



2025

Solicitud de inscripción

Blue Rx PDP

Pennsylvania y West Virginia

Haga su solicitud con este formulario, en línea o por teléfono. Si tiene alguna pregunta, estamos aquí para ayudar.

[medicare.highmark.com](https://www.medicare.highmark.com)

1-866-682-7975
(TTY 711)

1 de octubre – 31 de marzo	8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana
1 de abril – 30 de septiembre	8 a. m. a 8 p. m., lunes – viernes

Los beneficios o la administración de los beneficios puede proporcionarlos o pueden proporcionarse por medio de las siguientes entidades, que son licenciatarios independientes de Blue Cross Blue Shield Association: Highmark Inc., que opera con el nombre comercial Highmark Blue Shield o Highmark Health Insurance Company.

Cada vez que en este documento se mencione "Highmark" se estará haciendo referencia a la compañía Highmark que proporciona los beneficios médicos o la administración de beneficios médicos del miembro o a una o más de sus compañías Blue afiliadas.

Highmark Blue Shield en un plan Medicare Advantage HMO, PPO y de la Parte D con contrato de Medicare. La inscripción en estos planes depende de la renovación del contrato.

FORMULARIO MODELO DE SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN INDIVIDUAL PARA INSCRIBIRSE EN UN PLAN DE MEDICAMENTOS RECETADOS DE MEDICARE (PARTE D)

¿Quién puede usar este formulario?

Personas con Medicare que quieran inscribirse en un plan de medicamentos recetados de Medicare.

Para inscribirse en un plan, usted debe:

- Ser ciudadano o estar legalmente en los Estados Unidos.
- Vivir en el área de servicio del plan.

Importante: Para inscribirse en un plan de medicamentos recetados de Medicare, también debe tener uno o ambos:

- Parte A de Medicare (seguro de hospital)
- Parte B de Medicare (seguro médico)

¿Cuándo puedo usar este formulario?

Puede inscribirse en un plan:

- Entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre de cada año (para cobertura que comenzará el 1 de enero)
- En un plazo de 3 meses, en cuanto obtenga Medicare
- En ciertas situaciones en las que se le permite inscribirse 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 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 no completarlos.

Recordatorios:

- Si quiere inscribirse en un plan durante la inscripción abierta de otoño (15 de octubre – 7 de diciembre), el plan debe recibir su formulario completado antes del 7 de diciembre.
- Su plan le enviará una factura por la prima. Puede optar por inscribirse para que los pagos de sus primas se deduzcan de su cuenta bancaria o de su beneficio mensual del Seguro Social (o de la Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios [Railroad Retirement Board]).

¿Qué sucede después?

Complete este formulario en línea en medicare.highmark.com o envíe su formulario completado y firmado por correo a:

Highmark Blue Shield

P.O. Box 535049

Pittsburgh, PA 15253-9801

Una vez que procesemos su solicitud para inscribirse, nos comunicaremos con usted.

¿Cómo obtengo ayuda con este formulario?

Llame a Highmark al 1-866-682-7975.

Los usuarios de TTY deben llamar al 711.

O 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 al 1-866-682-7975 (los usuarios de TTY pueden llamar al 711) o a Medicare gratis al 1-800-633-4227 y oprima el 8 para obtener asistencia en español y un representante estará disponible para ayudarlo.

Personas sin hogar:

- Si quiere inscribirse en un plan, pero no tiene residencia permanente, un apartado postal, la dirección de un refugio o una clínica, o una dirección donde reciba correo (por ejemplo, cheques del Seguro Social) pueden considerarse su dirección de residencia permanente.

Según la Paperwork Reduction Act (Ley de reducción de trámites) de 1995, ninguna persona está obligada a responder a una recogida de información, a menos que tenga un número de control de OMB válido. El número de control válido de la OMB para esta recogida es 0938-1378. El tiempo promedio calculado que se necesita para completar esta información es de 20 minutos por respuesta, incluyendo el tiempo para revisar las instrucciones, buscar recursos de datos existentes, reunir los datos necesarios y completar y revisar la información. Si tiene algún comentario sobre la precisión del tiempo calculado o sugerencias para mejorar este formulario, escriba: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.

