

Solicitud de Inscripción y Cambios en la Cobertura de Grupo para Grandes Empresas para 2027

Los planes médicos son proporcionados por Health Net of California, Inc. Los planes Dental HMO y los planes PPO son ofrecidos y administrados por Dental Benefit Providers of California, Inc. (DBP). Los planes de la vista están asegurados por Health Net Life Insurance Company y son administrados por EyeMed Vision Care, LLC ("EyeMed"). Los planes de seguro de vida y de muerte o pérdida de miembros por accidente (por sus siglas en inglés, AD&D) están asegurados por Health Net Life Insurance Company.

Ni DBP ni EyeMed son filiales de Health Net. Las obligaciones conforme a los planes dentales no son responsabilidad ni están garantizadas por Health Net.

Le Damos la Bienvenida a Health Net

Pasos simples para completar el formulario:

1. Revise los materiales adjuntos en su paquete de inscripción. Asegúrese de comprender las opciones de cobertura que están disponibles para usted a través de su empleador.
- 2a. **Si rechaza la cobertura** para usted o sus dependientes, debe completar la sección 7. No complete ninguna otra sección.
- 2b. **Si acepta la cobertura** para usted o sus dependientes, debe completar las secciones 1, 2, 3, 4 (si corresponde), 5 y 8.

La Ley de Cuidado de Salud Asequible (por sus siglas en inglés, ACA) requiere que Health Net le proporcione al Servicio de Impuestos Internos (por sus siglas en inglés, IRS) una confirmación de la cobertura de atención de salud para usted, como suscriptor, y sus dependientes cubiertos. El IRS utiliza esta información para confirmar que cada afiliado tenga una cobertura esencial mínima. Asegúrese de que el número de Seguro Social sea correcto para usted y cada dependiente que esté inscribiendo. Para obtener más información acerca de la disposición de pago de responsabilidad compartida individual, ingrese en <http://www.irs.gov/uac/Questions-and-Answers-on-the-Individual-Shared-Responsibility-Provision>.

3. Si elige inscribirse en los planes de HMO, ExcelCare HMO, SmartCare HMO, Salud HMO y Más, Salud Mexico, Elect Open Access (EOA), Select POS o Dental HMO, debe seleccionar un grupo médico participante (por sus siglas en inglés, PPG), un médico de atención primaria (por sus siglas en inglés, PCP) o un proveedor dental. Asegúrese de completar los nombres y números tal como aparecen en la herramienta en línea ProviderSearch de Health Net.

Nota: Si no elige un PPG, PCP o proveedor dental, se le asignará uno.

4. Si elige inscribirse en un plan PPO, no es necesario que seleccione un PPG o PCP.
5. Haga una copia de la solicitud completa como constancia. **Si debe corregir algún dato, tache la información incorrecta y escriba de manera clara la información correcta junto a ella y asegúrese de que la modificación sea legible.**

Solo para uso administrativo:

Empresa o grupo actual
PO Box 9103
Van Nuys, CA 91409-9103
www.healthnet.com

Nueva empresa o grupo
Envíe toda la documentación
completa a su agente de seguro
o ejecutivo de cuentas designado.

Para ser completado por el empleador

Nombre del empleador:

Fecha de entrada en vigor solicitada:

/ /

N.º de grupo del empleador (médico):

Fecha en la que el empleado reúne los requisitos (solo para nuevas contrataciones):

☐ Igual que la fecha de contratación ☐ Otra: / /

Importante: Imprima todas las secciones en tinta negra. Tiene derecho a consultar el *Resumen de Beneficios y Cobertura* (por sus siglas en inglés, *SBC*) antes de elegir un plan. Comuníquese con su empleador si no tiene el *SBC* para el plan que ha seleccionado.

