

# Solicitud de cobertura dental individual

La cobertura dental individual está suscrita por QCC Insurance Company.

## Instrucciones:

1. Debe usar esta solicitud si desea inscribirse en un plan dental individual comprado directamente de Independence Blue Cross. Los planes de salud disponibles mediante esta solicitud no son aptos para la obtención de créditos tributarios federales para primas ni para las reducciones de costos compartidos, disponibles en virtud de la ley del sistema de salud.
2. Complete todas las secciones y escriba claramente en letra de imprenta con tinta negra.
3. Lea detenidamente y firme el documento adjunto **Declaraciones y condiciones de inscripción**.
4. Si su cónyuge, pareja doméstica y dependientes también solicitan la cobertura, proporcione su información. Si necesita espacio adicional, adjunte una hoja por separado con su firma y la fecha (Secciones C y G).
5. Seleccione una de las siguientes opciones de pago para su plan dental.

### Primer pago:

- Se aceptan tarjetas de crédito y débito y tarjetas de débito prepagas para la prima del primer mes. Puede hacer lo siguiente:
- Pague por teléfono llamando al 1-888-879-4891 (TTY: 771).
- O visite [ibx4you.com/payment](http://ibx4you.com/payment) para obtener instrucciones sobre cómo pagar en línea a través de e-Bill.

Si prefiere realizar su primer pago mediante cheque, envíelo junto con esta solicitud a la dirección que figura en el formulario.

### Pagos corrientes:

Para obtener instrucciones sobre cómo realizar pagos corrientes, visite [ibx4you.com/payment](http://ibx4you.com/payment) o llame al 1-866-346-2081 (TTY: 711).

**Importante:** El recibo de su pago inicial no significa que usted ya está inscrito en este programa. Su cobertura no comenzará hasta que se haya procesado esta solicitud, se le haya asignado una fecha de entrada en vigencia y se haya recibido su pago. No proporcionar toda la información solicitada podría causar demoras en el procesamiento de su solicitud. Si no podemos procesar su solicitud, le devolveremos el cheque por correo.

6. Una vez completados los documentos, asegúrese de hacer una copia y guardarla en sus archivos. Envíe su solicitud por correo a:

Independence Blue Cross  
P.O. Box 8240  
Philadelphia, PA 19101

Todos los pagos futuros de primas deben enviarse a la dirección que aparece en su factura mensual.

La recopilación de datos de raza, etnia e idioma es confidencial y voluntaria. Estamos recopilando esta información como parte de nuestros esfuerzos para apoyar una cobertura equitativa e integral. La información sobre factores demográficos: (1) se mantendrá privada; (2) no podrá ser utilizada por el asegurador para determinaciones de elegibilidad, suscripción o calificación; y (3) el asegurador no denegará una solicitud basándose en la negativa del solicitante a responder las preguntas relacionadas con datos demográficos. Nuestros analistas de datos pueden analizar estos datos para respaldar iniciativas de salud equitativas e integrales. Para obtener información sobre las políticas y los procedimientos del Plan para gestionar el acceso y el uso de datos de raza, etnia e idioma, incluidos los controles para el acceso físico y electrónico a los datos, el uso permitido de los datos, así como el uso no permitido de los datos, consulte el Aviso de prácticas de privacidad en [ibx.com/privacy](http://ibx.com/privacy).

Si tiene alguna pregunta o necesita ayuda para completar esta solicitud, llame a Independence Blue Cross al 1-844-762-2140, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 6 p. m. También puede visitar [ibx4you.com/dental](http://ibx4you.com/dental) para presentar su solicitud en línea.

Únicamente para uso de la oficina

Número de solicitud: \_\_\_\_\_

ID de cuenta: \_\_\_\_\_

### Solicitud para la cobertura individual de atención dental

La cobertura dental individual está suscrita por QCC Insurance Company\*

Para ser elegible para recibir cobertura, lo siguiente debe ser cierto:

- El solicitante principal debe ser mayor de 19 años.
- Los solicitantes deben ser residentes de los condados de Bucks, Chester, Delaware, Montgomery o Philadelphia en Pennsylvania.
- Los hijos dependientes deben tener entre 19 y 26 años solo para los planes dentales para adultos.

