médico actual que usted tenga (cobertura que tenía en 2025).

### Todos deben completar esta sección:

1. ¿Está usted o alguna otra persona incluida en el Paso 1 inscrita en un plan o programa médico colectivo o individual, privado o gubernamental, en el momento de presentar esta solicitud?

Sí       No

Si es ASÍ, ¿agotó todos los beneficios de esa cobertura?

Sí       No

2. ¿Tiene alguna persona que solicita esta cobertura derecho a los beneficios de la Parte A de Medicare o está inscrita en la Parte B de Medicare?

Sí       No

Si alguna de las personas que se mencionan en el Paso 1 tiene derecho a recibir beneficios según la Parte A de Medicare o está inscrita en la Parte B de Medicare, debe quitarla. Las personas con derechos o que están inscritas en Medicare no pueden solicitar beneficios mediante esta solicitud. Obtenga más información en [ssa.gov](http://ssa.gov) o visite la oficina de Administración del Seguro Social más cercana.

3. ¿Está la cobertura que solicita destinada a reemplazar algún seguro contra accidentes o médico que usted o alguien en el Paso 1 tengan actualmente? Esto incluye una póliza de Highmark.

Sí       No

NÚMERO DE SEGURO SOCIAL O DE IDENTIFICACIÓN FISCAL

APELLIDO DEL SOLICITANTE

PRIMER NOMBRE

## Paso 4: Cobertura actual.

Si respondió  
sí a la  
pregunta  
1, 2 o 3:

Todos deben  
completar  
esta sección:

4. Cuéntenos sobre cualquier otra cobertura que usted o sus familiares tengan o hayan solicitado:

NOMBRE DE LA COMPAÑÍA DE SEGUROS	NÚMERO DE GRUPO
[ ]	[ ]
NOMBRE DEL TITULAR DE LA PÓLIZA	FECHA DE INICIO (MM/DD/AAAA)
[ ]	[ ]
NÚMERO DE PÓLIZA	RELACIÓN CON EL SOLICITANTE
[ ]	[ ]
FECHA DE NACIMIENTO DEL TITULAR DE LA PÓLIZA (MM/DD/AAAA)	SITUACIÓN LABORAL DEL TITULAR DE LA PÓLIZA
[ ]	[ ]

5. ¿Recibirá usted o alguno de los familiares que solicitan esta cobertura ayuda para el pago de primas o subvenciones de un tercero pagador\*?

Sí       No       No estoy seguro

Si respondió Sí o No estoy seguro, indique el tipo de tercero que hará los pagos a usted o a Highmark en su nombre:

<input type="radio"/> Un familiar	<input type="radio"/> Otros (especificar): [ ]
<input type="radio"/> Una tribu india, una organización tribal o una organización india urbana	<input type="radio"/> Un acuerdo de reembolso de gastos médicos de cobertura individual (ICHRA)
<input type="radio"/> Un empleador (que no sea ICHRA ni QSEHRA)	<input type="radio"/> Un acuerdo de reembolso de gastos médicos calificado para pequeños empleadores (QSEHRA)
<input type="radio"/> Un programa del gobierno local, estatal o federal (local, State or Federal government program), incluyendo un beneficiario de este	<b>NOMBRE DEL EMPLEADOR:</b> [ ]
<input type="radio"/> Un programa de Ryan White sobre el VIH/SIDA	<input type="radio"/> Un acuerdo de reembolso de gastos médicos calificado para pequeños empleadores (QSEHRA)
<input type="radio"/> Una organización 501(c)(3) reconocida por el IRS (sin fines de lucro)	<b>NOMBRE DEL EMPLEADOR:</b> [ ]
<input type="radio"/> Un proveedor o prestador de servicios de atención médica	

\* Un tercero pagador sería cualquier persona, empleador, organización o entidad que pague la totalidad o una parte de su prima o la de su familia a Highmark, o directamente a usted o su familia por medios como efectivo, cheque, orden de pago, tarjeta de débito prepaga, tarjeta de crédito o transferencias electrónicas de fondos.