IMPORTANTE No envíe este formulario ni ninguna otra cosa con su información personal (como reclamos, pagos, expedientes médicos, etc.) a la Oficina de Aprobación de Reportes PRA (PRA Reports Clearance Office). Cualquier cosa que recibamos que no sea sobre cómo mejorar este formulario o la carga de la recogida (descrito en OMB 0938-1378) se destruirá.

No se conservará, revisará ni enviará al plan. Vea “¿Qué sucede después?” en esta página para enviar su formulario completado al plan.

Sección 1 — Todos los campos de esta página son obligatorios salvo que estén marcados como opcionales

Marque el plan en el que quiera inscribirse:

Blue Rx PDP Plus
\$143.20 por mes

Blue Rx PDP Complete
\$168.20 por mes

Primer nombre		Apellido		Inicial del segundo nombre (opcional)									
<input 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"/>								
M	M	/	D	D	/	A	A	A	A	M	F	()
Dirección de residencia permanente (no escriba un apartado postal):													
<input type="text"/>													
Ciudad		Condado		Estado	Código postal								
<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>								
Dirección postal, si es diferente de su dirección permanente (se permite apartado postal):													
Dirección													
<input type="text"/>													
Ciudad			Estado	Código postal									
<input type="text"/>			<input type="text"/>	<input type="text"/>									

Su información de Medicare

Número de Medicare Escriba su número de Medicare como figura en su tarjeta roja, blanca y azul del seguro médico de Medicare.

— — — — —

Responda estas preguntas importantes

¿Tendrá usted otra cobertura de medicamentos con receta (como VA, TRICARE) además de Highmark?

Sí No

Nombre de la otra cobertura: Número de miembro para esa cobertura: Número de grupo para esa cobertura:

Sección 2 — Todos los campos de esta página son opcionales

Usted decide si quiere responder estas preguntas. No se le puede negar la cobertura por no completarlas.

¿Es de origen hispano, latino o español? Seleccione todo lo que corresponda.

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> No soy de origen hispano, latino ni español | <input type="checkbox"/> Sí, mexicano, mexicanoamericano, chicano |
| <input type="checkbox"/> Sí, puertorriqueño | <input type="checkbox"/> Sí, Cubano |
| <input type="checkbox"/> Sí, de otro origen hispano, latino o español | <input type="checkbox"/> No quiero responder |

¿Cuál es su raza? Seleccione todo lo que corresponda.

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Indio americano o nativo de Alaska | <input type="checkbox"/> Indio 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"/> Otra raza asiática | <input type="checkbox"/> Nativo de otras islas del Pacífico | <input type="checkbox"/> Samoano |
| <input type="checkbox"/> Vietnamita | <input type="checkbox"/> Blanco | <input type="checkbox"/> No quiero responder |

Marque una de las casillas de abajo si quiere que nos comuniquemos con usted para recibir información en un idioma que no sea el inglés o en un formato accesible:

- Quiero recibir el material en un idioma que no sea el inglés
- Quiero recibir el material en un formato accesible (braille, letra grande, CD de audio, CD de datos, etc.).

Llame a Highmark al 1-866-682-7975 si necesita información en un formato accesible o en un idioma que no sea el inglés. Los usuarios de TTY deben llamar al 711. Nuestro horario de atención es:

1 de octubre – 31 de marzo 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana

1 de abril – 30 de septiembre 8 a. m. a 8 p. m., lunes – viernes

¿Trabaja? Sí No ¿Trabaja su cónyuge? Sí No

¿Está usted inscrito en el programa de Medicaid de su estado? Sí No

Si respondió "sí", dé su número de Medicaid:

Escriba su email si quiere recibir comunicaciones relacionadas con educación sobre salud, recordatorios y otra información (opcional).

E-mail:

Estos emails pueden incluir información médica confidencial específica para sus necesidades. Si decide que quiere recibir emails, es posible que un tercero no autorizado los monitoree, intercepte, lea o modifique antes de que lleguen a su buzón de email, y que es posible que la información destinada a usted vaya a la persona equivocada o que hackeen sus cuentas electrónicas. Si decide que sí, entiende y acepta estos riesgos.

