



Highmark Wholecare

Formulario de inscripción 2023

Highmark Wholecare
Medicare Assured DiamondSM

Highmark Wholecare
Medicare Assured RubySM

¿Necesita ayuda para inscribirse?

- Comuníquese con su agente de ventas local para que este le ayude a elegir el plan que más le conviene y completar este formulario de inscripción individual.

-O BIEN-

- Llame a Highmark Wholecare para recibir ayuda para inscribirse por teléfono. Número gratuito: 1-877-428-3929 (TTY 711), del 1 de octubre al 31 de marzo, puede llamarnos los siete días de la semana, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. Del 1 de abril al 30 de septiembre, puede llamarnos de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m.

También puede completar el formulario de inscripción, firmarlo y fecharlo, y enviarlo por correo o enviar una copia por fax a:

Highmark Wholecare
Attn: Enrollment
444 Liberty Avenue, Suite 2100
Pittsburgh, PA 15222
Fax: 1-888-551-9101 (gratuito)

Highmark Wholecare ofrece planes HMO con un contrato con Medicare. La inscripción en estos planes depende de la renovación del contrato.

Los beneficios de salud o la administración de beneficios de salud pueden ser proporcionados por o a través de Highmark Wholecare, cobertura de Gateway Health Plan, titular de una licencia independiente de Blue Cross Blue Shield Association ("Highmark Wholecare").

¿Quién puede utilizar este formulario?

Personas con Medicare que desean unirse a un plan Medicare Advantage.

Para unirse a un plan, debe cumplir con los siguientes requisitos:

- Ser ciudadano o residente legal de los EE. UU.
- Vivir en el área de servicios del plan

Importante: Para unirse a un plan Medicare Advantage, también debe tener:

- Medicare Parte A (seguro hospitalario)
- Medicare Parte B (seguro médico)

¿Cuándo utilizo este formulario?

Puede unirse a un plan:

- Entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre de cada año (para la cobertura a partir del 1 de enero)
- Dentro de los 3 meses de haber obtenido Medicare por primera vez
- En determinadas situaciones en las que se le permite unirse o cambiar de plan

Visite [Medicare.gov](https://www.Medicare.gov) para obtener más información sobre cuándo puede inscribirse en un plan.

¿Qué necesito para completar este formulario?

- Su número de Medicare (el número que aparece en su tarjeta roja, blanca y azul de Medicare)
- Su dirección permanente y número de teléfono

Nota: Debe completar todos los puntos de la Sección 1. Los puntos de la Sección 2 son opcionales; no se le puede negar la cobertura por que no los complete.

De acuerdo con la Ley de Reducción de Trámites (Paperwork Reduction Act, PRA) de 1995, ninguna persona está obligada a responder a una solicitud de información, a menos que se indique un número de control válido de la Oficina de Administración y Presupuesto (Office of Management and Budget, OMB). El número de control válido de la OMB para esta solicitud de información es 0938-1378. El tiempo estimado para completar esta información se estima en un promedio de 20 minutos por respuesta, incluido el tiempo necesario para revisar las instrucciones, buscar recursos de datos existentes, recopilar los datos necesarios y completar y revisar la recopilación de información. Si tiene algún comentario relacionado con la precisión de los tiempos estimados o sugerencias para mejorar este formulario, escriba a la siguiente dirección: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.

IMPORTANTE: No envíe este formulario ni ningún documento con su información personal (como reclamaciones, pagos, registros médicos, etc.) a la PRA Reports Clearance Office. Cualquier documento que recibamos que no se trate de cómo mejorar este formulario o su carga de recopilación de información (descrito en OMB 0938-1378) será destruido. No se conservará, revisará ni enviará al plan. Consulte "¿Qué sucede después?" en esta página para enviar su formulario completo al plan.

Recordatorios:

- Si desea unirse a un plan durante la inscripción abierta de otoño (del 15 de octubre al 7 de diciembre), el plan debe recibir su formulario completado antes del 7 de diciembre.
- Su plan le enviará una factura por la prima del plan. Puede elegir inscribirse para pagar su prima por medio de una deducción automática de su cuenta bancaria o de su beneficio mensual del Seguro Social (o de la Junta de Jubilación para Empleados Ferroviarios).

¿Qué sucede después?

Envíe su formulario completado y firmado a:
Highmark Wholecare Attn: Enrollment
444 Liberty Avenue, Suite 2100 Pittsburgh, PA 15222

Fax: 1-888-551-9101 (gratuito)

Una vez que procesen su solicitud de inscripción, se comunicarán con usted.