- Reconozco/reconocemos que tengo/tenemos la obligación permanente de informar a Highmark de cualquier cambio relacionado con la ayuda o subvenciones para el pago de primas hechas por un tercero pagador.

NÚMERO DE SEGURO SOCIAL O DE IDENTIFICACIÓN FISCAL

[ ]

APELLIDO DEL SOLICITANTE

[ ]

PRIMER NOMBRE

[ ]

## Paso 5: Su firma.

# Una última cosa.



Esto implicará leer mucho lenguaje legal. Respire profundamente, usted puede hacerlo. Cuando termine de leer, firme en la parte inferior para hacernos saber que está de acuerdo.

**¿Está listo? Vamos a terminar esto.**

# Paso 5: Su firma.

Mi/nuestra firma en esta Solicitud indica que leí/leímos y entendí/entendimos completamente las siguientes afirmaciones:

Por la presente solicito/solicitamos cobertura del plan de atención médica para mí o mis dependientes elegibles mencionados en esta Solicitud. Entiendo/entendemos y acepto/aceptamos que los términos y las condiciones de nuestra cobertura se regirán por el Acuerdo de suscripción escrito y que se pueden adoptar políticas, procedimientos, reglas e interpretaciones razonables, coherentes con el lenguaje de ese Acuerdo, para administrar el programa. Reconozco/reconocemos que nuestra cobertura solo se aplicará a los ingresos que se produzcan y a los servicios que se presten a partir de la fecha de inicio de nuestra cobertura.

Entiendo/entendemos que el Acuerdo está disponible únicamente para los residentes del área geográfica en la que está disponible el producto para el que se completa esta Solicitud y que esta Solicitud está sujeta a las disposiciones de este Acuerdo. Este Acuerdo se renueva anualmente. **Si no hace el primer pago cuando envía su solicitud, el primer pago de prima deberá hacerse en la fecha impresa en su primera factura.** Si no paga antes de esta fecha de vencimiento, se cancelará su solicitud. También puede pagar su prima mensualmente por adelantado a Highmark. Si le conviene, puede pagar más de su cantidad mensual. Aplicaremos las cantidades excedentes todos los meses. Estas cantidades estarán sujetas a aumentos de prima en la fecha en que el aumento entre en vigor.

Entiendo/entendemos que la recepción de los beneficios según este programa está sujeta a la determinación de que los servicios fueron médicamente necesarios y apropiados. A excepción de emergencias o ingresos relacionados con el parto, todos los ingresos de pacientes hospitalizados están sujetos a revisión antes del ingreso propuesto.

Debemos recibir y procesar el pago completo de su prima antes de poder pagar los reclamos por cualquier servicio elegible que reciba. Si sus pagos de prima mensuales actuales no se reciben en su totalidad dentro del período de gracia del plan, su plan se cancelará. La fecha de terminación será el último mes en el que recibimos el pago requerido. Los reclamos por servicios elegibles no se procesarán a menos que su prima actual se haya pagado en su totalidad.

Si solicita un plan de conversión para cubrirlo a partir de la fecha en que finalizó su plan colectivo o solicita un plan HIPAA para cubrirlo a partir de la fecha en que finalizó el plan de su empleador, su pago final de prima incluirá una cantidad prorrteada por los días que falta en el mes en que finalizó su cobertura grupal.

Puedo confirmar que ninguna persona que solicita seguro médico en esta Solicitud está encarcelada (detenida o en prisión).

**Sé que debo informar a Highmark si cambia alguna información que di en esta Solicitud. Debo llamar al 1-888-510-1084 para informar de cualquier cambio.**

Si se acepta su solicitud para cobertura que no sea HMO, usted acuerda resolver cualquier disputa, reclamo o controversia que surja de o esté relacionada de alguna manera con el Acuerdo emitido o con cualquier servicio para el que se dan beneficios mediante un arbitraje vinculante en lugar de un litigio en los tribunales. Su acuerdo para arbitrar se aplica a disputas entre usted y Highmark o cualquier matriz, subsidiaria, afiliada, funcionario, director, empleado o agente de Highmark. Cualquier disputa, reclamo o controversia solo podrá presentarse de manera individual y no en conjunto con otros individuos que no estén cubiertos por el Acuerdo, a menos que Highmark acuerde lo contrario. Se podrá dictar sentencia sobre cualquier laudo arbitral en cualquier tribunal con jurisdicción. La parte que presente el arbitraje puede optar por presentar ante JAMS, la Asociación Americana de Arbitraje, o cualquier otra organización o árbitro acordado mutuamente por las partes. Se aplicará la ley de Pensilvania.