### SECTION A — Selecciones de planes

Tipo de cobertura	Razón de la solicitud	Opción de pago	Únicamente para uso de la oficina
Solicitante únicamente Solicitante y cónyuge o pareja doméstica Solicitante e hijos Familia	Nueva inscripción Añadir cónyuge/pareja doméstica Agregar hijo dependiente Renovación (cambio de plan)	Cheque adjunto Tarjeta de crédito/débito/ débito prepaga (solo para el primer pago): llame al 1-888-879-4891 o visite <a href="http://ibx4you.com/payment">ibx4you.com/payment</a> .	Fecha de entrada en vigencia: _____

Elección del plan	
Planes para adultos IBX Adult Preferred Dental PPO IBX Adult Premier Dental PPO	Planes familiares IBX PPO 100/50/30/0 \$1000 MAC IBX Active PPO 100/80/50/50 \$1500 MAC IBX EPO – Low

### SECTION B — Información del solicitante principal (debe ser mayor de 19 años)

Nombre del solicitante principal: apellido, primer nombre, inicial del segundo nombre			
Número de Seguro Social (obligatorio)	Fecha de nacimiento (mm/dd/aa)	Edad	Sexo asignado al nacer:
_____	____ / ____ / ____	_____	M    F    Otro Prefiero no responder
Identidad racial (marque todas las opciones que correspondan)†			
Indio norteamericano o nativo de Alaska	Asiático	Negro o afroamericano	
Nativo de Hawái o de otra isla del Pacífico	Blanco	Desconocido	
Otro	Prefiero no responder		
Identidad étnica			
Hispano/latino	No hispano/latino	Otro	
Desconocido	Prefiero no responder		

\*Solo disponible para personas que cumplan ciertos requisitos (consulte la Sección G: Declaraciones y condiciones de inscripción).

†La información sobre factores demográficos: (1) se mantendrá privada; (2) no podrá ser utilizada por el asegurador para determinaciones de elegibilidad, suscripción o calificación; y (3) el asegurador no denegará una solicitud basándose en la negativa del solicitante a responder las preguntas relacionadas con datos demográficos.

## SECTION B — Información del solicitante principal (continuación)

Idioma preferido					
Inglés	Español	Chino			
Italiano	Portugués	Otro			
Prefiero no responder					
Identidad cultural (marque hasta 5 opciones)					
Cherokee	Indio asiático	Africano	Guameño o chamorro	Inglés	Cubano
Nanticoke Lenni-Lenape	Chino	Haitiano	Micronesio	Alemán	Dominicano (República Dominicana)
Navajo	Filipino	Jamaicano	Hawaiano nativo	Irlandés	Guatemalteco
Nación Powhatan Renape	Coreano	Nigeriano	Polinesio	Italiano	Mexicano
Nación india Ramapough Lenape	Vietnamita	Indio occidental	Samoano	Polaco	Puertorriqueño
Otro	Prefiero no responder				

## SECTION C — Datos familiares (si se inscriben)\*

Nombre del cónyuge o pareja doméstica: apellido, primer nombre, inicial del segundo nombre			
Número de Seguro Social (obligatorio)	Fecha de nacimiento (mm/dd/aa)	Edad	Sexo asignado al nacer:
_____	____/____/____	_____	M    F    Otro Prefiero no responder
Identidad racial (marque todas las opciones que correspondan)			
Indio norteamericano o nativo de Alaska	Asiático	Negro o afroamericano	
Nativo de Hawái o de otra isla del Pacífico	Blanco	Desconocido	
Otro	Prefiero no responder		
Identidad étnica			
Hispano/latino	No hispano/latino	Otro	
Desconocido	Prefiero no responder		
Idioma preferido			
Inglés	Español	Chino	
Italiano	Portugués	Otro	
Prefiero no responder			

\* Si necesita solicitar dependientes adicionales, complete otra solicitud y envíela por correo postal junto con su solicitud principal.

