



BlueCross BlueShield  
of Montana

Pequeñas empresas

# Coberturas a través del empleo

## Solicitud de cobertura médica |

## Solicitud de cambios

Lea detenidamente las instrucciones en el interior antes de llenar esta solicitud de cobertura médica/cambios.

Blue Cross and Blue Shield of Montana, a Division of Health Care Service Corporation,  
a Mutual Legal Reserve Company, an Independent Licensee of the Blue Cross and Blue Shield Association

# INSTRUCCIONES PARA LA SOLICITUD DE COBERTURA MÉDICA/CAMBIOS

LEA DETENIDAMENTE ANTES DE LLENAR LA SOLICITUD DE COBERTURA MÉDICA/CAMBIOS.

**Solo use bolígrafo negro o azul. Escriba en letra de imprenta legible. No utilice abreviaciones.**

|  |  |
|--|--|
| <b>SECCIÓN 1<br/>MOTIVOS DE<br/>SOLICITUD</b>            | <p>Marque todas las casillas que correspondan para indicar si usted es un nuevo asegurado o si solicita un cambio en la cobertura. Indique el suceso y la fecha, si corresponde. Llene las secciones adicionales conforme a su caso.</p> <p><b>Nuevo asegurado:</b> Llene todas las secciones, si corresponde.</p> <p><b>Agregar derechohabiente:</b> Llene todas las secciones, si corresponde.</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Si solicita cobertura para un derechohabiente discapacitado cuya edad supera el límite de edad de la cobertura de la empresa, proporcione la información adicional solicitada en la sección 5. También es posible que se solicite documentación adicional, como se especifica en esa sección.</li></ul> <p><b>Período de inscripción:</b> El período que se ofrece anualmente, durante el cual usted puede solicitar la cobertura de un seguro de gastos médicos de un grupo específico o realizar cambios en la cobertura vigente.</p> <p><b>Período especial de inscripción:</b> Si es elegible, este período le permite hacer cambios a su cobertura vigente en caso de matrimonio, divorcio, adopción, renuncia o despido, mudanza del área de servicio, etc. Este cambio puede realizarse fuera del período de inscripción regular.</p> <p><b>Fecha de entrada en vigor de la cobertura:</b> Este campo es obligatorio y debe reflejar la fecha de entrada en vigencia solicitada.</p> <p><b>Cumplimiento de otros requisitos de elegibilidad:</b> Marque esta casilla si su empresa tiene requisitos de elegibilidad que usted cumplió o completó antes de presentar la solicitud, como un período de medición o de orientación.</p> <p><b>Eliminar asegurado, eliminar derechohabiente o cancelar la cobertura:</b> Llene las secciones 1, 2, 4 (omite la sección 4 si rechaza la cobertura), 8 y 9. En la sección 4, incluya el nombre, el número de Seguro Social y la fecha de nacimiento de las personas a las que les cancelará la cobertura.</p> |
| <b>SECCIÓN 2<br/>SU INFORMACIÓN</b>                      | Llene esta sección con sus datos personales incluso si rechaza la cobertura.   |
| <b>SECCIÓN 3<br/>SU COBERTURA</b>                        | Llene todas las partes relacionadas con las coberturas para las cuales presenta la solicitud. Incluya el número de identificación de siete caracteres de la cobertura que haya seleccionado (por ejemplo, B918PF) en el campo de n.º de cobertura. Si no conoce el tamaño de su grupo o el número de identificación de la cobertura, solicite orientación de su empresa.   |
| <b>SECCIÓN 4<br/>OPCIONES DE<br/>COBERTURA</b>           | Llene todas las áreas que correspondan a usted y a cada derechohabiente.<br><p><b>Cambiar de profesional o médico de atención primaria:</b> En la sección 1, marque la casilla "Otros cambios" y, luego, llene las secciones 2, 3, 4 y 9. En la sección 4, incluya el nombre, el número de Seguro Social y la fecha de nacimiento del asegurado o derechohabiente, y el nombre y número del nuevo médico de atención primaria (PCP, en inglés).</p> <p><b>Cambiar dirección o nombre:</b> En la sección 1, marque la casilla "Otros cambios" y, luego, llene las secciones 2 y 9.</p>  |
| <b>SECCIÓN 5<br/>DERECHOHABIENTES<br/>DISCAPACITADOS</b> | Los derechohabientes discapacitados deben contar con una certificación médica de discapacidad y dependencia de usted o de su cónyuge para que puedan considerarse para la cobertura, en el caso de que la empresa ofrezca cobertura para derechohabientes discapacitados. Los derechohabientes discapacitados deben tener cobertura antes de cumplir los 26 años para poder recibir cobertura una vez que superen el límite de edad para hijos derechohabientes de la cobertura de la empresa. Deberá llenar y enviar el formulario que incluye la Autorización para derechohabientes con discapacidad y la Certificación médica del derechohabiente con discapacidad junto con esta solicitud de cobertura, si corresponde.   |
| <b>SECCIÓN 6<br/>OTRA COBERTURA</b>                      | Llene esta sección si usted o algunos de sus derechohabientes tienen otra cobertura médica o dental grupal (a través del empleo) o individual (particular) (si corresponde) que no se cancelará cuando entre en vigor la cobertura solicitada por este medio.  |
| <b>SECCIÓN 7<br/>COBERTURA<br/>MEDICARE</b>              | Llene esta sección si usted o alguno de sus derechohabientes tienen cobertura Medicare. Ingrese las fechas correspondientes de inicio y finalización de la cobertura. Debe indicar el número de Medicare (puede encontrarlo en la tarjeta de asegurado de Medicare). Marque el motivo por el cual solicita la cobertura Medicare.  |
| <b>SECCIÓN 8<br/>RENUNCIA A LA<br/>COBERTURA</b>         | Llene esta sección si renuncia a la cobertura médica para usted y sus derechohabientes. <b>Toda persona</b> que, por cualquier razón, renuncie a la cobertura debe llenar la sección 8; no solo quienes renuncian a la cobertura porque ya tienen otra.<br><p><b>AVISO IMPORTANTE:</b> Si renuncia a su propia cobertura médica o a la de sus derechohabientes (incluido su cónyuge) porque tienen otra cobertura médica, es posible que, en el futuro, pueda solicitar cobertura para usted o sus derechohabientes si presenta su solicitud dentro de los 31 días posteriores a la finalización de su otra cobertura. Además, si tiene un derechohabiente nuevo como consecuencia de matrimonio, nacimiento, adopción o colocación de un menor en guarda en su hogar, es posible que pueda solicitar cobertura para usted y sus derechohabientes si presenta su solicitud dentro de los 31 días posteriores a cualquiera de estos acontecimientos.</p>  |
| <b>SECCIÓN 9<br/>CONDICIONES DE<br/>COBERTURA</b>        | Firme con su nombre y escriba la fecha en la solicitud de cobertura médica si está de acuerdo con las condiciones que se establecen en esta sección. Debe presentar la solicitud de cobertura médica al departamento de su empresa designado como <b>Enrollment Department</b> , el cual, luego, la enviará por correo electrónico o postal a <b>BCBSMT • Enrollment Department • PO Box 59604 • Helena, MT 59604 • <a href="mailto:bcbs_eligibility_mt@bcbsmt.com">bcbs_eligibility_mt@bcbsmt.com</a></b> .   |