## Fecha de inicio de la cobertura

Su plan entra en vigor según el tipo de inscripción.

- **Si presenta su solicitud entre el 1 de noviembre y el 15 de diciembre,** su plan comenzará el 1 de enero. Si presenta la solicitud entre el 1 de enero y el 31 de enero, su plan comenzará el 1 de febrero.
- **Los planes HIPAA o de conversión** comenzarán en la fecha de inicio que se indica en esta solicitud.
- **Si presenta su solicitud durante un Período de inscripción especial (SEP),** la fecha de inicio del plan se basa en las leyes de aplicación para cada SEP elegible.

**Según mi/nuestro leal saber y entender, la información mencionada en esta Solicitud es verdadera y correcta.**

También entiendo que cualquier intento de calificar para el programa elegido mediante fraude u otra tergiversación intencional de un hecho importante resultará en la terminación de dicho contrato.

**Toda persona que pretenda, de forma voluntaria e intencional, estafar a una compañía de seguros o a otra persona y presente una solicitud de seguro o una declaración de reclamo que contenga información esencialmente falsa u oculte, con el objetivo de engañar, información relacionada con un hecho material estará cometiendo un acto fraudulento de seguro, lo que constituye un delito y somete a dicha persona a sanciones penales y civiles.**

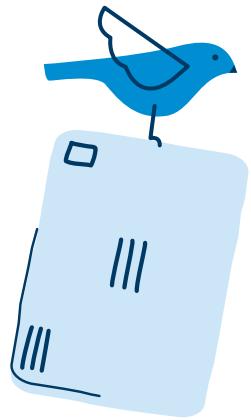
FIRMA DEL SOLICITANTE

FECHA

FIRMA DEL CÓNYUGE/PAREJA DE HECHO/PADRE

FECHA

**AVISO PARA TODOS LOS SOLICITANTES:** Si solicita cobertura que incluye a su cónyuge o pareja de hecho, usted y su cónyuge/pareja de hecho deben firmar este formulario de solicitud. Si no está casado, es menor de 18 años y solicita una póliza que solo lo cubre a usted, su padre o tutor debe firmar. **Esta solicitud es válida solo cuando está completada y firmada por el solicitante.**



## Es hora de enviarlo.

¡Guau! ¡Lo logró! Terminó de completar la solicitud. Ahora, separe las páginas que completó y envíelas de vuelta.

1

### Por correo:

Envíe esta solicitud completada y firmada en un sobre con un cheque de su primer pago. Envíe el sobre aquí:

Highmark Blue Shield  
P.O. Box 382178  
Pittsburgh, PA 15251-8178

---

**¡Eso es todo, ya está! No podemos esperar a pasar el año 2026 con usted.**

## **¿Terminó?**

**Verifique nuevamente estos elementos para asegurarse de que su solicitud no se retrase:**



Asegúrese de incluir su número de seguro social completo.



Si tiene un número de grupo, asegúrese de completarlo.



Su cheque se debe incluir con la solicitud.

---

**Solo los productores deben completar la siguiente sección. Si no es productor,  
no es necesario que complete esta página.**

---

## Certificado de productores

Si tiene preguntas sobre cómo completar esta solicitud, llame a la línea de productores al 1-800-652-9459. Si esta sección no se completa en su totalidad, no pagaremos ninguna comisión.