**SECTION C – Datos familiares (continuación)\***

Identidad cultural (marque hasta 5 opciones)					
Cherokee	Indio asiático	Africano	Guameño o chamorro	Inglés	Cubano
Nanticoke Lenni-Lenape	Chino	Haitiano	Micronesio	Alemán	Dominicano (República Dominicana)
Navajo	Filipino	Jamaicano	Hawaiano nativo	Irlandés	Guatemalteco
Nación Powhatan Renape	Coreano	Nigeriano	Polinesio	Italiano	Mexicano
Nación india Ramapough Lenape	Vietnamita	Indio occidental	Samoano	Polaco	Puertorriqueño
Otro	Prefiero no responder				

Nombre del dependiente: apellido, primer nombre, inicial del segundo nombre			
Número de Seguro Social (obligatorio)	Fecha de nacimiento (mm/dd/aa)	Edad	Sexo asignado al nacer:
_____	____ / ____ / ____	_____	M    F    Otro Prefiero no responder
Identidad racial (marque todas las opciones que correspondan)			
Indio norteamericano o nativo de Alaska	Asiático	Negro o afroamericano	
Nativo de Hawái o de otra isla del Pacífico	Blanco	Desconocido	
Otro	Prefiero no responder		
Identidad étnica			
Hispano/latino	No hispano/latino	Otro	
Desconocido	Prefiero no responder		
Idioma preferido			
Inglés	Español	Chino	
Italiano	Portugués	Otro	
Prefiero no responder			

\* Si necesita solicitar dependientes adicionales, complete otra solicitud y envíela por correo postal junto con su solicitud principal.

## SECTION C — Datos familiares (continuación)\*

Identidad cultural (marque hasta 5 opciones)					
Cherokee	Indio asiático	Africano	Guameño o chamorro	Inglés	Cubano
Nanticoke Lenni-Lenape	Chino	Haitiano	Micronesio	Alemán	Dominicano (República Dominicana)
Navajo	Filipino	Jamaicano	Hawaiano nativo	Irlandés	Guatemalteco
Nación Powhatan Renape	Coreano	Nigeriano	Polinesio	Italiano	Mexicano
Nación india Ramapough Lenape	Vietnamita	Indio occidental	Samoano	Polaco	Puertorriqueño
Otro	Prefiero no responder				

Nombre del dependiente: apellido, primer nombre, inicial del segundo nombre			
Número de Seguro Social (obligatorio)	Fecha de nacimiento (mm/dd/aa)	Edad	Sexo asignado al nacer:
_____	____ / ____ / ____	_____	M    F    Otro Prefiero no responder
Identidad racial (marque todas las opciones que correspondan)			
Indio norteamericano o nativo de Alaska	Asiático	Negro o afroamericano	
Nativo de Hawái o de otra isla del Pacífico	Blanco	Desconocido	
Otro	Prefiero no responder		
Identidad étnica			
Hispano/latino	No hispano/latino	Otro	
Desconocido	Prefiero no responder		
Idioma preferido			
Inglés	Español	Chino	
Italiano	Portugués	Otro	
Prefiero no responder			

\* Si necesita solicitar dependientes adicionales, complete otra solicitud y envíela por correo postal junto con su solicitud principal.

## SECTION C — Datos familiares (continuación)\*

Identidad cultural (marque hasta 5 opciones)					
Cherokee	Indio asiático	Africano	Guameño o chamorro	Inglés	Cubano
Nanticoke Lenni-Lenape	Chino	Haitiano	Micronesio	Alemán	Dominicano (República Dominicana)
Navajo	Filipino	Jamaicano	Hawaiano nativo	Irlandés	Guatemalteco
Nación Powhatan Renape	Coreano	Nigeriano	Polinesio	Italiano	Mexicano
Nación india Ramapough Lenape	Vietnamita	Indio occidental	Samoano	Polaco	Puertorriqueño
Otro	Prefiero no responder				