**Las modificaciones en las leyes o reglamentaciones federales o estatales, o en las interpretaciones de ellas, pueden modificar los términos y las condiciones de cobertura.**

**Puede obtener acceso a los formularios mencionados anteriormente en el sitio web de Blue Cross and Blue Shield of Montana, en [bcbsmt.com](http://bcbsmt.com), o a través de la empresa. Si actualmente es uno de nuestros asegurados y tiene preguntas, puede llamar al número de Servicio al Cliente que aparece al dorso de su tarjeta de asegurado.**

# SOLICITUD DE COBERTURA MÉDICA/CAMBIOS



|              |  |  |  |  |  |
|--------------|--|--|--|--|--|
|              |  |  |  |  |  |
| N.º de grupo |  |  |  |  |  |
|              |  |  |  |  |  |
| Cuenta       |  |  |  |  |  |

|                |  |  |  |
|----------------|--|--|--|
|                |  |  |  |
| N.º de sección |  |  |  |

|                      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|----------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|                      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| N.º de Seguro Social |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Categoría

## SECCIÓN 1: MOTIVOS DE SOLICITUD

MARQUE TODAS LAS OPCIONES QUE CORRESPONDAN. SI DESEA RENUNCIAR A LA COBERTURA, LLENE SOLO LAS SECCIONES 2, 8 Y 9.