NÚMERO NACIONAL DE PRODUCTOR (NPN)

NOMBRE DEL PRODUCTOR (APELLIDO, NOMBRE, INICIAL DEL SEGUNDO NOMBRE)

NOMBRE DE LA AGENCIA

FIRMA DEL PRODUCTOR

NÚMERO DE TELÉFONO DE LA EMPRESA

---

### Un PRODUCTOR debe completar esta sección para actuar en nombre del solicitante.

1. Considere cómo el solicitante respondió a sus preguntas. ¿Conoce algún factor que afecte la elegibilidad del solicitante? ¿Qué pasa con sus dependientes que solicitan esta cobertura?

Sí       No

FIRMA DEL PRODUCTOR

FECHA

AGENCIA

2. ¿Le dio al solicitante todo el material de marketing correspondiente?

Sí       No

3. ¿Informó al solicitante de las características del producto que seleccionó, incluyendo el cumplimiento de sus deducibles?

Sí       No

4. ¿Es este solicitante un cliente actual de Highmark?

Sí       No

5. ¿Conservó una copia firmada de esta solicitud para sus registros?

Sí       No

**Nota:** Ningún productor podrá:

1. aceptar el riesgo o ceder cualquier requisito de elegibilidad;
2. hacer o alterar los términos de la póliza o solicitud; o
3. renunciar a cualquiera de los derechos o requisitos de Highmark.



Highmark Inc., opera con el nombre comercial  
Highmark Blue Shield  
120 Fifth Avenue  
Pittsburgh, PA 15222-3099

Highmark Inc., en nombre de Highmark Blue Shield o Highmark Benefits Group Inc., licenciatarios independientes de Blue Cross Blue Shield Association, pueden dar estos beneficios o administración de beneficios.

**Solo para uso interno**

NÚMERO NACIONAL DE PRODUCTOR (NPN)

## **Discrimination is Against the Law**

The Claims Administrator/Insurer complies with applicable Federal civil rights laws and does not discriminate on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex, including sex stereotypes and gender identity. The Claims Administrator/Insurer does not exclude people or treat them differently because of race, color, national origin, age, disability, or sex assigned at birth, gender identity or recorded gender. Furthermore, the Claims Administrator/Insurer will not deny or limit coverage to any health service based on the fact that an individual's sex assigned at birth, gender identity, or recorded gender is different from the one to which such health service is ordinarily available. The Claims Administrator/Insurer will not deny or limit coverage for a specific health service related to gender transition if such denial or limitation results in discriminating against a transgender individual. The Claims Administrator/Insurer:

- Provides free aids and services to people with disabilities to communicate effectively with us, such as:
  - Qualified sign language interpreters
  - Written information in other formats (large print, audio, accessible electronic formats, other formats)
- Provides free language services to people whose primary language is not English, such as:
  - Qualified interpreters
  - Information written in other languages

If you need these services, contact the Civil Rights Coordinator.

If you believe that the Claims Administrator/Insurer has failed to provide these services or discriminated in another way on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex, including sex stereotypes and gender identity, you can file a grievance with:

Civil Rights Coordinator  
P.O. Box 22492  
Pittsburgh, PA 15222  
Phone: 1-866-286-8295 (TTY: 711), Fax: 412-544-2475  
Email: [CivilRightsCoordinator@highmarkhealth.org](mailto:CivilRightsCoordinator@highmarkhealth.org)

You can file a grievance in person or by mail, fax, or email. If you need help filing a grievance, the Civil Rights Coordinator is available to help you.

You can also file a civil rights complaint with the U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights electronically through the Office for Civil Rights Complaint Portal, available at [ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf](http://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf), or by mail or phone at:

U.S. Department of Health and Human Services  
200 Independence Avenue, SW  
Room 509F, HHH Building  
Washington, D.C. 20201  
Phone: 1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD)

Complaint forms are available at [hhs.gov/ocr/office/file/index.html](http://hhs.gov/ocr/office/file/index.html).

---

**ATTENTION:** If you speak English, free language translation and interpretation services are available to you. Appropriate auxiliary aids and services (such as large print, audio, and Braille) to provide information in accessible formats are also available free of charge. Call the number on the back of your ID card (TTY: 711) for help.