Nombre del dependiente: apellido, primer nombre, inicial del segundo nombre			
Número de Seguro Social (obligatorio)	Fecha de nacimiento (mm/dd/aa)	Edad	Sexo asignado al nacer:
_____	____ / ____ / ____	_____	M    F    Otro Prefiero no responder
Identidad racial (marque todas las opciones que correspondan)			
Indio norteamericano o nativo de Alaska	Asiático	Negro o afroamericano	
Nativo de Hawái o de otra isla del Pacífico	Blanco	Desconocido	
Otro	Prefiero no responder		
Identidad étnica			
Hispano/latino	No hispano/latino	Otro	
Desconocido	Prefiero no responder		
Idioma preferido			
Inglés	Español	Chino	
Italiano	Portugués	Otro	
Prefiero no responder			

\* Si necesita solicitar dependientes adicionales, complete otra solicitud y envíela por correo postal junto con su solicitud principal.

## SECTION C — Datos familiares (continuación)\*

Identidad cultural (marque hasta 5 opciones)					
Cherokee	Indio asiático	Africano	Guameño o chamorro	Inglés	Cubano
Nanticoke Lenni-Lenape	Chino	Haitiano	Micronesio	Alemán	Dominicano (República Dominicana)
Navajo	Filipino	Jamaicano	Hawaiano nativo	Irlandés	Guatemalteco
Nación Powhatan Renape	Coreano	Nigeriano	Polinesio	Italiano	Mexicano
Nación india Ramapough Lenape	Vietnamita	Indio occidental	Samoano	Polaco	Puertorriqueño
Otro	Prefiero no responder				

## SECTION D — Información personal

Domicilio			Dirección postal (si no es igual al domicilio)		
Calle (no se permite P.O. Box)			Calle		
Ciudad	Estado	Código postal	Ciudad	Estado	Código postal
Condado			Condado		

## SECTION E — Información de contacto

Número de teléfono particular (      )	Número de teléfono móvil (      )	Dirección de correo electrónico
Mejor hora para llamarlo: Mañana      Tarde	Mejor lugar para llamarlo: Particular      Comercial      Móvil	

## SECTION F — Información del hogar

A. ¿Viven todos los solicitantes en el mismo domicilio?		Sí	No
Si la respuesta es "No", indique el motivo:		Dirección:	
_____		_____	
_____		_____	
_____		_____	
B. ¿Viven todos los solicitantes en el condado de Bucks, Chester, Delaware, Montgomery o Philadelphia?		Sí	No
Si la respuesta es "No", indique el motivo:		Dirección:	
_____		_____	
_____		_____	
_____		_____	

\* Si necesita solicitar dependientes adicionales, complete otra solicitud y envíela por correo postal junto con su solicitud principal.

**SECTION G — Declaraciones y condiciones de inscripción**

*Lea detenidamente antes de firmar a continuación.*

Al solicitar cobertura de QCC Insurance Company ("la compañía") para mí y para los familiares dependientes que indico en la Sección C, comprendo y acepto lo siguiente:

1. a) Para conocer la fecha de vigencia de su cobertura, consulte la información en la Carta de Tarifas de la Prima.  
 b) La cobertura no comienza hasta que la compañía procese la solicitud con una fecha de entrada en vigencia asignada y se reciba el pago.  
 c) Se aceptan pagos con tarjeta de crédito/débito y tarjetas de débito prepagas únicamente para la prima del primer mes.  
 d) El recibo del pago inicial no constituye inscripción en ningún programa.  
 e) La compañía solo proporciona esta cobertura a residentes de las zonas geográficas de los condados de Bucks, Chester, Delaware, Montgomery y Philadelphia, en Pennsylvania. La compañía se reserva el derecho de investigar y confirmar su lugar de residencia.
2. La compañía podrá anular esta póliza de beneficios no grupal dentro de un plazo de tres (3) años desde la fecha de entrada en vigencia si se determinara que esta póliza de beneficios no grupal se obtuvo o mantuvo suministrando intencionalmente una tergiversación material de datos, excepto en caso de fraude, en el que no habrá plazo límite para la anulación de la póliza.
3. Los términos y condiciones de la cobertura estarán controlados por el acuerdo por escrito con la compañía, y dicha compañía podrá adoptar políticas, procedimientos, reglas e interpretaciones para administrar los beneficios de la póliza. Se reconoce que la cobertura solo se aplicará en admisiones y servicios que se presten a partir de la fecha de entrada en vigencia.
4. **Al inscribirme en este programa de beneficios, me doy por enterado de que en relación con la administración de beneficios, o el suministro o recepción de ellos, de conformidad con esta póliza no grupal, la compañía usará y revelará protected health information (PHI, información de salud protegida) para fines de treatment, payment, and operations (TPO, tratamiento, pago y operaciones) según la definición de estos términos establecida por las leyes federales.**
5. Cualquier persona que, con conocimiento y con la intención de cometer fraude contra cualquier compañía de seguros u otras personas, presente una solicitud de seguro, reclamación o demanda que contenga información material falsa u oculte, con el propósito de engañar, información acerca de cualquier dato material relevante, estará cometiendo un acto fraudulento contra seguros, que constituye un delito, y quedará sujeta a sanciones civiles y penales.
6. Puedo confirmar que ninguna persona que esté solicitando seguro médico en esta solicitud está encarcelada (detenida o presa).

**Firma(s) obligatoria(s)**

Reconozco que he leído y entiendo todas las declaraciones en esta solicitud y que he proporcionado la información solicitada. La información suministrada en la solicitud y en cualquier anexo firmado es exacta y completa a mi leal saber y entender. No se ha retenido ni omitido ninguna información material acerca de ninguno de los solicitantes. Comprendo que si no aparecen mi firma y la fecha y mis respuestas están incompletas, la solicitud será rechazada o devuelta para ser completada.

**FIRME AQUÍ**  \_\_\_\_\_ / /  
 Firma del solicitante/padre, madre o tutor legal Fecha

**FIRME AQUÍ**  \_\_\_\_\_ / /  
 Firma del cónyuge o la pareja doméstica del solicitante (si está solicitando cobertura) Fecha

## SECTION H — Declaración de responsabilidad (si corresponde)

Para completar si el solicitante no puede completar o no ha completado la solicitud:

Yo, _____, he leído y completado el formulario de solicitud en lugar del solicitante principal por los siguientes motivos:	
El solicitante no habla inglés.	El solicitante no lee en inglés.
El solicitante no escribe en inglés.	Otro (explique).
Traduje y expliqué completamente las "Declaraciones y condiciones de inscripción". También traduje el contenido de este formulario y, a mi leal saber y entender, obtuve e incluí toda la información solicitada revelada por:	
_____ Nombre	_____ Firma del traductor (obligatorio)
____ / ____ / ____ Fecha (obligatorio)	_____ Relación con el solicitante

## SECTION I — Información del corredor de seguros (si corresponde)

Número nacional del agente de seguros (NPN)	
Código del corredor principal de seguros	Código del corredor del productor de seguros
Nombre del corredor principal de seguros	Nombre del productor de seguros
Número de teléfono	Número de teléfono

### Representante de ventas de Independence (si corresponde)

Número nacional de productor (NPN)	Nombre del representante de ventas
------------------------------------	------------------------------------

La cobertura dental para adultos está suscrita por QCC Insurance Company.

## SECTION J — Ayuda para completar esta solicitud (si corresponde)

Usted puede elegir un representante autorizado. Puede dar permiso a una persona en quien confíe para que hable con nosotros sobre esta solicitud, vea sus datos y actúe en su nombre para los asuntos relacionados con esta solicitud, lo que incluye obtener información sobre ella y firmarla en su nombre. Esta persona se considera un "representante autorizado". Si alguna vez necesita cambiar su representante autorizado, comuníquese con Independence Blue Cross. Si usted es un representante legalmente designado para alguien en esta solicitud, presente pruebas con la solicitud.

Nombre del representante autorizado (primer nombre, segundo nombre, apellido)		
Dirección		Número de departamento o suite
Ciudad	Estado	Código postal
Número de teléfono		
Nombre de la organización (si corresponde)		Número de ID (si corresponde)

Al firmar, permite que esta persona firme su solicitud, obtenga información oficial sobre esta solicitud y actúe por usted en todos los asuntos futuros con Independence Blue Cross.