Nuevo asegurado  Agregar derechohabiente  Período de inscripción  Otros cambios

¿Está solicitando cobertura debido a un suceso que lo hace elegible para un período especial de inscripción?

No  Sí. Fecha del suceso: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_

**Suceso:**  Nueva contratación  Matrimonio  Nacimiento  
 Adopción (proporcione los documentos legales)  
 Orden judicial (proporcione el decreto o la orden judicial)  
 Pérdida de otra cobertura  
 Otro (explique): \_\_\_\_\_

Fecha de entrada en vigor de la cobertura: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_  Cumplimiento de otros requisitos de elegibilidad

Eliminar asegurado  
 Eliminar derechohabiente

**Cancelar la cobertura:**  Médica  Dental

Incluya los nombres de las personas a quienes les cancelará la cobertura en la sección 4.

**Suceso:**  Divorcio  Muerte  
 Finalización del empleo  Otro

Indique la fecha del suceso: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_

## SECCIÓN 2: INFORMACIÓN PERSONAL

DEBE LLENAR ESTA SECCIÓN INCLUSO SI RENUNCIA A LA COBERTURA.

|  |        |                                       |   |  |                      |
|--|--------|---------------------------------------|---|--|----------------------|
| Apellido   | Nombre | Inicial del segundo nombre (opcional) | Sufijo  | Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA)                                     | N.º de Seguro Social |
| Dirección postal, n.º y calle, n.º de apto.  |        |                                       | Ciudad  | Estado   | Código postal        |
| Correo electrónico   |        |                                       | <input type="checkbox"/> Hombre<br><input type="checkbox"/> Mujer | N.º de teléfono particular/celular                                   |                      |
| Nombre de la empresa   | Cargo  | N.º de teléfono en el trabajo         | Fecha de contratación (MM/DD/AAAA)                                | ¿Cuántas horas, en promedio, trabaja por semana? (campo obligatorio) |                      |
| Condición de elegibilidad: <input type="checkbox"/> Empleado en activo <input type="checkbox"/> Empleado jubilado; fecha de jubilación: _____ <input type="checkbox"/> Continuación de cobertura COBRA |        |                                       |   |  |                      |

## SECCIÓN 3: SELECCIÓN DE COBERTURA

MARQUE TODO LO QUE CORRESPONDA.

|   |   |  |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> <b>Blue Preferred PPO<sup>SM</sup> Health and Vision</b><br>(si se ofrecen servicios para la vista)                          | <input type="checkbox"/> <b>Blue Focus<sup>SM</sup> Health and Vision</b><br>(si se ofrecen servicios para la vista)                          | <input type="checkbox"/> <b>BlueCare Dental<sup>SM</sup></b><br>La empresa debe ofrecer la opción de cobertura dental. |
| <input type="checkbox"/> Blue Preferred PPO <sup>SM</sup> <input type="checkbox"/> Otra _____<br>N.º de cobertura de 7 caracteres (campo obligatorio) | <input type="checkbox"/> Blue Focus <sup>SM</sup> <input type="checkbox"/> Otra _____<br>N.º de cobertura de 7 caracteres (campo obligatorio) |  |

Lengua materna: \_\_\_\_\_

## SECCIÓN 4: OPCIONES DE COBERTURA

LLENE TODAS LAS ÁREAS QUE CORRESPONDAN.