**ATENCIÓN:** Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de traducción e interpretación de idiomas. También hay disponibles ayudas y servicios auxiliares adecuados (como letra grande, audio y Braille) para proporcionar información en formatos accesibles sin cargo. Llame al número que figura al dorso de su tarjeta de identificación (TTY: 711) si necesita ayuda.

**ACHTUNG:** Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlose Übersetzungs- und Dolmetscherdienste zur Verfügung. Außerdem sind kostenlos entsprechende Hilfsmittel und Dienstleistungen (wie Großdruck, Audio und Blindenschrift) zur Bereitstellung von Informationen in barrierefreien Formaten erhältlich. Wählen Sie hierfür bitte die Nummer auf der Rückseite Ihrer Ausweiskarte (TTY: 711).

**ATANSYON:** Si w pale Kreyòl Ayisyen, gen sèvis tradiksyon ak entèpretasyon aladispozisyon w gratis nan lang ou pale a. Èd ak sèvis siplemantè apwopriye (tèlèk gwo lèt, odyo, Braille) pou bay enfòmasyon nan fòma aksesib yo disponib gratis tou. Rele nimewo ki sou do Kat ID w lan (TTY: 711) pou jwenn èd.

**ВНИМАНИЕ:** Если Вы говорите на русском языке, Вам доступны бесплатные услуги перевода на другой язык. Также предоставляется дополнительная бесплатная помощь и услуги отображения информации в доступных форматах (например, крупным шрифтом, шрифтом Брайля или в виде аудиозаписи). Для получения помощи позвоните по номеру, указанному на обратной стороне вашей идентификационной карты (TTY: 711).

**ATTENZIONE:** se parla italiano, sono disponibili servizi gratuiti di traduzione e interpretariato. Sono inoltre disponibili gratuitamente adeguati supporti e servizi ausiliari (ad esempio caratteri grandi, audio e Braille) per fornire informazioni in formati accessibili. Per assistenza, chiama il numero riportato sul retro della Sua tessera di identificazione (TTY: 711).

**ATTENTION :** si vous parlez français, des services de traduction et d'interprétation gratuits sont à votre disposition. Vous pouvez aussi bénéficier gratuitement de l'accès à des outils et services auxiliaires appropriés (affichage en gros caractères, audio et le braille) dans des formats accessibles. Veuillez appeler le numéro qui se trouve au verso de votre carte d'identification (TTY : 711) pour obtenir de l'aide.

**ÀKÍYÈSÍ:** Tí o bá nsó èdè Yorùbá, àwọn işe itumọ ati ògbufó èdè wà ní àròwótó lófèé fún ṣ. Awọn işe itójú ati irànlowó tó yé (bíi titéwé nla, gbigbó ohùn, ati iwé afójú) lati pèsè iwifúnni ni awọn ọna irááyè si wà pèlu lófèé. Pe nòmba tó wà lehin kaádi idánimọ rẹ (TTY: 711) fún irànlowo.

אכטונג: אויב אויר רעדט אידיש, קענט אויר באקומען שפראך איבערצעונג און דאלמענטשונג ערוייסע פרי' פון אפツאל. געהעריג הילפעסמייטלען און ערוייסע (איזויז גראיסע דראוק, אודיא און ברעיל) צו צושטעלן אינפארמאציע אין צוגענגליכע פארמאטן צענען אויר דא צו באקומען פרי' פון אפツאל. רופט דעם נומער אויף די אנדרער זייט פון איי'ער אידענטיטעט קארטלי (TTY: 711) פאר היל'.

تبيه: إذا كنت تتحدث اللغة العربية، فستتوفر لك خدمات الترجمة التحريرية والترجمة الفورية مجاناً. توفر أيضاً الوسائل والخدمات المساعدة المناسبة (مثل الطباعة الكبيرة، والوسائل الصوتية، وطريقة برايل) لتقديم المعلومات بتنسيقات يمكن الوصول إليها من دون أي تكالفة. اتصل على الرقم المدون على ظهر بطاقة هوينك (TTY: 711) للحصول على المساعدة.