X \_\_\_\_\_  
Su firma

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Fecha (mm/dd/aa)

Envíe su solicitud por correo a:

**Independence Blue Cross  
P.O. Box 8240  
Philadelphia, PA 19101**

Todos los pagos futuros de primas deben enviarse a la dirección que aparece en su factura actual.

Si tiene alguna pregunta, póngase en contacto con Independence Blue Cross llamando al  
1-844-762-2140 entre las 8 a. m. y las 6 p. m.



Independence Blue Cross ofrece productos a través de sus subsidiarias Independence Hospital Indemnity Plan, Keystone Health Plan East y QCC Insurance Company, titulares de licencias independientes de Blue Cross y Blue Shield Association.



Independence Blue Cross ofrece productos a través de sus subsidiarias Independence Hospital Indemnity Plan, Keystone Health Plan East y QCC Insurance Company, titulares de licencias independientes de Blue Cross y Blue Shield Association.

## Aviso de disponibilidad de servicios de asistencia de idiomas y ayudas y servicios auxiliares

**English:** ATTENTION: If you speak English, free language assistance services are available to you. Appropriate auxiliary aids and services to provide information in accessible formats are also available free of charge. Call 1-800-275-2583 (TTY: 711) or speak to your provider.

**العربية:** انتباه: إذا كنت تتحدث العربية، فيمكنك الحصول على مساعدة لغوية مجانية. كما تتوفر الوسائل والخدمات المساعدة والمناسبة مجانًا لضمان وصول المعلومات إليك بصيغ ميسرة ومناسبة. يُرجى الاتصال على الرقم 1-800-275-2583 (TTY: 711) أو يمكنك التحدث مع مقدم الرعاية الخاص بك.

**বাংলা:** দৃষ্টি আকর্ষণ: যদি আপনি বাংলাভাষী হন, তাহলে আপনার জন্য বিনামূল্যে ভাষা সহায়তা পরিষেবা উপলব্ধ। অ্যাক্সেসিবল ফরম্যাটে তথ্য প্রদান করার জন্য উপযুক্ত সহায়ক উপকরণ ও পরিষেবা বিনামূল্যে উপলব্ধ। 1-800-275-2583 (TTY: 711) নম্বরে কল করুন বা আপনার প্রদানকারীর সঙ্গে যোগাযোগ করুন।

**普通话:** 注意: 如果您说普通话, 我们将为您提供语言协助服务。我们还免费提供适当的辅助工具和服  
务, 确保以无障碍格式传递信息。请致电 1-800-275-2583 (TTY: 711) 或咨询服务提供者。

**Français:** ATTENTION : Si vous parlez français, des services d'assistance linguistique gratuits sont à votre disposition. Des aides et des services supplémentaires appropriés pour fournir des informations dans des formats accessibles sont également disponibles gratuitement. Appelez le 1-800-275-2583 (TTY: 711) ou parlez-en à votre fournisseur.

**Kreyòl Ayisyen:** ATANSYON: Si w pale Kreyòl Ayisyen, gen sèvis asistans pou lang ki disponib pou ou. Gen ed ak sèvis oksilyè apwopriye pou bay enfòmasyon nan fòma aksesib ki disponib tou gratis. Rele nan 1-800-275-2583 (TTY: 711) oswa pale ak founisè w la.

**ગુજરાતી:** ધ્યાન આપો: જો તમે ગુજરાતી બોલો છો, તો તમારી માટે મફત ભાષા સહાયતા સેવા ઉપલબ્ધ છે. સુલભ સ્વરૂપમાં માહિતી પૂરી પાડવા માટે યોગ્ય સહાયક સાધનો અને સેવાઓ પણ મફતમાં ઉપલબ્ધ છે. 1-800-275-2583 (TTY: 711) પર કોલ કરો અથવા તમારા પ્રદાતાનો સંપર્ક કરો.