|   |   |   |  |  |
|---|---|---|--|--|
| Nombre del empleado o asegurado   | Nombre del médico de atención primaria (PCP)                    | N.º de PCP  | ¿Es paciente nuevo?<br><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No   | <input type="checkbox"/> médica<br><input type="checkbox"/> dental<br><input type="checkbox"/> vista |
| Nombre del derechohabiente<br><input type="checkbox"/> Esposo <input type="checkbox"/> Esposa   | N.º de Seguro Social del derechohabiente                        | Nombre del PCP del derechohabiente  | N.º de PCP   | ¿Es paciente nuevo?<br><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No                       |
| Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA)  | Dirección (si es diferente) - Calle/Ciudad/Estado/Código postal |   |  |  |
| Nombre del derechohabiente<br><input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Hija<br><input type="checkbox"/> Otro derechohabiente elegible | N.º de Seguro Social del derechohabiente                        | Nombre del PCP del derechohabiente  | N.º de PCP   | ¿Es paciente nuevo?<br><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No                       |
| Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA)  | Dirección (si es diferente) - Calle/Ciudad/Estado/Código postal | ¿Este derechohabiente es un hijo biológico, hijastro, hijo adoptivo o menor en guarda?<br><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Si no es un hijo biológico, hijastro, hijo adoptivo o menor en guarda elegible, ¿usted (o su cónyuge) es responsable de este derechohabiente?<br><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |  |
| Nombre del derechohabiente<br><input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Hija<br><input type="checkbox"/> Otro derechohabiente elegible | N.º de Seguro Social del derechohabiente                        | Nombre del PCP del derechohabiente  | N.º de PCP   | ¿Es paciente nuevo?<br><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No                       |
| Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA)  | Dirección (si es diferente) - Calle/Ciudad/Estado/Código postal | ¿Este derechohabiente es un hijo biológico, hijastro, hijo adoptivo o menor en guarda?<br><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Si no es un hijo biológico, hijastro, hijo adoptivo o menor en guarda elegible, ¿usted (o su cónyuge) es responsable de este derechohabiente?<br><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |  |
| Nombre del derechohabiente<br><input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Hija<br><input type="checkbox"/> Otro derechohabiente elegible | N.º de Seguro Social del derechohabiente                        | Nombre del PCP del derechohabiente  | N.º de PCP   | ¿Es paciente nuevo?<br><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No                       |
| Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA)  | Dirección (si es diferente) - Calle/Ciudad/Estado/Código postal | ¿Este derechohabiente es un hijo biológico, hijastro, hijo adoptivo o menor en guarda?<br><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Si no es un hijo biológico, hijastro, hijo adoptivo o menor en guarda elegible, ¿usted (o su cónyuge) es responsable de este derechohabiente?<br><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |  |

## SECCIÓN 5: DERECHOHABIENTES DISCAPACITADOS

LLENE LA SIGUIENTE SECCIÓN, SI CORRESPONDE.

|  |                      |
|--|----------------------|
| Nombre del derechohabiente discapacitado | Tipo de discapacidad |
| Nombre del derechohabiente discapacitado | Tipo de discapacidad |

Si la edad de un hijo discapacitado supera el límite de edad para derechohabientes de la cobertura de la empresa, llene y adjunte el formulario de la Autorización para derechohabientes con discapacidad y el Certificado médico del derechohabiente con discapacidad.

Apellido:

| N.º de Seguro Social: — —

| N.º de grupo

**SECCIÓN 6: INFORMACIÓN DE OTRAS COBERTURAS**

LLENE TODAS LAS ÁREAS QUE CORRESPONDAN.

Llene esta sección solo si usted o alguno de sus derechohabientes tienen otra cobertura médica o dental **que no se cancelará** cuando entre en vigor la cobertura solicitada por este medio. **Incluya los nombres de todas las personas con cobertura:**

|   |  |   |   |   |                         |
|---|--|---|---|---|-------------------------|
| Cobertura grupal (a través del empleo)<br><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Cobertura individual (particular)<br><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Nombre y dirección de la otra compañía de seguros | Fecha de entrada en vigor (MM/DD/AAAA)                            | Tipo de póliza<br><input type="checkbox"/> Solo el empleado <input type="checkbox"/> Empleado y cónyuge<br><input type="checkbox"/> Empleado e hijo(s) <input type="checkbox"/> Familia |                         |
| Nombre del titular de la póliza   |  | Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA)                  | <input type="checkbox"/> Hombre<br><input type="checkbox"/> Mujer | Relación con el solicitante<br><input type="checkbox"/> Solicitante <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Derechohabiente   |                         |
| Empresa   | Fecha de contratación (MM/DD/AAAA)   | N.º del grupo médico                              | N.º de cobertura médica   | N.º del grupo dental  | N.º de cobertura dental |

**SECCIÓN 7: INFORMACIÓN DE COBERTURA MEDICARE**

LLENE LA SIGUIENTE SECCIÓN, SI CORRESPONDE.

