TUFTS Health Plan

# Formulario corto de solicitud de inscripción de Tufts Medicare Preferred HMO 2027

Envíe el formulario listo y firmado a:

Tufts Health Plan Medicare Preferred
P.O. Box 483
Canton, MA 02021-9936

## A Información personal

Nombre: | Inicial seg. nombre: | Apellido:

Número de Id. del miembro:

Dirección de correo electrónico:

Número de teléfono principal:

Número de teléfono alternativo: (opcional)

☐ Este es un número de teléfono celular (opcional)

☐ Este es un número de teléfono celular (opcional)

Dirección de correo electrónico: (opcional)

Al proporcionar un número de teléfono habilitado para recibir mensajes SMS, usted autoriza a Tufts Health Plan a enviarle mensajes de texto sobre su plan y sus beneficios. Puede darse de baja de los mensajes de texto en cualquier momento. Para conocer los términos de uso de mensajes de texto, visite https://tuftshealthplan.com/text-terms-of-use.

☐ No recibir mensajes de texto SMS

Dirección particular permanente: (no se permite un apartado postal [P.O. box], a menos que usted no tenga una residencia permanente)

Ciudad: | Estado: | Código postal:

Dirección postal: (solo si es distinta a la dirección permanente)

Ciudad: | Estado: | Código postal:

**Seleccione un proveedor primario de cuidados médicos (PCP).**
Un proveedor de atención primaria (PCP, por sus siglas en inglés) es un médico, enfermero(a) practicante, especialista en enfermería clínica o asistente médico que proporciona, coordina y le ayuda a acceder a una variedad de servicios de atención médica.

Nombre de su PCP: | Apellido de su PCP:

Dirección o grupo médico de su PCP:

Número de NPI de su PCP*:

¿Es actualmente un paciente? ◯ Sí ◯ No

**INFORMACIÓN ÚTIL**

Seleccione un PCP contratado por Tufts Medicare Preferred HMO e ingrese la información de su PCP en los campos de la izquierda. Si no indica un PCP aquí, le asignaremos uno en forma automática. Puede cambiar el PCP en cualquier momento después de su inscripción.

Estas preguntas son opcionales.

* Para encontrar un PCP en su área o consultar el número de NPI de su PCP, utilice la herramienta de búsqueda en **thpmp.org/doctor**.

## B Indique la información de su plan

El cuadro a continuación muestra los planes disponibles para cada área de servicios y las primas de los planes mensuales estándar (**en negrita**). En el cuadro, también se muestran las primas del plan con Tufts Medicare Preferred Dental Option incluida (*en cursiva*). Para inscribirse en Tufts Medicare Preferred Dental Option, llene la sección *Beneficio complementario opcional* a continuación.

| Condados de Barnstable, Bristol, Middlesex, Norfolk y Plymouth | Prima del plan | *Con opción dental* |
|---|---|---|
| HMO Basic Rx | **$82/mensual** | *$123.50* |
| HMO Value No Rx | **$133/mensual** | *$174.50* |
| HMO Value Rx | **$185/mensual** | *$226.50* |
| HMO Prime No Rx | **$163/mensual** | *$201.50* |
| HMO Prime Rx | **$214/mensual** | *$252.50* |
| HMO Prime Rx Plus | **$252/mensual** | *$290.50* |

| Condados de Hampden y Hampshire | Prima del plan | *Con opción dental* |
|---|---|---|
| HMO Basic Rx | **$65/mensual** | *$106.50* |
| HMO Value Rx | **$108/mensual** | *$149.50* |
| HMO Prime Rx | **$138/mensual** | *$176.50* |
| HMO Prime Rx Plus | **$158/mensual** | *$196.50* |

| Condados de Essex y Suffolk | Prima del plan | *Con opción dental* |
|---|---|---|
| HMO Basic No Rx | **$58/mensual** | *$99.50* |
| HMO Basic Rx | **$88/mensual** | *$129.50* |
| HMO Value No Rx | **$153/mensual** | *$194.50* |
| HMO Value Rx | **$207/mensual** | *$248.50* |
| HMO Prime No Rx | **$186/mensual** | *$224.50* |
| HMO Prime Rx | **$244/mensual** | *$282.50* |
| HMO Prime Rx Plus | **$280/mensual** | *$318.50* |