Pago de la prima de su plan

Puede pagar la prima mensual de su plan (incluyendo cualquier penalización por inscripción tardía que tenga actualmente o que pueda deber) por correo o transferencia electrónica de fondos (EFT) cada mes, trimestral, semestral o anualmente. **También puede optar por pagar su prima deduciéndola automáticamente de su beneficio del Seguro Social o de la Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios (RRB) cada mes.**

Seleccione su opción de pago de la prima:

Se incluirá información de EFT y eBill con la primera factura.

Quiero recibir una factura:

- Todos los meses Cada tres meses
 Cada seis meses Una vez al año

Deducción automática de su cheque de beneficios del Seguro Social o de la Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios (RRB). Recibo beneficios mensuales de:

- Seguro Social
 RRB

(La deducción puede comenzar dos o más meses después de la aprobación. En la mayoría de los casos, si se aprueba, la primera deducción de su cheque de beneficios incluirá todas las primas que deba desde la fecha de entrada en vigor de su inscripción hasta el momento en que comience la retención. Si no se aprueba, le enviaremos una factura en papel por las primas mensuales).

Si tiene que pagar una cantidad de ajuste mensual relacionada con los ingresos por la Parte D (Part D-IRMAA), deberá pagar esa cantidad adicional además de la prima de su plan. Normalmente, la cantidad se deduce del beneficio del Seguro Social o podría recibir una factura de Medicare (o la RRB). NO le pague Part D-IRMAA a Highmark.

DECLARACIÓN SEGÚN LA LEY DE PRIVACIDAD

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) recogen información de los planes de Medicare para hacer un seguimiento de la inscripción de los beneficiarios en los planes Medicare Advantage (MA) y mejorar la atención, y para el pago de los beneficios de Medicare. La Sección 1860D-1 de la Ley del Seguro Social (Social Security Act) y 42 CFR, 423.30 y 423.32, autorizan que se recoja esta información. Los CMS pueden usar, revelar e intercambiar datos de inscripción de los beneficiarios de Medicare como se especifica en el Aviso del sistema de registros (SORN) "Medicare Advantage Prescription Drug (MARx)" (Medicamentos de venta con receta de Medicare Advantage), Sistema no. 09-70-0588. Responder este formulario es voluntario. Sin embargo, no responderlo puede afectar a la inscripción en el plan.

Declaración de elegibilidad para un período de inscripción

Normalmente, las personas pueden inscribirse en un plan de medicamentos recetados de Medicare solamente durante el período de inscripción anual del 15 de octubre al 7 de diciembre de cada año. Hay excepciones que podrían permitir la inscripción en un plan de medicamentos recetados de Medicare fuera de este período.

Lea detenidamente las siguientes frases y marque la casilla si la frase se aplica a usted. Marcando cualquiera de las siguientes casillas, usted certifica que es elegible para un período de inscripción, según su leal saber y entender. Si más tarde determinamos que esta información es incorrecta, es posible que su inscripción se cancele.

Esnuevo en Medicare ohizo un cambio en su cobertura

- Soy nuevo en Medicare.
- Hace poco, perdí involuntariamente mi cobertura válida de medicamentos con receta ("válida" significa una cobertura tan buena como la de Medicare). Perdí mi cobertura de medicamentos el _____ (escriba la fecha).
- Voy a dejar o he dejado la cobertura de mi empleador o del sindicato el _____ (escriba la fecha).
- Mi plan terminará su contrato con Medicare o Medicare terminará su contrato con mi plan.