¿Cómo obtengo ayuda con este formulario?

Llame a Highmark Wholecare al 1-877-428-3929. Los usuarios de TTY pueden llamar al 711.

O bien, llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048.

En español: Llame a Highmark Wholecare al 1-877-428-3929/TTY o a Medicare gratis al 1-800-633-4227 y oprima el 2 para asistencia en español y un representante estará disponible para asistirle.

Personas sin hogar.

Si desea inscribirse en un plan pero no tiene residencia permanente, el uso de un apartado postal, una dirección de un refugio o clínica, o la dirección donde recibe el correo (p. ej., cheques del seguro social) puede considerarse como su dirección de residencia permanente.

Formulario de solicitud de inscripción individual

Sección 1. Información obligatoria (a menos que esté marcada como opcional)

Marque el plan en el que desea inscribirse:

- Highmark Wholecare Medicare Assured Diamond (HMO SNP)
\$0 de prima por mes
- Highmark Wholecare Medicare Assured Ruby (HMO SNP)
\$0 de prima por mes

Nombre: _____ Apellido: _____ Inicial del segundo nombre (opcional): _____

Fecha de nacimiento: (____ / ____ / ____) (MM/DD/AAAA)	Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Número de teléfono del hogar: ()	Número de teléfono alternativo: ()
--	--	--------------------------------------	--

Deseo recibir notificaciones por mensaje de texto (opcional): Sí No

Número de teléfono móvil: ()

Es posible que estos mensajes de texto incluyan información de salud confidencial específica para sus necesidades. Si acepta recibir mensajes de texto, existe la posibilidad de que un tercero no autorizado desvíe y lea dichos mensajes. Si usted desea recibir estos mensajes, comprende y acepta este riesgo. Es posible que se apliquen tarifas por mensajes de texto estándar.

Número de Seguro Social (opcional): _____

Dirección de residencia permanente (no se permite un apartado postal): _____

Ciudad:	Condado (opcional):	Estado:	Código postal:
---------	---------------------	---------	----------------

Dirección de correo (solo si es diferente de su dirección de residencia permanente; se permite un apartado postal): _____

Dirección:

Ciudad:	Estado:	Código postal:
---------	---------	----------------

Proporcione su correo electrónico si desea recibir comunicaciones relacionadas con educación sobre la salud, recordatorios y otra información (opcional).

Dirección de correo electrónico: _____

Es posible que estos correos electrónicos incluyan información de salud confidencial específica para sus necesidades. Si acepta recibir correos electrónicos, existe la posibilidad de que un tercero no autorizado monitoree, intercepte, lea o cambie los correos electrónicos que le enviemos antes de que lleguen a su bandeja de entrada, y es posible que la persona equivocada reciba la información que es para usted o que sus cuentas electrónicas sean jaqueadas. Si usted desea recibir estos mensajes y correos electrónicos, comprende y acepta estos riesgos.

Formulario de solicitud de inscripción individual

Sección 1. Información obligatoria (a menos que esté marcada como opcional) (continuación)

Su información de Medicare:

Saque su tarjeta roja, blanca y azul de Medicare para completar esta sección.

- Complete esta información tal como aparece en su tarjeta de Medicare.

-O BIEN-

- Adjunte una copia de su tarjeta de Medicare o su carta del Seguro Social o de la Junta de Jubilación para Empleados Ferroviarios.

Número de Medicare:

_____ - _____ - _____

Debe tener Medicare Parte A y Parte B para unirse a un plan Medicare Advantage.

Preguntas importantes:

1. Algunas personas pueden tener otra cobertura de medicamentos recetados que incluye otro seguro privado, TRICARE, cobertura de beneficios de salud de empleados federales, beneficios de la Administración de Veteranos (Veterans Affairs, VA) o programas estatales de asistencia farmacéutica.

¿Tendrá otra cobertura de medicamentos recetados además de Medicare Assured Diamond o Medicare Assured Ruby? Sí No

Si la respuesta es "Sí", indique su otra cobertura y su(s) número(s) de identificación de esta cobertura:

Nombre de otra cobertura: _____

N.º de identificación de esta cobertura: _____

N.º de grupo de esta cobertura: _____

2. Revise y seleccione un período de elección de la lista en la página siguiente para verificar su elegibilidad para inscribirse en un plan en este momento.



Lista de verificación del período de elección.

Seleccione el período de elección que le corresponde.