| Condado de Worcester | Prima del plan | *Con opción dental* |
|---|---|---|
| HMO Basic No Rx | **$50/mensual** | *$91.50* |
| HMO Basic Rx | **$85/mensual** | *$126.50* |
| HMO Value No Rx | **$142/mensual** | *$183.50* |
| HMO Value Rx | **$190/mensual** | *$231.50* |
| HMO Prime No Rx | **$182/mensual** | *$220.50* |
| HMO Prime Rx | **$224/mensual** | *$262.50* |

| | Condados | Prima del plan |
|---|---|---|
| HMO Smart Saver Rx | Condados de Hampden, Hampshire, Middlesex y Worcester | **$0/mensual** |
| HMO Smart Saver Rx | Condados de Bristol, Essex, Norfolk, Plymouth y Suffolk | **$0/mensual** |
| HMO Smart Saver Rx | Condado de Barnstable | **$0/mensual** |

Nombre del plan del que es miembro actualmente:

**Tufts Medicare Preferred HMO** _____

Prima mensual actual:

**$** _____

Nombre del plan al que le gustaría cambiarse:

**Tufts Medicare Preferred HMO** _____

Prima mensual nueva:

**$** _____

Fecha de entrada en vigor solicitada:
(dd/mm/aaaa; debe ser en el futuro) ____ / **0 1** / ____

☐ **Entiendo que este plan tiene diferentes beneficios de salud y una prima mensual distinta. He revisado la nueva prima de mi plan en la tabla anterior.**

### BENEFICIO SUPLEMENTARIO OPCIONAL: Opción dental de Tufts Health Plan Medicare Preferred Dental Option

Solo puede elegir Tufts Medicare Preferred Dental Option junto con un plan médico. A continuación, se muestra el costo adicional de las primas de la tabla anterior para Tufts Medicare Preferred Dental Option:

- *HMO Basic Rx, HMO Basic No Rx, HMO Value Rx y HMO Value No Rx:* **$41.50 al mes.**
- *HMO Prime Rx, HMO Prime Rx Plus* y *HMO Prime No Rx:* **$38.50 al mes.**
- *HMO Smart Saver Rx:* **NO disponible.**

☐ **Sí, deseo añadir Tufts Medicare Preferred Dental Option.**

## C Pago de la prima de su plan

Puede pagar la prima mensual del plan (incluyendo cualquier multa por inscripción tardía* que deba o que podría deber) por correo postal o mediante una transferencia electrónica de fondos (EFT, por sus siglas en inglés) cada mes. También puede optar por pagar la prima mediante la deducción automática de su cheque de beneficios del Seguro Social o la Junta de Jubilación Ferroviaria (RRB, por sus siglas en inglés) cada mes.

Si tiene que pagar la cantidad de ajuste mensual relacionado con ingresos (IRMAA) de Part D, debe pagarla en forma independiente de la prima del plan. NO pague a Tufts Health Plan Medicare Preferred la cantidad de IRMAA de Part D.

Si no selecciona una opción de pago, recibirá una factura cada mes.

**Para los planes con una prima de $0:** Si en la actualidad usted tiene una multa por inscripción tardía* o ha seleccionado el beneficio dental complementario opcional, necesitamos saber cómo prefiere pagar. Puede pagarla por correo postal o con una transferencia electrónica de fondos (EFT) cada mes. También puede optar por pagar mediante la deducción automática de su cheque de beneficios del Seguro Social o la Junta de Jubilación Ferroviaria (RRB) cada mes. **Si usted no tiene una multa por inscripción tardía* o no ha seleccionado el beneficio dental complementario opcional, no se le exige una opción de pago**.

Las personas con ingresos limitados pueden reunir los requisitos para optar a *Extra Help* para pagar los costos de medicamentos recetados. Si es elegible, Medicare podría pagar el 75 % o más de los costos de medicamentos, incluyendo las primas mensuales de medicamentos recetados, deducibles anuales y coaseguro. Además, quienes califican no estarán sujetos a la multa por inscripción tardía*. Muchas personas son elegibles para optar a estos ahorros y ni siquiera lo saben. Para obtener más información sobre *Extra Help*, comuníquese con la oficina local del Seguro Social o llame al Seguro Social al **1-800-772-1213**. Los usuarios de TTY deben llamar al **1-800-325-0778**. También puede solicitar *Extra Help* en línea a través de **ssa.gov/medicare/part-d-extra-help**.