|  |   |   |
|--|---|---|
| Nombre de la persona con la cobertura:   | Parte A de Medicare (hospital) Fecha de entrada en vigor: _____ Fecha de finalización: _____<br>Parte B de Medicare (médica) Fecha de entrada en vigor: _____ Fecha de finalización: _____<br>Parte D de Medicare (medicamentos) Fecha de entrada en vigor: _____ Fecha de finalización: _____<br>Parte D de Medicare (medicamentos) Compañía de seguros: _____ | N.º de Medicare (de la tarjeta de Medicare) |
| Indique la razón de la elegibilidad para Medicare: <input type="checkbox"/> Edad autorizada <input type="checkbox"/> Discapacidad autorizada <input type="checkbox"/> Enfermedad renal en etapa terminal<br><input type="checkbox"/> Discapacidad y enfermedad renal |   |   |
| Nombre de la persona con la cobertura:   | Parte A de Medicare (hospital) Fecha de entrada en vigor: _____ Fecha de finalización: _____<br>Parte B de Medicare (médica) Fecha de entrada en vigor: _____ Fecha de finalización: _____<br>Parte D de Medicare (medicamentos) Fecha de entrada en vigor: _____ Fecha de finalización: _____<br>Parte D de Medicare (medicamentos) Compañía de seguros: _____ | N.º de Medicare (de la tarjeta de Medicare) |
| Indique la razón de la elegibilidad para Medicare: <input type="checkbox"/> Edad autorizada <input type="checkbox"/> Discapacidad autorizada <input type="checkbox"/> Enfermedad renal en etapa terminal<br><input type="checkbox"/> Discapacidad y enfermedad renal |   |   |

**SECCIÓN 8: RENUNCIA A LA COBERTURA**

LLENE ESTA SECCIÓN SI DESEA RENUNCIAR A LA COBERTURA.

Acepto que se me ha explicado la cobertura que tengo a mi disposición. He tenido la posibilidad de solicitar la cobertura que se ofrece para mí y mis derechohabientes elegibles, pero he decidido voluntariamente renunciar a la cobertura, como se indica a continuación. Si decido solicitar la cobertura en otro momento, entiendo que la fecha de entrada en vigor de la cobertura se puede retrasar.

|  |   |
|--|---|
| Nombre<br><input type="checkbox"/> Empleado        | Razón de la renuncia a la <b>cobertura médica</b> :<br><input type="checkbox"/> Otra cobertura médica grupal (a través del empleo); compañía de seguros: _____ <input type="checkbox"/> Medicare <input type="checkbox"/> Medicaid<br><input type="checkbox"/> Otra cobertura médica individual (particular); compañía de seguros: _____ <input type="checkbox"/> Otra (explique) _____<br><input type="checkbox"/> No estoy asegurado con ningún seguro de gastos médicos, pero no deseo recibir esta cobertura. |
| Nombre<br><input type="checkbox"/> Empleado        | Razón de la renuncia a la <b>cobertura dental</b> :<br><input type="checkbox"/> Otra cobertura dental grupal (a través del empleo) <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> Cobertura dental individual (particular)<br><input type="checkbox"/> Otra (explique): _____ <input type="checkbox"/> No estoy asegurado con ninguna cobertura dental, pero no deseo recibir esta cobertura.   |
| Nombre<br><input type="checkbox"/> Cónyuge         | Razón de la renuncia:<br><input type="checkbox"/> Otra cobertura médica grupal (a través del empleo) <input type="checkbox"/> Medicare <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> Otra cobertura médica individual (particular)<br><input type="checkbox"/> Otra (explique): _____ <input type="checkbox"/> No estoy asegurado con ningún seguro de gastos médicos, pero no deseo recibir esta cobertura.   |
| Nombre<br><input type="checkbox"/> Derechohabiente | Razón de la renuncia:<br><input type="checkbox"/> Otra cobertura médica grupal (a través del empleo) <input type="checkbox"/> Medicare <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> Otra cobertura médica individual (particular)<br><input type="checkbox"/> Otra (explique): _____ <input type="checkbox"/> No estoy asegurado con ningún seguro de gastos médicos, pero no deseo recibir esta cobertura.   |
| Nombre<br><input type="checkbox"/> Derechohabiente | Razón de la renuncia:<br><input type="checkbox"/> Otra cobertura médica grupal (a través del empleo) <input type="checkbox"/> Medicare <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> Otra cobertura médica individual (particular)<br><input type="checkbox"/> Otra (explique): _____ <input type="checkbox"/> No estoy asegurado con ningún seguro de gastos médicos, pero no deseo recibir esta cobertura.   |