**注意：**如果您说中文，我们将为您提供免费的语言翻译和口译服务。此外，我们还免费提供相应的辅助工具和服务（如大字体、音频和盲文），以便您获取无障碍格式的信息。如需帮助，请拨打您的ID卡背面的号码（听障人士专用号码：711）。

ધ્યાન આપશો: જો તમે ગુજરાતી બોલતા હોવ, તો તમારા માટે નિઃશુલ્ક ભાષા અનુવાદ અને ઇન્ટરપ્રિટેશન સેવાઓ ઉપલબ્ધ છે. સુલભ ફોર્મેટમાં માહિતી પૂરી પાડવા માટે યોગ્ય સહાયક સાધનસામગ્રી અને સેવાઓ (જેમ કે મોટી પ્રિન્ટ, ઓડિયો અને બ્રેઇલ) પણ નિઃશુલ્ક ઉપલબ્ધ છે. મદદ માટે તમારા આઇડી કાર્ડની પાછળ આપેલા નંબર (TTY: 711) પર કોલ કરો.

**CHÚ Ý:** Nếu quý vị nói tiếng Việt, chúng tôi có dịch vụ biên dịch và phiên dịch ngôn ngữ miễn phí dành cho quý vị. Chúng tôi cũng cung cấp miễn phí các dịch vụ và hỗ trợ bổ sung thích hợp (như chữ in lớn, tệp âm thanh và chữ nổi) để cung cấp thông tin ở các định dạng dễ tiếp cận. Vui lòng gọi số điện thoại trên mặt sau của thẻ nhận dạng của quý vị (TTY: 711) để được trợ giúp.

ધ્યાન દિનુહોસ: યદિ તપાઈ નેપાલી બોલનુહુંછ ભને, તપાઈલાઈ નિઃશુલ્ક ભાષા અનુવાદ ર દોભાસે સેવાહરૂ ઉપલબ્ધ છન्। પહુંચયોગ્ય ઢાંચાહરૂમા જાનકારી પ્રદાન ગર્ન ઉપયુક્ત સહાયક પ્રવિધિ ર સેવાહરૂ (જર્સ્ટે ઠૂલો પ્રિન્ટ, અડિયો ર બ્રેલ) પની નિઃશુલ્ક ઉપલબ્ધ છન्। મદદતકો લાગી તપાઈકો ID કાર્ડકો પછાડિકો નમ્બરમા કલ ગર્નુહોસ (TTY: 711)।

कृपया ध्यान दें: यदि आप हिंदी भाषा बोलते हैं, तो आपके लिए मुफ्त भाषा अनुवाद और व्याख्या संबंधी सेवाएं उपलब्ध हैं। एकसेस करने योग्य फ़ॉर्मेट में सूचना उपलब्ध कराने के लिए उपयुक्त सहायक सामग्री और सेवाएं (जैसे बड़े प्रिंट, ऑडियो और ब्रेल) भी निःशुल्क उपलब्ध हैं। सहायता के लिए अपने पहचान कार्ड के पीछे लिखे नंबर (TTY: 711) पर कॉल करें।

**주의:** 한국어를 사용하는 경우 무료 언어 번역 및 통역 서비스를 이용하실 수 있습니다. 접근 가능한 형식으로 정보를 제공받을 수 있는 적절한 보조 수단 및 서비스(예: 큰 활자, 오디오, 점자)도 무료로 이용할 수 있습니다. 도움이 필요하시면 ID 카드 뒷면에 있는 번호로 전화하십시오(TTY: 711).

2026  
se ve bastante bien.



Para obtener más información sobre los beneficios y procedimientos operativos de Highmark, como el acceso al formulario de medicamentos o el uso de proveedores de la red, visite [Highmark.com](http://Highmark.com), desplácese hasta la parte inferior de la página y haga clic en Garantía de calidad o, para obtener una copia impresa, llame al 1-855-873-4106.

Highmark Benefits Group Inc., un licenciatario independiente de Blue Cross Blue Shield Association, ofrece estos planes.

El símbolo del escudo azul es una marca registrada de Blue Cross Blue Shield Association.