

Solicitud de inscripción

Highmark Wholecare Medicare Assured DiamondSM

Highmark Wholecare Medicare Assured RubySM

Solicítela con este formulario, en línea o por teléfono. Si tiene alguna pregunta, estamos aquí para ayudarle.

highmarkwholecare.com

1-877-428-392 9
(TTY 711)

Del 1 de octubre al 31 de marzo De 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana

Del 1 de abril al 30 de septiembre De lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m.

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").

MODELO DE FORMULARIO DE SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN INDIVIDUAL PARA INSCRIBIRSE EN UN PLAN MEDICARE ADVANTAGE (PARTE C)

¿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** 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 porque no los complete.

Recordatorios:

- Si desea inscribirse en un plan durante la inscripción abierta de otoño (del 15 de octubre al 7 de diciembre), el plan debe recibir su formulario completo 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?

Complete este formulario en línea

en **highmarkwholecare.com** o envíe por correo su formulario completo y firmado a:

Highmark Wholecare

Attn: Enrollment

PO Box 535191

Pittsburgh, PA 15253-5191

Fax: 1-888-551-9101

Una vez que procesemos su solicitud de inscripción, nos comunicaremos 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 (los usuarios de TTY pueden llamar al 711) 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.

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-NEW. 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.

Sección 1: Todos los campos de esta página son obligatorios a menos que estén marcados como opcionales

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)						
<input style="width: 100%;" type="text"/>										
Fecha de nacimiento		Sexo		Número de teléfono						
<input type="text"/> <input type="text"/>	/	<input type="text"/> <input type="text"/>	/	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	(<input type="text"/>) <input type="text"/>					
M	M	D	D	A	A	A	A	<input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> F	
Dirección de residencia permanente (no ingrese un apartado postal):						Número de Seguro Social (opcional)				
<input style="width: 100%;" type="text"/>						<input style="width: 100%;" type="text"/>				
Ciudad		Condado		Estado	Código postal					
<input style="width: 100%;" type="text"/>		<input style="width: 100%;" type="text"/>		<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>					
Dirección de correo, si es diferente de su dirección permanente (se admite un apartado postal):										
Dirección										
<input style="width: 100%;" type="text"/>										
Ciudad				Estado	Código postal					
<input style="width: 100%;" type="text"/>				<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>					

Su información de Medicare

Número de Medicare _ _ _ _ - _ _ _ - _ _ _ _

Responda estas preguntas importantes

¿Tendrá otra cobertura de medicamentos recetados (como VA, TRICARE) además de <Highmark Wholecare>?

- Sí No

Nombre de otra cobertura: Número de miembro para esta cobertura: Número de grupo para esta cobertura:

Sección 2: 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.

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

- No, no soy de origen hispano, latino o español
- Sí, puertorriqueño
- Sí, otro origen hispano, latino o español
- Elijo no responder.**
- Sí, mexicano, mexicano americano, chicano
- Sí, cubano

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

- Indígena estadounidense o nativo de Alaska
- China
- Japonesa
- Otra asiática
- Vietnamita
- Elijo no responder**
- Indígena asiática
- Filipina
- Coreana
- Otra isleña del Pacífico
- Blanca
- Negra o afroamericana
- Guameña o chamorra
- Nativa de Hawái
- Samoana

Seleccione uno si desea que le enviemos información en un idioma que no sea inglés.

- Español
- Otro idioma _____ (escribir)

Seleccione una opción si desea que le enviemos información en un formato accesible.

- Braille
- Letra grande
- CD de audio

Llame a Highmark Wholecare al 1-877-428-3929 si necesita información en un formato accesible o idioma que no figure anteriormente. Los usuarios de TTY deben llamar al 711. Nuestro horario de atención es:

Del 1 de octubre al 31 de marzo De 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana

Del 1 de abril al 30 de septiembre De lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m.

¿Trabaja? Sí No

¿Trabaja su cónyuge? Sí No

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

En caso afirmativo, proporcione el número de Medicaid:

Enumere su médico de atención primaria (primary care physician, PCP), clínica o centro de salud:

Soy un paciente actual de este proveedor.

Proporcione su correo electrónico y/o número de teléfono si desea recibir comunicaciones relacionadas con la educación médica, recordatorios y otra información (opcional).

Correo electrónico:

Número de teléfono:

Es posible que estos correos electrónicos incluyan información de salud confidencial específica para sus necesidades. Si acepta recibir correos electrónicos y/o mensajes de texto, existe la posibilidad de que un tercero no autorizado monitoree, intercepte, lea o cambie los correos electrónicos y/o mensajes de texto 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.