Si usted reúne los requisitos para optar a *Extra Help* con los costos de cobertura de medicamentos de venta con receta de Medicare, Medicare pagará parte o la totalidad de la prima del plan. Si Medicare paga solo una parte de esta prima, le facturaremos a usted por la cantidad que Medicare no cubre.

*Para obtener más información sobre la multa por inscripción tardía, visite **thpmp.org/LEP.**

**Seleccione una opción de pago de primas:**

◯ Recibir una factura todos los meses.

◯ Transferencia electrónica de fondos (EFT) desde su cuenta bancaria todos los meses.

(Si selecciona esta opción, recibirá por correo un *Formulario de autorización de EFT*. Siga pagando la prima mensual hasta que le informemos de su inscripción en el programa de EFT).

◯ Deducción automática de su cheque de beneficios mensual del Seguro Social.

◯ Deducción automática de su cheque de beneficios mensual de la Junta de Jubilación Ferroviaria (RRB).

**La deducción del cheque del Seguro Social o la RRB podría tardar uno o más meses en iniciarse.** Es posible que haya un retraso en la retención de su prima debido al programa de procesamiento mensual de la Administración del Seguro Social, ya que la fecha de inicio de la retención de primas no puede ser retroactiva. Si hay un retraso, se le facturará directamente el primer mes o los primeros 2 meses hasta que se le deduzca la prima del cheque de beneficios del Seguro Social o de la RRB. Usted es responsable de pagar todas las primas pendientes hasta que comience la retención de primas. Si no paga la prima de los meses antes de que comience la retención de primas, podríamos cancelar su inscripción en Tufts Health Plan Medicare Preferred. Si el Seguro Social o la RRB no aprueban su solicitud de deducción automática, le enviaremos una factura en papel de las primas mensuales.

## D Seleccione la elegibilidad para el período de inscripción

**Por lo general, es posible que se inscriba en un plan de Medicare Advantage solamente durante el Período de Inscripción Anual desde el 15 de octubre hasta el 7 de diciembre de cada año.** Hay excepciones que podrían permitirle inscribirse en un plan de Medicare Advantage fuera de este período. Lea las siguientes afirmaciones atentamente y marque la casilla si la afirmación corresponde a su caso (marque todas las que correspondan). Si marca cualquiera de las casillas siguientes, certifica que, a su leal saber y entender, usted es elegible para optar a un período de inscripción. Si más adelante determinamos que esta información es incorrecta, es posible que se cancele su inscripción.

☐ Período de inscripción anual (AEP por sus siglas en inglés). La fecha de entrada en vigor será el 1 de enero.

☐ Me mudé recientemente fuera del área de servicio de mi plan actual o me mudé recientemente y ahora tengo nuevas opciones disponibles para mí.
Me mudé el: (dd/mm/aaaa) ☐☐ / ☐☐ / ☐☐☐☐

☐ Me mudaré a, vivo en o me mudé recientemente de un centro de cuidados a largo plazo (por ejemplo, una casa de reposo o un centro de cuidados a largo plazo).
Me mudé el: (dd/mm/aaaa) ☐☐ / ☐☐ / ☐☐☐☐

☐ Recientemente tuve un cambio en mi Medicaid (obtuve recientemente Medicaid, tuve un cambio en mi nivel de ayuda de Medicaid o perdí Medicaid).
Hice este cambio el: (dd/mm/aaaa) ☐☐ / ☐☐ / ☐☐☐☐

☐ Otro motivo: (describa el período de elección especial)

## E Idiomas y formatos accesibles alternativos

**Idioma escrito preferido:**

**Idioma hablado preferido:**

**Seleccione uno si quiere enviarnos su información en un formato accesible.**

☐ Braille ☐ Letra grande ☐ CD de audio ☐ CD de datos

*Comuníquese con Tufts Health Plan Medicare Preferred al **1-800-701-9000 (TTY: 711)** si necesita información en un formato accesible o en un idioma distinto al que se indicó anteriormente. Los representantes están disponibles de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana (de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre).*

☐ Me gustaría inscribirme en eDelivery y recibir mi Aviso Anual de Cambio (ANOC, por sus siglas en inglés), Evidencia de cobertura (EOC, por sus siglas en inglés), Formulario, Directorio de proveedores y Directorio de farmacias de forma electrónica en lugar de por correo.

☐ Me gustaría recibir mi Explicación de beneficios médicos (EOB, por sus siglas en inglés) de forma electrónica en lugar de por correo.