**SECCIÓN 9: CONDICIONES DE COBERTURA**

- Soy empleado o jubilado de la empresa que se menciona en esta solicitud. Soy elegible para participar en la(s) cobertura(s) que ofrece la cobertura de la empresa, que está asegurada o administrada por Blue Cross and Blue Shield of Montana. Solicito la(s) cobertura(s) para la(s) que soy elegible en nombre propio y de mis derechohabientes, que aparecen en esta solicitud de cobertura. Declaro que la información proporcionada en esta solicitud de cobertura es verdadera y correcta. Entiendo y acepto que cualquier declaración falsa que realice de manera intencional sobre algún hecho invalidará mi(s) cobertura(s).
- Solo estarán disponibles para mí las coberturas y los montos para los cuales soy elegible. Entiendo que, si se aprueba esta solicitud de cobertura, la(s) cobertura(s) entrará(n) en vigor de acuerdo con las estipulaciones establecidas en el contrato o la cobertura.
- Acepto que la empresa actúe como mi agente de seguros. Autorizo que la empresa deduzca de mi nómina el monto necesario, si corresponde, para cubrir el costo de mi(s) cobertura(s).
- Entiendo que mi participación en la(s) cobertura(s) queda sujeta a cualquier modificación futura. También entiendo que todos los avisos dirigidos a la empresa rigen para mí.

CUALQUIER PERSONA QUE DELIBERADAMENTE PRESENTE UNA RECLAMACIÓN FALSA O FRAUDULENTO DE INDEMNIZACIÓN POR PÉRDIDA O BENEFICIOS, O QUE A SABIENDAS PROPORCIONE INFORMACIÓN FALSA EN UNA SOLICITUD DE COBERTURA DE SEGURO, ES CULPABLE DE UN DELITO Y PUEDE ESTAR SUJETA A MULTAS CIVILES Y SANCIONES PENALES.

Firma del solicitante \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

If you, or someone you are helping, have questions, you have the right to get help and information in your language at no cost. To talk to an interpreter, call 855-710-6984.