Declaración de elegibilidad para un período de inscripción

Cambio reciente de residencia

- Me mudé recientemente o pienso mudarme fuera del área de servicio de mi plan actual, o me mudé recientemente o pienso mudarme y este plan es una nueva opción para mí _____ (escriba la fecha de mudanza).
- Recientemente regresé a EE. UU. después de haber vivido en el extranjero permanentemente. Regresé a EE. UU. el _____ (escriba la fecha).
- Estoy por mudarme o vivo en un centro de atención de largo plazo, o me mudé recientemente de un centro de atención de largo plazo (por ejemplo, un centro de atención residencial).
Me mudé/me mudaré a/saldré del centro el _____ (escriba la fecha).
- Recientemente obtuve la condición de presencia legal en Estados Unidos. Obtuve dicha condición el _____ (escriba la fecha).
- Recientemente me liberaron de la cárcel. Me liberaron el _____ (escriba la fecha).

Cambio en los ingresos o en los requisitos para necesidades especiales/plan

- Tengo Medicare y Medicaid (o mi estado me ayuda a pagar mis primas de Medicare) o recibo ayuda adicional para pagar mi cobertura de medicamentos con receta de Medicare, pero no he tenido ningún cambio.
- Recientemente hubo un cambio en la ayuda adicional que recibo para pagar la cobertura de medicamentos con receta de Medicare (acabo de obtener la ayuda adicional, hubo un cambio en el nivel de ayuda adicional o la perdí) el _____ (escriba la fecha).
- Soy miembro de a un programa de ayuda para farmacia que proporciona mi estado.
- Recientemente abandoné un plan PACE (Programa de atención integral para adultos mayores) el _____ (escriba la fecha).
- Estaba inscrito en un Plan para necesidades especiales (SNP), pero perdí la calificación de necesidades especiales que se necesita para estar en ese plan. Me dieron de abaja del SNP el _____ (escriba la fecha).
- Estoy inscrito en un plan Medicare Advantage y quiero hacer un cambio durante el Período de inscripción abierta de Medicare Advantage (MA OEP).
- Medicare (o mi estado) me habían inscrito en un plan, pero quiero elegir otro plan. Mi inscripción en ese plan comenzó el _____ (escriba la fecha).
- Recientemente hubo un cambio en mi plan de Medicaid (obtuve Medicaid recientemente, hubo un cambio de nivel de asistencia de Medicaid, perdí Medicaid), el _____ (escriba la fecha).

Otro motivo

- Soy miembro de en un plan al que constantemente se identifica como de bajo rendimiento.
- Me afectó una emergencia o desastre mayor declarado por la Agencia Federal para el Manejo de Emergencias (FEMA) o por una entidad del gobierno federal, estatal o local. Una de las otras frases se aplicaba a mi caso, pero no pude presentar mi solicitud de inscripción debido al desastre.
- No se aplica ninguna de las de arriba.

IMPORTANTE: Lea y firme abajo:

- Debo mantener la cobertura de hospital (Parte A) o la cobertura médica (Parte B) para seguir en el plan de medicamentos recetados Highmark Medicare.
- Inscribiéndome en este plan de medicamentos recetados de Medicare, reconozco que Highmark compartirá mi información con Medicare, el cual podría usarla para hacer un seguimiento de mi inscripción, hacer pagos y para otros fines permitidos por la ley federal que autoriza que se recoja esta información (vea arriba la Declaración según la Ley de Privacidad).
- Responder este formulario es voluntario. Sin embargo, no responderlo puede afectar a la inscripción en el plan.
- La información en este formulario de inscripción es verdadera según mi leal saber y entender. Entiendo que, si doy intencionalmente información falsa en este formulario, se cancelará mi inscripción en el plan.
- Entiendo que solo puedo estar inscrito en un plan de la Parte D a la vez, y que la inscripción en este plan terminará automáticamente mi inscripción en otro plan de la Parte D.
- Entiendo que mi firma (o la firma de la persona legalmente autorizada para actuar en mi nombre) en esta solicitud significa que leí y entendí su contenido. Si la firma un representante autorizado (como se describe arriba), esta firma certifica que:
 1. Esta persona está autorizada según la ley del estado para completar esta inscripción.
 2. La documentación de esta autoridad está disponible, si Medicare la pide.