- Estoy haciendo mi elección del período de inscripción anual (15 de octubre - 7 de diciembre).
- Soy nuevo en Medicare.
- Recientemente me mudé fuera del área de servicios de mi plan actual, o me mudé recientemente y este plan es una nueva opción para mí. Me mudé el (escribir la fecha) _____.
- Fui recientemente liberado de la cárcel. Fui liberado el (escribir la fecha) _____.
- Recientemente regresé a los EE. UU. después de vivir de manera permanente fuera del país. Regresé a los EE. UU. el (escribir la fecha) _____.
- Recientemente obtuve el estatus de residencia legal de los EE. UU. Obtuve este estatus el (escribir la fecha) _____.
- Recientemente se produjo un cambio en mi ayuda adicional para el pago de mi cobertura de medicamentos recetados de Medicare (obtuve Ayuda adicional por primera vez, se produjo un cambio en el nivel de Ayuda adicional o perdí la Ayuda adicional) el (escribir la fecha) _____.
- Me estoy por mudar a un centro de atención a largo plazo, vivo en un centro de atención a largo plazo, o me estoy por mudar fuera de un centro de atención a largo plazo (por ejemplo, un hogar de ancianos o un centro de atención a largo plazo). Me mudé/me mudaré al centro/ del centro el (escribir la fecha) _____.
- En los últimos 12 meses, cancelé una póliza Medigap para unirme a un plan Medicare Advantage* por primera vez (*plan Medicare Advantage con cobertura de medicamentos recetados).
- Recientemente dejé un Programa de Atención Todo Incluido para las Personas de la Tercera Edad (Program of All-Inclusive Care for the Elderly, PACE) el (escribir la fecha) _____.
- Recientemente perdí involuntariamente mi cobertura acreditable de medicamentos recetados (cobertura tan buena como la de Medicare). Perdí mi cobertura de medicamentos recetados el (escribir la fecha) _____.
- Dejaré la cobertura de un empleador o sindicato el (escribir la fecha) _____.
- Pertenezco a un programa de asistencia farmacéutica proporcionado por mi estado.
- Mi plan finalizará su contrato con Medicare, o Medicare finalizará su contrato con mi plan.
- Estaba inscrito en un plan de necesidades especiales (special needs plan, SNP), pero ya no cumplo con los requisitos para estar en ese plan. Se canceló mi inscripción en el SNP el (escribir la fecha) _____.
- Esta es la primera vez que obtengo el derecho a la Parte B.
- He estado en Medicare, pero acabo de cumplir 65 años, o cumpliré los 65 en los próximos tres meses.
- Estoy dentro del cuarto al séptimo mes de mi período de elección inicial.
- Estaba inscrito en un plan de Medicare (o de mi estado) y deseo elegir otro plan. Mi inscripción en ese plan comenzó el (escribir la fecha) _____.
- Fui afectado por una emergencia o un desastre mayor (según lo declarado por la Agencia Federal para el Manejo de Emergencias [Federal Emergency Management Agency, FEMA] o por una entidad gubernamental federal, estatal o local). Uno de los otros enunciados que figuran aquí se aplica a mí, pero no pude solicitar mi inscripción debido al desastre.
- Recientemente se produjo un cambio en mi cobertura de Medicaid (obtuve Medicaid por primera vez, se produjo un cambio en mi nivel de asistencia de Medicaid o perdí la cobertura de Medicaid) el (escribir la fecha) _____.
- Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS) colocaron a mi plan actual en administración judicial debido a dificultades financieras.
- Los CMS identificaron a mi plan actual como un plan con desempeño deficiente constante.
- Tengo Medicare y Medicaid (o el estado en donde vivo me ayuda a pagar las primas de Medicare) u obtengo Ayuda adicional para pagar mi cobertura de medicamentos recetados de Medicare, pero no se ha producido ningún cambio.
- Me inscribí en un plan Medicare Advantage y deseo hacer un cambio durante el período de inscripción abierta en Medicare Advantage (Medicare Advantage Open Enrollment Period, MA OEP), del 1 de enero al 31 de marzo.