1. Información del plan de salud (Seleccione la cobertura).

HMO

☐ HMO ☐ SmartCare HMO¹ ☐ ExcelCare HMO² ☐ Salud HMO y Más³ ☐ EOA ☐ ExcelCare EOA² ☐ Select POS

☐ Otro: _____

PPO

☐ PPO ☐ OOS PPO ☐ HSA-compatible PPO ☐ OOS HSA-compatible PPO

☐ Otro: _____

Atención dental y de la vista

☐ Dental (DHMO) ☐ Dental (DPPO) ☐ De la vista (PPO)

2. Motivo de la solicitud

Cambios en el contrato actual

- ☐ Cambio de plan
☐ Cambio de dirección (correo postal)
☐ Quitar dependiente
☐ Cambio de fecha de nacimiento
☐ Cambio de nombre
☐ Recuperar cobertura anterior
☐ Otro: _____

- ☐ Nueva contratación o empleado recientemente elegible
☐ Inscripción abierta
☐ Pérdida de la cobertura anterior

Período de inscripción especial

Fecha del hecho calificador:

____/____/____

Agregar cónyuge o dependiente:

- ☐ Matrimonio
☐ Recién nacido/adopción/tutela legal/orden judicial/presunción de paternidad
☐ Pérdida de la cobertura anterior: ____/____/____
☐ Otro (especifique): _____

COBRA

☐ Fecha de entrada en vigor:

____/____/____

Hecho calificador para COBRA: _____

Fecha del hecho calificador para COBRA:

____/____/____

3. Información personal del empleado

Apellido:

Nombre:

Inicial del segundo nombre:

☐ Hombre

☐ Mujer

Dirección de residencia:

Ciudad:

Estado:

Código postal:

Dirección de correo postal (si corresponde):

Ciudad:

Estado:

Código postal:

Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa):

/ /

N.º de Seguro Social/n.º de ID de matrícula consular (requerido para todos los solicitantes):

Cargo:

N.º de teléfono:
()

N.º de teléfono laboral:
()

Dirección de correo electrónico:

Fecha de contratación (dd/mm/aaaa):

/ /

N.º de dpto.:

Estado civil:

☐ Soltero ☐ Casado ☐ Pareja doméstica

Preferiría recibir información sobre el plan y las comunicaciones en español: ☐ Sí ☐ No

Nombre del grupo médico participante:

Nombre del médico de atención primaria:

N.º de ID de inscripción del PPG y del médico:

¿Este es su PCP actual? ☐ Sí ☐ No

¹ Disponible en la totalidad o en parte de los condados de Los Angeles, Marin, Orange, Placer, Riverside, San Bernardino, San Diego, Santa Clara y Santa Cruz.

² Disponible en la totalidad o en parte de los condados de Kern, Los Angeles, Orange, Riverside, San Bernardino, San Diego, San Francisco, Santa Clara, Stanislaus y Ventura.

³ Disponible en los condados de Imperial y Orange y en códigos postales seleccionados de los condados de Kern, Los Angeles, Riverside, San Diego y San Bernardino.

4. Información de la familia: enumere todos los miembros de la familia elegibles para inscribirse (Adjunte hojas adicionales si es necesario).

Cónyuge/pareja doméstica ☐ M ☐ F		Apellido:		Nombre:		Inicial del segundo nombre:	
Dirección postal o de residencia: ☐ Marque esta casilla si es la misma que la del suscriptor				Ciudad:		Estado: Código postal:	
Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa): / /				N.º de Seguro Social/n.º de ID de matrícula consular:			
Nombre del grupo médico participante:				Nombre del médico de atención primaria:			
N.º de ID de inscripción del PPG y del médico:				¿Este es su PCP actual? ☐ Sí ☐ No			

☐ Hijo ☐ Hija		Dependiente con discapacidad: ☐ Sí ☐ No Si la respuesta es "Sí", para dependientes mayores de 26 años, presente el certificado de discapacidad del dependiente.					
Apellido:				Nombre:		Inicial del segundo nombre:	
Dirección de residencia: ☐ Marque esta casilla si es la misma que la del suscriptor				Ciudad:		Estado: Código postal:	
Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa): / /				N.º de Seguro Social/n.º de ID de matrícula consular:			
Nombre del grupo médico participante:				Nombre del médico de atención primaria:			
N.º de ID de inscripción del PPG y del médico:				¿Este es su PCP actual? ☐ Sí ☐ No			

☐ Hijo ☐ Hija		Dependiente con discapacidad: ☐ Sí ☐ No Si la respuesta es "Sí", para dependientes mayores de 26 años, presente el certificado de discapacidad del dependiente.					
Apellido:				Nombre:		Inicial del segundo nombre:	
Dirección de residencia: ☐ Marque esta casilla si es la misma que la del suscriptor				Ciudad:		Estado: Código postal:	
Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa): / /				N.º de Seguro Social/n.º de ID de matrícula consular:			
Nombre del grupo médico participante:				Nombre del médico de atención primaria:			
N.º de ID de inscripción del PPG y del médico:				¿Este es su PCP actual? ☐ Sí ☐ No			