**हिंदी:** ध्यान दें: अगर आप हिंदी बोलते हैं, तो आपके लिए भाषा संबंधी सहायता सेवाएँ मुफ्त में उपलब्ध हैं। सुलभ फॉर्मेट में जानकारी प्रदान करने के लिए उचित सहायक सहायता और सेवाएँ भी मुफ्त में मिलती हैं। 1-800-275-2583 (TTY: 711) पर कॉल करें या अपने प्रदाता से बात करें।

**Italiano:** ATTENZIONE: Se parli Italiano, puoi trovare disponibili servizi gratuiti di assistenza linguistica. Gratuitamente, sono inoltre disponibili ausili e servizi di supporto adeguati per fornire informazioni in formati accessibili. Chiama il numero 1-800-275-2583 (TTY: 711) oppure rivolgiti al tuo fornitore.

**日本語:** 注意: 日本語話者の方には、無料の言語支援サービスをご提供しています。アクセシビリティ情報を提供するための適切な補助やサービスも無料でご利用いただけます。1-800-275-2583 (TTY: 711) にお電話くださるか、または、プロバイダーにお問い合わせください。

**한국어:** 주의: 한국어를 구사하시는 경우 무료 언어 보조 서비스를 이용할 수 있습니다. 접근성 높은 형식으로 정보를 제공하기 위한 적절한 보조 도구 및 서비스 역시 무료로 이용 가능합니다. 1-800-275-2583 (TTY: 711) 에 전화하시거나 서비스 제공업체에 문의하세요.

**Diné bizaad:** BAA'ÁKONÍNÍZIN: Diné bizaad bee yánílti'go, t'áá jii'eh saad bee áka'aná'awo' bee áka'anída'awo'í ná hóló. T'áadoole'é binahjii' bee adahodoonííí diné bich'í' anídahazt'í'í bee bika'anída'awo'í beego bee baa dahane'í baa dahwiizt'í'go hadadilyaaígíí áldó' t'áá jii'eh hóló. Kohjii' 1-800-275-2583 (TTY: 711) hodíílnih doodago níka'análawo'í bich'í' hanidziih.

**Pennsilfaanisch-Deutsch:** WICHDICH: Wann du Deutsch schwetzscht, kenne mer dich Schprooch-Hilf beigriege, unni as es dich ennich eppes koschde zellt. Mir kenne dich aa differnti Sadde Hilf beigriege, wasewwer as brauchscht fer Information griege, aa fer nix. Call 1-800-275-2583 (TTY: 711) odder schwetz mit dei Provider.

**Polski:** UWAGA: Jeśli jesteś osobą polskojęzyczną, pamiętaj, że oferujemy bezpłatne usługi pomocy językowej. Bezpłatnie dostępne są również odpowiednie materiały pomocnicze i usługi informacyjne w przystępnych formatach. Zadzwoń na numer 1-800-275-2583 (TTY: 711) lub porozmawiaj z dostawcą usług.

**Português:** ATENÇÃO: se você fala português, há serviços gratuitos de assistência linguística disponíveis. Também são disponibilizados gratuitamente para suporte e serviços auxiliares apropriados para o fornecimento de informações. Ligue para 1-800-275-2583 (TTY: 711) ou entre em contato com seu prestador.

**Русский:** Внимание! Если вы говорите по-русски, вам доступны бесплатные услуги переводчика. Также бесплатно предоставляются соответствующие вспомогательные услуги по предоставлению информации в доступных форматах. Звоните по телефону 1-800-275-2583 (TTY: 711) или обратитесь

**Español:** ATENCIÓN: Si habla español, hay servicios gratuitos de asistencia lingüística disponibles. También hay ayudas y servicios auxiliares disponibles y sin cargo en formatos accesibles para brindarle información. Llame al 1-800-275-2583 (TTY: 711) o hable con su prestador.

**Tagalog:** PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, available para sa iyo ang mga libreng serbisyo sa tulong sa wika. Available din ang naaangkop na mga auxiliary aid at serbisyo para magbigay ng impormasyon sa mga naa-access na format nang walang bayad. Tumawag sa 1-800-275-2583 (TTY: 711) o makipag-usap sa iyong provider.

