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 de atención médica.
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 de hecho 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: 711).
   - O visite ibx.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 ibx.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, su cheque se devolverá 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 futuros pagos 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 en privado; (2) no podrá ser utilizada por el asegurador para determinaciones de elegibilidad, suscripción o calificación; y (3) el asegurador no denegará una solicitud por la negación del solicitante a responder las preguntas relacionadas con los 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 los 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.

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 ibx.com/enrolldental para presentar su solicitud en línea.

Independence

Únicamente para uso de oficina

Número de solicitud: _____

Identificación de cuenta: _____

Solicitud de cobertura individual para el cuidado 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.

SECCIÓN A — Selecciones de planes

Tipo de cobertura	Razón de la solicitud	Opción de pago	Únicamente para uso de oficina
☐ Solicitante únicamente ☐ Solicitante y cónyuge o pareja de hecho ☐ Solicitante e hijos ☐ Familia	☐ Nueva inscripción ☐ Incorporación de cónyuge/ pareja de hecho ☐ Incorporación de 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 ibx.com/payment	Fecha de entrada en vigencia: _____

Elección del plan dental	
Planes dentales para adultos	Planes dentales familiares
☐ IBX Adult Preferred Dental PPO ☐ IBX Adult Premier Dental PPO	☐ IBX PPO 100/50/30/0 $1,000 MAC ☐ IBX Active PPO 100/80/50/50 $1,500 MAC ☐ IBX EPO – Low

SECCIÓN C — 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 en privado; (2) no podrá ser utilizada por el asegurador para determinaciones de elegibilidad, suscripción o calificación; y (3) el asegurador no denegará una solicitud por la negación del solicitante a responder las preguntas relacionadas con los datos demográficos.

SECCIÓN B — Información del solicitante principal (continuación)

Idioma preferido

☐ Inglés ☐ Español ☐ Chino

☐ Italiano ☐ Portugués ☐ Otro

☐ Prefiero no responder

Identidad cultural (seleccione 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 ☐ Nativo de Hawái ☐ Irlandés ☐ Guatemalteco

☐ Nación Powhatan Renape ☐ Coreano ☐ Nigeriano ☐ Polinesio ☐ Italiano ☐ Mexicano

☐ Nación india Ramapough Lenape ☐ Vietnamita ☐ Indio occidental ☐ Samoano ☐ Polaco ☐ Puertorriqueño

☐ Otro ☐ Prefiero no responder

SECCIÓN C — Información de los familiares (si se inscriben)*

Nombre del cónyuge o pareja de hecho: 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 la inscripción de dependientes adicionales, complete otra solicitud y envíela por correo postal junto con su solicitud principal.

SECCIÓN C — Información de los familiares (continuación)*

Identidad cultural (seleccione 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	☐ Nativo de Hawái	☐ 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 la inscripción de dependientes adicionales, complete otra solicitud y envíela por correo postal junto con su solicitud principal.

SECCIÓN C — Información de los familiares (continuación)*

Identidad cultural (seleccione 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	☐ Nativo de Hawái	☐ 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 la inscripción de dependientes adicionales, complete otra solicitud y envíela por correo postal junto con su solicitud principal.

SECCIÓN C — Información de los familiares (continuación)*

Identidad cultural (seleccione 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	☐ Nativo de Hawái	☐ 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 la inscripción de dependientes adicionales, complete otra solicitud y envíela por correo postal junto con su solicitud principal.

SECCIÓN C — Información de los familiares (continuación)*

Identidad cultural (seleccione 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	☐ Nativo de Hawái	☐ Irlandés	☐ Guatemalteco
☐ Nación Powhatan Renape	☐ Coreano	☐ Nigeriano	☐ Polinesio	☐ Italiano	☐ Mexicano
☐ Nación india Ramapough Lenape	☐ Vietnamita	☐ Indio occidental	☐ Samoano	☐ Polaco	☐ Puertorriqueño
☐ Otro	☐ Prefiero no responder				

SECCIÓN 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		

SECCIÓN E — Información de contacto

Número de teléfono del hogar	Número de teléfono móvil	Dirección de correo electrónico
( )	( )	
Mejor hora para llamar: ☐ Mañana ☐ Tarde	Mejor lugar para llamar: ☐ Hogar ☐ Trabajo ☐ Móvil	

SECCIÓN 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 la inscripción de dependientes adicionales, complete otra solicitud y envíela por correo postal junto con su solicitud principal.