IMPORTANTE: Lea y firme a continuación:

- Debo mantener tanto la Parte A (seguro hospitalario) como la Parte B (seguro médico) para permanecer en Highmark Wholecare Medicare Assured Diamond o Highmark Wholecare Medicare Assured Ruby.
- Al unirme a este plan Medicare Advantage, acepto que Highmark Wholecare compartirá mi información con Medicare, que puede utilizarla para realizar un seguimiento de mi inscripción, hacer pagos y para otros fines permitidos por la ley federal que autoriza la recopilación de esta información (consulte la Declaración de la Ley de Privacidad a continuación). Su respuesta a este formulario es voluntaria. Sin embargo, la falta de respuesta puede afectar la inscripción en el plan.
- Comprendo que puedo estar inscrito en un solo plan MA a la vez, y que la inscripción en este plan finalizará automáticamente mi inscripción en otro plan MA (se aplican excepciones para los planes MA PFFS y MA MSA).
- Entiendo que cuando comience mi cobertura de Highmark Wholecare, debo obtener todos mis beneficios médicos y de medicamentos recetados de Highmark Wholecare. Los servicios y beneficios proporcionados por Highmark Wholecare que se encuentran en mi documento "Evidencia de cobertura" de Highmark Wholecare (también conocido como contrato del miembro o acuerdo del suscriptor) estarán cubiertos. Ni Medicare ni Highmark Wholecare pagarán los beneficios o servicios que no estén cubiertos.
- La información de este formulario de inscripción es correcta a mi leal saber y entender. Entiendo que si proporciono información falsa a sabiendas en este formulario, se cancelará mi inscripción en el plan.
- Entiendo que mi firma (o la firma de la persona legalmente autorizada a actuar en mi nombre) en esta solicitud significa que he leído y entiendo su contenido. Si el documento fue firmado por un representante autorizado (como se describió anteriormente), esta firma certifica que:
 - 1) Esta persona está autorizada en virtud de la ley estatal para completar esta inscripción; y
 - 2) La documentación de esta autoridad está disponible a pedido de Medicare.

Firma:	Fecha de hoy:
---------------	----------------------

Si usted es el representante autorizado o cuidador, debe firmar arriba y proporcionar la siguiente información:

Nombre: _____

Dirección: _____

Número de teléfono: (_____) _____ - _____

Relación con el Afiliado: _____ Rep. autorizado Cuidador

Uso exclusivo administrativo:

Nombre del miembro del personal/agente/agente de seguros (si recibe ayuda para la inscripción): _____

Número del agente que completa: _____

Cambio de agente del plan (si corresponde): _____

Fecha de recepción de la solicitud por parte del agente: _____

N.º de identificación del plan: _____

Fecha de entrada de vigencia de la cobertura: _____

ICEP/IEP: _____ AEP: _____ SEP (tipo): _____

Fecha de entrada en vigencia del SEP: _____

Formulario de solicitud de inscripción individual (Continuación)

Sección 2. Información adicional. *Todos los campos de esta página son opcionales*

Responder estas preguntas es su elección. No se le puede negar la cobertura porque no complete estos campos.

1. ¿Es usted de origen hispano, latino/a o español? Seleccione todas las que correspondan.

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> No, no soy de origen hispano, latino/a o español | <input type="checkbox"/> Sí, mexicano, mexicano-americano, chicano/a |
| <input type="checkbox"/> Sí, puertorriqueño | <input type="checkbox"/> Sí, otro hispano, latino/a, o Origen español |
| <input type="checkbox"/> Sí, cubano | |
| <input type="checkbox"/> Elijo no responder. | |

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

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Indígena estadounidense o nativo de Alaska | <input type="checkbox"/> Indígena asiático | <input type="checkbox"/> Negro o afroamericano |
| <input type="checkbox"/> Chino | <input type="checkbox"/> Filipino | <input type="checkbox"/> Guameño o chamorro |
| <input type="checkbox"/> Japonés | <input type="checkbox"/> Coreano | <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái |
| <input type="checkbox"/> Otro asiático | <input type="checkbox"/> Otro isleño del Pacífico | <input type="checkbox"/> Samoano |
| <input type="checkbox"/> Vietnamita | <input type="checkbox"/> Blanco | |
| <input type="checkbox"/> Elijo no responder. | | |

3. Marque una de las casillas a continuación si prefiere que le enviemos información en un idioma que no sea el inglés, o en otro formato:

- Español
- Braille
- Letra grande
- Otro idioma o formato: _____

Idioma oral de preferencia que no sea el inglés (p. ej., español): _____

Llame a Highmark Wholecare al 1-877-428-3929 (TTY 711) si necesita información en otro formato o idioma que no figure anteriormente. Del 1 de octubre al 31 de marzo, puede llamarnos los siete días de la semana, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. Del 1 de abril al 30 de septiembre, puede llamarnos de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m.