Firma

Fecha de hoy

Si usted es el representante autorizado, debe firmar arriba y dar la siguiente información:

Nombre

Dirección

Número de teléfono

Relación con la persona inscrita

Solo para uso del agente, bróker o tercero

Nombre del bróker/agente/tercero: _____

NPN (si procede): _____

Relación con la persona inscrita: _____

Fecha de entrada en vigor de la cobertura: _____

Fecha en que se recibió: _____

La discriminación es ilegal

El Plan cumple las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, país de origen, edad, discapacidad o sexo, incluyendo los estereotipos sexuales y la identidad de género. No excluye a las personas ni las trata de manera diferente por su raza, color, país de origen, edad, discapacidad ni sexo asignado en el nacimiento, identidad de género o género registrado. Además, el Plan no denegará ni limitará la cobertura de ningún servicio médico por el hecho de que el sexo asignado al nacer, la identidad de género o el sexo registrado de una persona no es para el que normalmente se presta dicho servicio médico. El Plan no denegará ni limitará la cobertura de un servicio médico específico relacionado con la transición de género si dicha denegación o limitación supone discriminar a una persona transgénero. El Plan:

- Da ayuda y servicios gratis a personas con discapacidades para que se comuniquen con nosotros de manera eficaz, como:
 - Intérpretes calificados de lenguaje de señas
 - Información por escrito en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos)
- Presta servicios gratis de idiomas a las personas cuyo idioma principal no es el inglés, como:
 - Intérpretes calificados
 - Información escrita en otros idiomas

Si necesita estos servicios, comuníquese con el coordinador de Derechos Civiles.

Si cree que el Plan no le prestó estos servicios o que lo discriminó de alguna otra manera por su raza, color, país de origen, edad, discapacidad o sexo, incluyendo estereotipos sexuales e identidad de género, puede presentar una queja formal a: Civil Rights Coordinator, P.O. Box 22492, Pittsburgh, PA 15222, teléfono: 1-866-286-8295, TTY: 711, Fax: 412-544-2475, email: CivilRightsCoordinator@highmarkhealth.org. Puede presentar una queja formal en persona, por correo, fax o email. Si necesita ayuda para presentar una queja formal, el coordinador de Derechos Civiles puede ayudarlo. También puede presentar una queja de derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles (Office for Civil Rights) del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. (U.S. Department of Health and Human Services) electrónicamente en el Portal de quejas de la Oficina de Derechos Civiles en

<https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf> por correo o por teléfono:

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)

Puede encontrar los formularios de quejas en <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

Pennsylvania, Delaware, West Virginia, and New York: 1-844-679-6930 (TTY: 711)

We have free interpreter services to answer any questions you may have about our health or drug plan. To get an interpreter, just call the number provided for your state of residence. Someone who speaks English can help you. This is a free service.

Tenemos servicios gratis de interpretación para responder cualquier pregunta que pueda tener sobre nuestro plan médico o de medicamentos. Para obtener un intérprete, simplemente llame al número correspondiente a su estado de residencia. Alguien que hable español puede ayudarlo. Este servicio es gratis.

我们免费提供口译服务，为您解答有关我们健康计划或药物计划的任何疑问。如需口译服务，只需拨打您所在州相应的电话号码即可。说中文的工作人员可为您提供帮助。此项服务免费。

我們免費提供口譯服務，為您解答有關我們健康計畫或藥物計畫的任何疑問。若要獲得口譯服務，只需撥打您所在州的電話號碼即可。講漢語的工作人員可為您提供協助。此項服務免費。

Mayroon kaming mga libreng serbisyo ng interpreter para sagutin ang anumang tanong na posibleng mayroon ka tungkol sa aming planong pangkalusugan o plano sa gamot. Para kumuha ng interpreter, tawagan lang ang numerong ibinigay para sa estadong tinitirhan mo. May taong nagsasalita ng Tagalog na makakatulong sa iyo. Isa itong libreng serbisyo.

Nous disposons de services d'interprétation gratuits pour répondre à toutes les questions que vous vous posez sur notre régime d'assurance maladie ou d'assurance médicaments. Pour obtenir les services d'un interprète, il vous suffit d'appeler le numéro correspondant à votre État de résidence. Une personne parlant français pourra vous aider. Ce service est gratuit.