SECCIÓN G — Declaraciones y condiciones de inscripción *Lea detenidamente antes de firmar a continuación.*

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

1. a) Para conocer la fecha de entrada en 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 tarjeta de débito prepaga 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 tras realizar intencionalmente una tergiversación sustancial 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 otra persona, presente una solicitud de seguro, reclamación o demanda que contenga información sustancialmente falsa u oculte, con el propósito de engañar, información acerca de cualquier dato sustancial relevante, estará cometiendo un acto fraudulento contra el seguro, lo cual 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).

Firmas obligatorias

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 sustancial 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 X _____ ___/___/___
Firma del solicitante/padre, madre o tutor legal Fecha

FIRME AQUÍ X _____ ___/___/___
Firma del solicitante/cónyuge o pareja de hecho (si solicita la cobertura) Fecha

SECCIÓN 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

SECCIÓN I — Información del corredor de seguros (si corresponde)

National Producer Number (NPN, número nacional de productor) del agente	
Código del corredor principal de seguros	Código del corredor 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)

NPN	Nombre del representante de ventas

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

SECCIÓN J — Ayuda para completar esta solicitud (si corresponde)

Usted puede elegir un representante autorizado. Puede dar permiso a una persona de su confianza 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 a 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 identificación (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 futuros pagos 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

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

Notice of Availability of Language Assistance Services and Auxiliary Aids and Services

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 ميسّرة ومناسبة. يُرجى الاتصال على الرقم 3852-572-008-1 (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，我们将为您免费提供语言协助服务。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 èd 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 કૉલ કરો અથવા તમારા પ્રદાતાનો સંપર્ક કરો.

हिंदी: ध्यान दें: अगर आप हिंदी बोलते हैं, तो आपके लिए भाषा संबंधी सहायता सेवाएँ मुफ़्त में उपलब्ध हैं। सुलभ फ़ॉर्मेट में जानकारी प्रदान करने के लिए उचित सहायक सहायता और सेवाएँ भी मुफ़्त 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。

한국어를: 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 yáníłti'go, t'áá jiik'eh saad bee áka'aná'awo' bee áka'anída'awo'í ná hóló. T'áadoole'é binahjį' bee adahodooníłí diné bich'į' anídahazt'i'í bee bika'anída'awo'í beego bee baa dahane'í baa dahwiizt'i'go hadadilyaaígíí ałdó' t'áá jiik'eh hǫlǫ́. Kohjį' 1-800-275-2583 (TTY: 711) hodíilnih doodago níka'análawo'í bich'į' hanidziih.

Pennsilfaanisch-Deitsch: WICHDICH: Wann du Deitsch 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 к своему провайдеру.

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) నంబర్‌కు కాల్ చేయండి లేదా మీ ప్రొవైడర్‌తో 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 iṣẹ́ àtìlẹhin èdè lọ́fẹ̀ẹ́ wà lárọwọ́tó rẹ. Awọn iṣẹ́ àtìlẹhìn ìrànlọ́wọ́ tó yẹ láti pèsè ìwífúnni ni ọna iráàyèsi kíka wà lárọwọ́tó bakanna lọ́fẹ̀ẹ́. Pe 1-800-275-2583 (TTY: 711) tàbi ki ó bá olùpèsè rẹ sọ̀rọ̀.

La discriminación va en contra de la ley

Este plan cumple con las leyes civiles federales correspondientes y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. 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, entre otros).
- 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, discapacidad 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**

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**, 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, D.C. 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**.

3545000 (04/25)
MA15590 (04/25)
Y0041_HM_25_123991_C