|                          |   |
|--------------------------|---|
| Español<br>Spanish       | Si usted o alguien a quien usted está ayudando tiene preguntas, tiene derecho a obtener ayuda e información en su idioma sin costo alguno. Para hablar con un intérprete, llame al 855-710-6984.                                |
| العربية<br>Arabic        | إن كان لديك أو لدى شخص تساعد أسئلة، فلدك الحق في الحصول على المساعدة والمعلومات الضرورية بلغتك من دون أية تكلفة. للتحدث مع مترجم فوري، اتصل على الرقم 855-710-6984.   |
| 繁體中文<br>Chinese          | 如果您，或您正在協助的對象，對此有疑問，您有權利免費以您的母語獲得幫助和訊息。洽詢一位翻譯員，請撥電話號碼 855-710-6984。   |
| Français<br>French       | Si vous, ou quelqu'un que vous êtes en train d'aider, avez des questions, vous avez le droit d'obtenir de l'aide et l'information dans votre langue à aucun coût. Pour parler à un interprète, appelez 855-710-6984.            |
| Deutsch<br>German        | Falls Sie oder jemand, dem Sie helfen, Fragen haben, haben Sie das Recht, kostenlose Hilfe und Informationen in Ihrer Sprache zu erhalten. Um mit einem Dolmetscher zu sprechen, rufen Sie bitte die Nummer 855-710-6984 an.    |
| ગુજરાતી<br>Gujarati      | જો તમને અથવા તમે મદદ કરી રહ્યા હોય એવા કોઈ બાજુ વ્યક્તિને એસ.બી.એમ. કાર્યક્રમ બાબતે પ્રશ્નો હોય, તો તમને વિના ખર્ચે, તમારી ભાષામાં મદદ અને માહિતી મેળવવાનો હક્ક છે. દુભાષિયા સાથે વાત કરવા માટે આ નંબર 855-710-6984 પર કોલ કરો. |
| हिंदी<br>Hindi           | यदि आपके, या आप जिसको सहायता कर रहे हैं उसके, प्रश्न हैं, तो आपको अपनी भाषा में निःशुल्क सहायता और जानकारी प्राप्त करने का अधिकार है। किसी अनुवादक से बात करने के लिए 855-710-6984 पर कॉल करें।                                 |
| Italiano<br>Italian      | Se tu o qualcuno che stai aiutando avete domande, hai il diritto di ottenere aiuto e informazioni nella tua lingua gratuitamente. Per parlare con un interprete, puoi chiamare il numero 855-710-6984.                          |
| 한국어<br>Korean            | 만약 귀하 또는 귀하가 돕는 사람이 질문이 있다면 귀하는 무료로 그러한 도움과 정보를 귀하의 언어로 받을 수 있는 권리가 있습니다. 통역사가 필요하시면 855-710-6984 로 전화하십시오.   |
| Diné<br>Navajo           | T'áá ni, éí doodago ła'da biká anánílwo'ígíí, na'ídílkidgo, ts'ídá bee ná ahóótí'i' t'áá níík'e níká a'doolwoł dóó bína'ídílkidígíí bee níł h odoonih. Ata'dahalne'ígíí bich'í' hodíílnih kwe'é 855-710-6984.                   |
| فارسی<br>Persian         | اگر شما، یا کسی که شما به او کمک می کنید، سوالی داشته باشید، حق این را دارید که به زبان خود، به طور رایگان کمک و اطلاعات دریافت نمایید. جهت گفتگو با یک مترجم شفاهی، با شماره 855-710-6984 تماس حاصل نمایید.                    |
| Polski<br>Polish         | Jeśli Ty lub osoba, której pomagasz, macie jakiegokolwiek pytania, macie prawo do uzyskania bezpłatnej informacji i pomocy we własnym języku. Aby porozmawiać z tłumaczem, zadzwoń pod numer 855-710-6984.                      |
| Русский<br>Russian       | Если у вас или человека, которому вы помогаете, возникли вопросы, у вас есть право на бесплатную помощь и информацию, предоставленную на вашем языке. Чтобы связаться с переводчиком, позвоните по телефону 855-710-6984.       |
| Tagalog<br>Tagalog       | Kung ikaw, o ang isang taong iyong tinutulungan ay may mga tanong, may karapatan kang makakuha ng tulong at impormasyon sa iyong wika nang walang bayad. Upang makipag-usap sa isang tagasalin-wika, tumawag sa 855-710-6984.   |
| اردو<br>Urdu             | اگر آپ کو، یا کسی ایسے فرد کو جس کی آپ مدد کر رہے ہیں، کوئی سوال درپیش ہے تو، آپ کو اپنی زبان میں مفت مدد اور معلومات حاصل کرنے کا حق ہے۔ مترجم سے بات کرنے کے لیے، 855-710-6984 پر کال کریں۔                                   |
| Tiếng Việt<br>Vietnamese | Nếu quý vị, hoặc người mà quý vị giúp đỡ, có câu hỏi, thì quý vị có quyền được giúp đỡ và nhận thông tin bằng ngôn ngữ của mình miễn phí. Để nói chuyện với một thông dịch viên, gọi 855-710-6984.                              |



**La cobertura de atención médica es importante para todos.**

Les proporcionamos servicios y asistencia para la comunicación de manera gratuita a todas las personas que tienen una discapacidad o que necesitan asistencia lingüística. No discriminamos por motivos de raza, color, país de origen, sexo, identidad de género, edad o discapacidad.

Para recibir asistencia lingüística o comunicativa de manera gratuita, comuníquese con nosotros al 855-710-6984.

Si considera que no hemos proporcionado algún servicio o que hemos discriminado de alguna otra manera, comuníquese con nosotros para expresar su inconformidad.

Office of Civil Rights Coordinator  
300 E. Randolph St.  
35th Floor  
Chicago, Illinois 60601

Teléfono: 855-664-7270 (correo de voz)  
TTY/TDD: 855-661-6965  
Fax: 855-661-6960  
Correo electrónico: [CivilRightsCoordinator@hcsc.net](mailto:CivilRightsCoordinator@hcsc.net)

Puede presentar una queja relacionada con los derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU.:

U.S. Dept. of Health & Human Services  
200 Independence Avenue SW  
Room 509F, HHH Building 1019  
Washington, DC 20201

Teléfono: 800-368-1019  
TTY/TDD: 800-537-7697  
Portal de quejas: <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>  
Formularios de queja: <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>