**తెలుగు:** గమనిక: మీరు తెలుగు మాట్లాడితే, ఉచిత భాష సహాయ సేవలు మీకు అందుబాటులో ఉన్నాయి. అందుబాటులో ఉన్న ఫార్మాట్లలో సమాచారాన్ని అందించడానికి తగిన సహాయక పరికరాలు అలాగే సేవలు కూడా ఉచితంగా లభిస్తాయి. 1-800-275-2583 (TTY: 711) నంబర్ కు కాల్ చేయండి లేదా మీ ప్రొవైడర్ తో మాట్లాడండి.

**Українська:** Увага! Якщо ви говорите українською, вам доступні безплатні послуги перекладача. Також безоплатно надаються відповідні допоміжні послуги з надання інформації в доступних форматах. Телефонуйте за номером 1-800-275-2583 (TTY: 711) або зверніться до свого провайдера.

**Tiếng Việt:** LƯU Ý: Nếu bạn nói tiếng Việt, chúng tôi có dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Bạn cũng có thể nhận được các công cụ và dịch vụ hỗ trợ khác để giúp tiếp cận thông tin dễ dàng hơn, hoàn toàn miễn phí. Vui lòng gọi 1-800-275-2583 (TTY: 711) hoặc liên hệ với nhà cung cấp dịch vụ của bạn để được hỗ trợ.

**Yorùbá:** ÀKÍYÈSÍ: Tí o bá nsọ Yorùbá, àwọn isẹ àtìlẹhin èdè lófẹẹ wà lárọwótó rẹ. Àwọn isẹ àtìlẹhin ìràn�ọwọ́ tó yẹ láti pèsè iwífúnni ni ọna irááyèsì kíkà wà lárọwótó bakanna lófẹẹ. Pe 1-800-275-2583 (TTY: 711) tàbí kí ó bá olùpèsè rẹ sọrò.

## La discriminación va en contra de la ley

Este plan cumple con las leyes civiles federales vigentes y no discrimina por motivos de raza, color, origen nacional, edad, incapacidad o género. Este plan no excluye a las personas ni las trata de forma menos favorable por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo.

Este plan:

- Proporciona a las personas con discapacidad modificaciones razonables y ayudas y servicios auxiliares gratuitos y apropiados para comunicarse eficazmente con nosotros, como por ejemplo:
  - Intérpretes de lengua de señas debidamente calificados
  - Información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, etc.)
- Proporciona servicios gratuitos de asistencia lingüística a personas cuya lengua materna no es el inglés, que pueden incluir:
  - Intérpretes debidamente calificados
  - Información escrita en otros idiomas

Si necesita modificaciones razonables, ayudas y servicios auxiliares adecuados o servicios de asistencia lingüística, póngase en contacto con nuestro coordinador de derechos civiles.

Si usted cree que este plan no le ha brindado estos servicios o lo ha discriminado de otra manera por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, incapacidad o sexo, puede presentar una queja formal a nuestro coordinador de derechos civiles de manera presencial o a través del correo: 1901 Market Street, Philadelphia, PA 19103, por teléfono: 1-888-377-3933 (TTY: 711), por fax: 215-761-0245, o por correo electrónico: [civilrightscoordinator@1901market.com](mailto:civilrightscoordinator@1901market.com).

Puede presentar una queja en persona o enviarla por correo postal, fax o correo electrónico. Si necesita ayuda para presentar una queja, nuestro coordinador de derechos civiles está aquí para ayudarle.

También puede presentar una queja de derechos civiles, de manera electrónica, a través del portal de quejas de la Oficina de Derechos Civiles, que se encuentra en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o por correo postal o teléfono ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos:

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 quejas se encuentran disponibles en <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

Este aviso se encuentra disponible en el siguiente sitio web: [www.healthinsurancehosting.com/notices](http://www.healthinsurancehosting.com/notices).

3545000 (04/25)  
MA15590 (04/25)  
Y0041\_HM\_25\_123991\_C