## F Lea y firme a continuación.

1. Tufts Health Plan Medicare Preferred es un plan que tiene contrato con el Gobierno federal.
2. Entiendo que si recibo ayuda de un agente de ventas, corredor u otra persona empleada o contratada por Tufts Health Plan Medicare Preferred, esta persona podría recibir un pago de acuerdo con mi inscripción en Tufts Medicare Preferred HMO.
3. Comprendo que a partir de la fecha en que comience la cobertura de Tufts Medicare Preferred HMO, debo obtener toda mi atención de salud de Tufts Medicare Preferred HMO, excepto servicios de emergencia o urgentemente necesarios, o diálisis fuera del área y debo elegir un proveedor de atención primaria (PCP) y obtener un referido antes de atenderme con un especialista dentro del círculo de referidos del PCP.
4. Si obtengo atención de rutina de proveedores fuera del círculo de referidos del PCP, ni Medicare ni Tufts Health Plan Medicare Preferred serán responsables del costo. Tendrán cobertura los servicios autorizados por Tufts Medicare Preferred HMO y otros servicios incluidos en mi documento de *Evidencia de Cobertura* de Tufts Medicare Preferred HMO (también conocido como contrato del miembro o acuerdo de suscripción). Sin autorización, NI MEDICARE NI TUFTS HEALTH PLAN MEDICARE PREFERRED PAGARÁN LOS SERVICIOS.
5. Los beneficios dentales para los miembros de Tufts Health Plan Medicare Preferred son administrados por Dominion Dental Services, Inc. Si tiene preguntas relacionadas con sus beneficios o con la red de proveedores, comuníquese con Servicios para Miembros.

## Divulgación de información

1. Reconozco que, si me afilio a este plan de salud de Medicare, Tufts Health Plan Medicare Preferred divulgará mi información a Medicare y a otros planes según sea necesaria para el tratamiento, pago y operaciones de atención de salud.
2. También reconozco que Tufts Health Plan Medicare Preferred divulgará mi información, como los datos de actividades de medicamentos recetados a Medicare, que puede divulgarla para fines de investigación u otros que acaten todas las leyes y normativas federales vigentes.
3. La información que figura en este formulario de inscripción es correcta a mi leal saber y entender. Comprendo que, si proveo información falsa intencionalmente en este formulario, cancelarán mi inscripción en el plan.
4. Entiendo que las personas con Medicare no tienen cobertura de Medicare mientras estén fuera del país, salvo por una cobertura limitada cerca de la frontera de EE. UU.

Comprendo que mi firma (o la firma de la persona autorizada a actuar en mi nombre según las leyes del estado donde vivo) en esta solicitud indica que he leído y que comprendo el contenido de esta solicitud. Si lo firma una persona autorizada (como se describió anteriormente), esta firma certifica que: 1) esta persona está autorizada por las leyes del estado a completar esta inscripción; y 2) la documentación de esta autoridad está disponible si Medicare la solicita.

**Firma:**

Fecha de hoy (dd/mm/aaaa): / /

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

Nombre completo:

Dirección particular:

Ciudad: Estado: Código postal:

Número de teléfono: - -

Relación con el afiliado:

## SOLO PARA LAS PERSONAS QUE AYUDEN AL BENEFICIARIO A COMPLETAR ESTE FORMULARIO

Complete esta sección si es una persona (es decir, agente, corredor, asesor del Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros Médicos [SHIP, por sus siglas en inglés], familiar u otro tercero) que está ayudando al beneficiario a completar este formulario.

Nombre: (en letra de imprenta)

Firma:

Relación con el beneficiario:

**SOLO PARA USO INTERNO DE LA OFICINA O CORREDOR**

NPN de representante:

Nombre de la agencia:

Nombre de la FMO:

Fecha de recepción de la solicitud: (dd/mm/aaaa)

Fecha de entrada en vigor de la cobertura: (dd/mm/aaaa)

N.º de Id. del plan:

**Tufts Medicare Preferred HMO (H2256)**

| Condados de Barnstable, Bristol, Middlesex, Norfolk y Plymouth | | Condados de Hampden y Hampshire | | Condados de Essex y Suffolk | | Condado de Worcester | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ◯ Basic Rx | **026/002** | ◯ Basic Rx | **026/003** | ◯ Basic No Rx | **042/000** | ◯ Basic No Rx | **041/000** |
| ◯ Value No Rx | **019/007** | ◯ Value Rx | **018/008** | ◯ Basic Rx | **026/001** | ◯ Basic Rx | **036/000** |
| ◯ Value Rx | **018/007** | ◯ Prime Rx | **015/006** | ◯ Value No Rx | **019/001** | ◯ Value No Rx | **040/000** |
| ◯ Prime No Rx | **016/002** | ◯ Prime Rx Plus | **001/006** | ◯ Value Rx | **018/001** | ◯ Value Rx | **034/000** |
| ◯ Prime Rx | **015/002** | | | ◯ Prime No Rx | **016/001** | ◯ Prime No Rx | **039/000** |
| ◯ Prime Rx Plus | **001/002** | | | ◯ Prime Rx | **015/001** | ◯ Prime Rx | **033/000** |
| | | | | ◯ Prime Rx Plus | **001/001** | | |

| Condados de Hampden, Hampshire, Middlesex y Worcester | | Condados de Bristol, Essex, Norfolk, Plymouth y Suffolk | | Condado de Barnstable | |
|---|---|---|---|---|---|
| ◯ Smart Saver Rx | **047/001** | ◯ Smart Saver Rx | **047/002** | ◯ Smart Saver Rx | **047/003** |

Período de inscripción:

☐ ICEP/IEP ☐ AEP ☐ OEP ☐ SEP (tipo:) ☐ No elegible

Tufts Health Plan cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, origen nacional, edad, discapacidad o sexo (incluyendo el embarazo, la orientación sexual y la identidad de género). ATTENTION: If you speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-855-670-5934 (TTY:711).

TUFTS Health Plan

a Point32Health company

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

**English** ATTENTION: If you speak another language, 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 1-800-701-9000 (HMO)/1-866-623-0172 (PPO) (TTY: 711) or speak to your provider.

**Español (Spanish)** ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. También están disponibles de forma gratuita ayuda y servicios auxiliares apropiados para proporcionar información en formatos accesibles. Llame al 1-800-701-9000 (HMO)/1-866-623-0172 (PPO) (TTY: 711) o hable con su proveedor.

**Português (Portuguese)** ATENÇÃO: Se fala Português, estão disponíveis para si serviços gratuitos de assistência linguística. Estão também disponíveis gratuitamente ajudas e serviços auxiliares adequados para fornecer informações em formatos acessíveis. Ligue para 1-800-701-9000 (HMO)/1-866-623-0172 (PPO) (TTY - Dispositivo das telecomunicações para surdos: 711) ou fale com o seu prestador.

中文 (**Simplified Chinese**) 注意：如果您说[中文]，我们将免费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，以无障碍格式提供信息。致电 1-800-701-9000 (HMO)/1-866-623-0172 (PPO)（文本电话：711）或咨询您的服务提供商。

**Kreyòl Ayisyen (Haitian Creole)** ATANSYON: Si w pale Kreyòl Ayisyen, gen sèvis èd aladispozisyon w gratis pou lang ou pale a. Èd ak sèvis siplemantè apwopriye pou bay enfòmasyon nan fòma aksesib yo disponib gratis tou. Rele nan 1-800-701-9000 (HMO)/1-866-623-0172 (PPO) (TTY: 711) oswa pale avèk founisè w la.

**Việt (Vietnamese)** LƯU Ý: Nếu bạn nói tiếng Việt, chúng tôi cung cấp miễn phí các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ. Các hỗ trợ dịch vụ phù hợp để cung cấp thông tin theo các định dạng dễ tiếp cận cũng được cung cấp miễn phí. Vui lòng gọi theo số 1-800-701-9000 (HMO)/1-866-623-0172 (PPO) (Người khuyết tật: 711) hoặc trao đổi với người cung cấp dịch vụ của bạn.

**РУССКИЙ (Russian)** ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русский, вам доступны бесплатные услуги языковой поддержки. Соответствующие вспомогательные средства и услуги по предоставлению информации в доступных форматах также предоставляются бесплатно. Позвоните по телефону 1-800-701-9000 (HMO)/1-866-623-0172 (PPO) (TTY: 711) или обратитесь к своему поставщику услуг.

**(Arabic)**العربية تنبيه: إذا كنت تتحدث اللغة العربية، فستتوفر لك خدمات المساعدة اللغوية المجانية. كما تتوفر وسائل مساعدة وخدمات مناسبة لتوفير المعلومات بتنسيقات يمكن الوصول إليها مجانًا. اتصل على الرقم 711 (1-800-701-9000 (PPO) 1-866-623-0172 (HMO)) أو تحدث إلى مقدم الخدمة.