Chúng tôi cung cấp dịch vụ thông dịch miễn phí để giải đáp mọi thắc mắc của quý vị về chương trình sức khỏe hoặc thuốc của chúng tôi. Để có thông dịch viên, chỉ cần gọi số được cung cấp cho tiểu bang cư trú của quý vị. Ai đó nói Tiếng Việt có thể giúp quý vị. Đây là dịch vụ miễn phí.

Wir verfügen über kostenlose Dolmetschdienste, damit Sie alle eventuellen Fragen zu unserer Krankenversicherung oder zur Medikamenten-Zusatzversicherung klären können. Rufen Sie hierzu einfach die Nummer für den Bundesstaat an, in dem Sie Ihren Wohnsitz haben. Jemand, der Deutsch spricht, wird Ihnen behilflich sein. Dies ist ein kostenloser Service.

لدينا خدمات ترجمة فورية مجانية للإجابة عن أي أسئلة قد تراودك حول خطتنا الصحية أو الدوائية. للحصول على مترجم فوري، فقط اتصل بالرقم المقدم للولاية التي تقيم فيها. ويمكن لشخص يتحدث العربية مساعدتك. هذه خدمة مجانية.

건강 또는 약물 플랜에 대한 귀하의 질문에 답변해 드릴 수 있는 무료 통역 서비스를 제공해 드립니다. 통역사를 구하려면 거주하시는 주의 전화 번호로 문의하십시오. 한국어(를) 말할 수 있는 직원이 도와드릴 수 있습니다. 이 서비스는 무료로 제공됩니다.

Мы предоставляем бесплатные услуги устного перевода, чтобы помочь вам получить ответы на любые вопросы, которые могут у вас возникнуть в отношении нашего медицинского плана или плана лекарственных препаратов. Чтобы заказать услуги переводчика, просто позвоните по номеру, указанному для штата, в котором вы проживаете. Один из наших переводчиков, специализацией которого является русский язык, поможет вам. Эта услуга предоставляется бесплатно.

हमारे पास हमारी स्वास्थ्य या दवा योजना के बारे में आपके किसी भी प्रश्न का उत्तर देने के लिए मुफ्त दुभाषिया सेवाएँ हैं। एक दुभाषिया प्राप्त करने के लिए, बस अपने निवास स्थान की स्टेट के लिए दिए गए नंबर पर कॉल करें। हिंदी बोलने वाला कोई व्यक्ति आपकी सहायता कर सकता है। यह एक निःशुल्क सेवा है।

Disponiamo di servizi di interpretariato gratuiti per rispondere a ogni sua domanda riguardo al suo piano sanitario o farmaceutico. Per ottenere l'assistenza di un interprete, chiami il numero fornito per il suo stato di residenza. Qualcuno che parla italiano la aiuterà. Il servizio è gratuito.

Temos serviços de interpretação gratuitos para esclarecer suas dúvidas sobre nosso plano de saúde ou de medicamentos. Para contar com um intérprete, ligue para o número fornecido para o seu estado de residência. Alguém que fale Português pode ajudar você. Este é um serviço gratuito.

Nou gen sèvis entèpretasyon gratis pou reponn ak nenpòt kesyon ou ta ka genyen sou plan asirans sante oswa medikaman nou an. Pou jwenn yon entèprèt ede w, senpleman rele nimewo ki koresponn ak Eta kote w rete a. Yon moun ki pale Kreyòl Ayisyenap ede w. Sèvis sa a gratis.

Dysponujemy darmowymi usługami tłumaczeniowymi, dzięki którym może Pan/Pani uzyskać odpowiedzi na pytania dotyczące naszego planu zdrowia lub leków. Aby uzyskać pomoc tłumacza, wystarczy zadzwonić pod numer podany dla stanu, w którym Pan/Pani mieszka. Ktoś, kto zna język polsku, może Panu/Pani pomóc. Ta usługa jest darmowa.

当院では、無料の通訳サービスを用意し、治療や投薬計画に関するご質問にお答えしています。通訳を手配したい場合は、お住まいの州で指定された番号までお電話でご連絡ください。日本語話せる者が対応をお手伝いします。サービスは無料でご利用いただけます。