Formulario de solicitud de inscripción individual (Continuación)

Sección 2. Información adicional. Todos los campos de esta página son opcionales (continuación)

4. ¿Trabaja usted o su cónyuge? Sí No

5. Escriba en letra de imprenta el nombre y número de teléfono del médico de cuidado primario (Primary Care Physician, PCP) o consultorio grupal.

Nombre: _____

Nombre del grupo: _____

Número de teléfono: (_____) _____ - _____

6. ¿Está inscrito en el programa estatal de Medicaid? Sí No

Si la respuesta es sí, proporcione su número de Medicaid (opcional): _____

DECLARACIÓN DE LA LEY DE PRIVACIDAD

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) recopilan información de los planes de Medicare para realizar un seguimiento de la inscripción de los beneficiarios en Medicare Advantage (MA) o planes de medicamentos recetados (Prescription Drug Plans, PDP), mejorar la atención y para el pago de los beneficios de Medicare. Los artículos 1851 y 1860D-1 de la Ley del Seguro Social y el Título 42 del Código de Reglamentaciones Federales (Code of Federal Regulations, CFR), párrafos 422.50, 422.60, 423.30 y 423.32, autorizan la recopilación de esta información. Los CMS pueden usar, divulgar e intercambiar datos de inscripción de beneficiarios de Medicare como se especifica en el Aviso del Sistema de Registros (System of Records Notice, SORN) "Medicamentos recetados de Medicare Advantage (Medicare Advantage Prescription Drug, MARx)", Sistema n.º 09-70-0588. Su respuesta a este formulario es voluntaria. Sin embargo, la falta de respuesta puede afectar la inscripción en el plan.

Highmark Wholecare cumple con las leyes federales de derechos civiles vigentes y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. Highmark Wholecare no excluye a las personas ni las trata de forma diferente debido a su raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo.

Highmark Wholecare:

Brinda asistencia y servicios gratuitos a las personas con dificultades para comunicarse de forma efectiva con nosotros, como los siguientes:

- o Información por escrito en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos)

Brinda servicios de idiomas gratuitos a las personas cuya lengua materna no es el inglés, como los siguientes:

- o Intérpretes calificados
- o Información escrita en otros idiomas

Si necesita estos servicios, comuníquese con Servicios para los Miembros al 1-800-685-5209, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana, desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo. Desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre, nuestro horario de atención es de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Los usuarios de TTY deben llamar al 711.

Si considera que Highmark Wholecare no ha cumplido en brindar estos servicios o ha discriminado de alguna otra forma por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, puede presentar una queja formal en esta dirección:

Appeals and Grievances
Attention: 1557 Coordinator
PO Box 22278
Pittsburgh, PA 15222
Teléfono: 1-844-207-0336
Fax: 1-412-255-4503

Puede presentar una queja formal por correo postal o fax. Si necesita asistencia para presentar una queja formal, Apelaciones y Quejas Formales está a su disposición para ayudarle. Puede encontrar información adicional en <https://highmarkwholecare.com/nondiscrimination-notices>.

También puede presentar un reclamo de derechos civiles de forma electrónica ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU., a través del portal de reclamos de la Oficina de Derechos Civiles, disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o por correo postal o por teléfono a: U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue SW., Room 509F, HHH Building, Washington, DC 20201, 1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD).

Los formularios de reclamos se encuentran disponibles en <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

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 1-800-685-5209 (TTY 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 1-800-685-5209 (TTY 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 1-800-685-5209 (TTY 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 1-800-685-5209 (TTY 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 1-800-685-5209 (TTY 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 1-800-685-5209 (TTY 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 1-800-685-5209 (TTY 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 1-800-685-5209 (TTY 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 1-800-685-5209 (TTY 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 1-800-685-5209 (TTY 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، بمساعدتك. هذه خدمة مجانية. سيقوم شخص ما يتحدث العربية (TTY 711) 1-800-685-5209 ليس عليك سوى الاتصال بنا على

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 1-800-685-5209 (TTY 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 1-800-685-5209 (TTY 711). 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 1-800-685-5209 (TTY 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 1-800-685-5209 (TTY 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 1-800-685-5209 (TTY 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、1-800-685-5209 (TTY 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。

Los beneficios de salud o la administración de beneficios de salud pueden ser proporcionados por o a través de Highmark Wholecare, cobertura de Gateway Health Plan, titular de una licencia independiente de Blue Cross Blue Shield Association (“Highmark Wholecare”).