DECLARACIÓN DE LA LEY DE PRIVACIDAD

Los Centros de Medicare y Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid, CMS) recopilan información de los planes de Medicare para realizar un seguimiento de la inscripción de los beneficiarios en los planes Medicare Advantage (MA), mejorar la atención y para el pago de los beneficios de Medicare. Los artículos 1851 de la Ley del Seguro Social y el Título 42 del Código de Reglamentaciones Federales (Code of Federal Regulations, CFR), párrafos 422.50 y 422.60, 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.

Declaración de elegibilidad para un período de inscripción

Por lo general, puede inscribirse en un plan de medicamentos recetados de Medicare solo durante el período de inscripción anual desde el 15 de octubre hasta el 7 de diciembre de cada año. Existen excepciones que pueden permitirle inscribirse en un plan de medicamentos recetados de Medicare fuera de dicho período.

Lea atentamente los siguientes enunciados y marque la casilla que corresponda en su caso. Al marcar cualquiera de las siguientes casillas, usted certifica que, a su leal saber y entender, es elegible para un período de inscripción. Si posteriormente determinamos que esta información es incorrecta, es posible que se le cancele la inscripción.

Es nuevo en Medicare o está cambiando de cobertura

- Estoy haciendo mi elección de inscripción anual (15 de octubre – 7 de diciembre).
- Soy nuevo en Medicare.
- Recientemente perdí involuntariamente mi cobertura acreditable de medicamentos recetados ("acreditable" significa cobertura del mismo nivel que la de Medicare). Perdí mi cobertura de medicamentos recetados el _____ (escribir la fecha).
- Dejaré o he dejado la cobertura de un empleador o sindicato el _____ (escribir la fecha).
- Mi plan finalizará su contrato con Medicare, o Medicare finalizará su contrato con mi plan.

Cambio reciente de residencia

- Recientemente me mudé o planeé mudarme fuera del área de servicio para mi plan actual, o recientemente me mudé o planeé mudarme y este plan es una nueva opción para mí _____ (escribir la fecha de mudanza).
- Recientemente regresé a los EE. UU. después de vivir de manera permanente fuera del país. Regresé a los EE. UU. 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). Me mudé/me mudaré al centro/del centro el _____ (escribir la fecha).
- Recientemente obtuve el estado de extranjero legal en los EE. UU. Obtuve este estado el _____ (escribir la fecha).
- Fui recientemente liberado de la cárcel. Fui liberado el _____ (escribir la fecha).

Declaración de elegibilidad para un período de inscripción

Cambio en los ingresos o necesidades especiales/calificaciones del plan

- 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.
- 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).
- Pertenezco a un programa de asistencia farmacéutica proporcionado por mi estado.
- Recientemente dejé un plan PACE (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).
- 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).
- 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).
- 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).
- 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).
- Esta es la primera vez que obtengo el derecho a la Parte B.
- 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).
- He estado en Medicare, pero acabo de cumplir 65 años, o cumpliré los 65 en los próximos tres meses.
- Los CMS colocaron a mi plan actual en administración judicial debido a dificultades financieras.
- Estoy dentro del cuarto al séptimo mes de mi período de elección inicial.

Otro motivo

- Estoy en un plan que se identifica como plan con desempeño deficiente constante.
- 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.
- Estoy inscribiéndome en un plan Medicare con una calificación de 5 estrellas.
- Ninguna de las opciones anteriores se aplica.

IMPORTANTE: Lea y firme a continuación:

- Debo mantener tanto la Parte A (seguro hospitalario) como la Parte B (seguro médico) para permanecer en el plan Medicare Advantage de Highmark Wholecare.
- 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 anterior).
- 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).
- Su respuesta a este formulario es voluntaria. Sin embargo, la falta de respuesta puede afectar la inscripción en el plan.
- 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 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.
- 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, debe firmar arriba y proporcionar la siguiente información:

Nombre

Dirección

Número de teléfono

Relación con el inscrito

Uso exclusivo administrativo

Nombre del miembro del personal/agente/agente del seguro (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: _____

Identificación del plan _____

Fecha de entrada de vigencia de la cobertura: _____

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

Nombre del agente/agente del seguro: _____ N.º de identificación _____

Agencia _____

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 highmark.com/wholecare.

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 panggamat. 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. 한국어어를 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 (1-800-685-5209 (TTY 711) 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”).