ភាសាខ្មែរ (**Khmer**) សូមយកចិត្តទុកដាក់៖ ប្រសិនបើអ្នកនិយាយ ភាសាខ្មែរ សេវាកម្មជំនួយភាសាឥតគិតថ្លៃគឺមានសម្រាប់អ្នក។ ជំនួយ និងសេវាកម្មដែលជាការជួយដ៏សមរម្យ ក្នុងការផ្តល់ព័ត៌មានតាមទម្រង់ដែលអាចចូលប្រើប្រាស់បាន ក៏អាចរកបានដោយឥតគិតថ្លៃផងដែរ។ ហៅទូរសព្ទទៅ 1-800-701-9000 (HMO)/1-866-623-0172 (PPO) (TTY: 711) ឬនិយាយទៅកាន់អ្នកផ្តល់សេវារបស់អ្នក។

**Français (French)** ATTENTION: Si vous parlez Français, des services d'assistance linguistique gratuits sont à votre disposition. Des aides et services auxiliaires appropriés pour fournir des informations dans des formats accessibles sont également disponibles gratuitement. Appelez le 1-800-701-9000 (HMO)/1-866-623-0172 (PPO) (TTY: 711) ou parlez à votre fournisseur.

**Italiano (Italian)** ATTENZIONE: se parli Italiano, sono disponibili servizi di assistenza linguistica gratuiti. Sono inoltre disponibili gratuitamente ausili e servizi ausiliari adeguati per fornire informazioni in formati accessibili. Chiama l'1-800-701-9000 (HMO)/1-866-623-0172 (PPO) (tty: 711) o parla con il tuo fornitore.

한국어 **(Korean)** 주의: [한국어]를 사용하시는 경우 무료 언어 지원 서비스를 이용하실 수 있습니다. 이용 가능한 형식으로 정보를 제공하는 적절한 보조 기구 및 서비스도 무료로 제공됩니다. 1-800-701-9000 (HMO)/1-866-623-0172 (PPO)(TTY: 711)번으로 전화하거나 서비스 제공업체에 문의하십시오.

**Ελληνικά (Greek)** ΠΡΟΣΟΧΗ: Εάν μιλάτε ελληνικά, υπάρχουν διαθέσιμες δωρεάν υπηρεσίες υποστήριξης στη συγκεκριμένη γλώσσα. Διατίθενται δωρεάν κατάλληλα βοηθήματα και υπηρεσίες για παροχή πληροφοριών σε προσβάσιμες μορφές. Καλέστε το 1-800-701-9000 (HMO)/1-866-623-0172 (PPO) (TTY: 711) ή απευθυνθείτε στον πάροχό σας.

**POLSKI (Polish)** UWAGA: Osoby mówiące po polsku mogą skorzystać z bezpłatnej pomocy językowej. Dodatkowe pomoce i usługi zapewniające informacje w dostępnych formatach są również dostępne bezpłatnie. Zadzwoń pod numer 1-800-701-9000 (HMO)/1-866-623-0172 (PPO) (TTY: 711) lub porozmawiaj ze swoim dostawcą.

हिंदी **(Hindi)**न दें: यदि आप हिंदी बोलते हैं, तो आपके लिए निःशुल्क भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध होती हैं। सुलभ प्रारूपों में जानकारी प्रदान करने के लिए उपयुक्त सहायक साधन और सेवाएँ भी निःशुल्क उपलब्ध हैं। 1-800-701-9000 (HMO)/1-866-623-0172 (PPO) (TTY: 711) पर कॉल करें या अपने प्रदाता से बात करें।

ગુજરાતી **(Gujarati)** ધ્યાન આપો: જો તમે ગુજરાતી બોલતા હો તો મફત ભાષાકીય સહાયતા સેવાઓ તમારા માટે ઉપલબ્ધ છે. યોગ્ય ઑક્ઝિલરી સહાય અને ઍક્સેસિબલ ફૉર્મેટમાં માહિતી પૂરી પાડવા માટેની સેવાઓ પણ વિના મૂલ્યે ઉપલબ્ધ છે. 1-800-701-9000 (HMO)/1-866-623-0172 (PPO) (TTY: 711) પર કૉલ કરો અથવા તમારા પ્રદાતા સાથે વાત કરો.