☐ Hijo ☐ Hija		Dependiente con discapacidad: ☐ Sí ☐ No Si la respuesta es "Sí", para dependientes mayores de 26 años, presente el certificado de discapacidad del dependiente.					
Apellido:				Nombre:		Inicial del segundo nombre:	
Dirección de residencia: ☐ Marque esta casilla si es la misma que la del suscriptor				Ciudad:		Estado: Código postal:	
Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa): / /				N.º de Seguro Social/n.º de ID de matrícula consular:			
Nombre del grupo médico participante:				Nombre del médico de atención primaria:			
N.º de ID de inscripción del PPG y del médico:				¿Este es su PCP actual? ☐ Sí ☐ No			

5. ¿Usted o sus dependientes tienen otra cobertura de atención de salud?

☐ No ☐ Sí Si la respuesta es "Sí", complete esta sección, incluido Medicare.

☐ Afiliado	Nombre:	Nombre de la otra aseguradora:		Fecha de inicio de la cobertura anterior (dd/mm/aa): / /	
Fecha de finalización de la cobertura anterior (dd/mm/aa): / /	Motivo para finalizar la cobertura:	N.º de grupo/ n.º de ID de la póliza:	¿Cubre la siguiente atención? Médica: ☐ Sí ☐ No Dental: ☐ Sí ☐ No De la vista: ☐ Sí ☐ No	Medicare: ☐ Parte A ☐ Parte B	N.º de reclamo de Medicare o de HICN:

☐ Cónyuge ☐ Pareja doméstica	Nombre:	Nombre de la otra aseguradora:		Fecha de inicio de la cobertura anterior (dd/mm/aa): / /		
Fecha de finalización de la cobertura anterior (dd/mm/aa): / /	Motivo para finalizar la cobertura:	N.º de grupo/ n.º de ID de la póliza:	¿Esta es la cobertura principal de su dependiente? ☐ Sí ☐ No	¿Cubre la siguiente atención? Médica: ☐ Sí ☐ No Dental: ☐ Sí ☐ No De la vista: ☐ Sí ☐ No	Medicare: ☐ Parte A ☐ Parte B	N.º de reclamo de Medicare o de HICN:

☐ Hijo ☐ Hija	Nombre:	Nombre de la otra aseguradora:		Fecha de inicio de la cobertura anterior (dd/mm/aa): / /		
Fecha de finalización de la cobertura anterior (dd/mm/aa): / /	Motivo para finalizar la cobertura:	N.º de grupo/ n.º de ID de la póliza:	¿Esta es la cobertura principal de su dependiente? ☐ Sí ☐ No	¿Cubre la siguiente atención? Médica: ☐ Sí ☐ No Dental: ☐ Sí ☐ No De la vista: ☐ Sí ☐ No	Medicare: ☐ Parte A ☐ Parte B	N.º de reclamo de Medicare o de HICN:

☐ Hijo ☐ Hija	Nombre:	Nombre de la otra aseguradora:		Fecha de inicio de la cobertura anterior (dd/mm/aa): / /		
Fecha de finalización de la cobertura anterior (dd/mm/aa): / /	Motivo para finalizar la cobertura:	N.º de grupo/ n.º de ID de la póliza:	¿Esta es la cobertura principal de su dependiente? ☐ Sí ☐ No	¿Cubre la siguiente atención? Médica: ☐ Sí ☐ No Dental: ☐ Sí ☐ No De la vista: ☐ Sí ☐ No	Medicare: ☐ Parte A ☐ Parte B	N.º de reclamo de Medicare o de HICN:

☐ Hijo ☐ Hija	Nombre:	Nombre de la otra aseguradora:		Fecha de inicio de la cobertura anterior (dd/mm/aa): / /		
Fecha de finalización de la cobertura anterior (dd/mm/aa): / /	Motivo para finalizar la cobertura:	N.º de grupo/ n.º de ID de la póliza:	¿Esta es la cobertura principal de su dependiente? ☐ Sí ☐ No	¿Cubre la siguiente atención? Médica: ☐ Sí ☐ No Dental: ☐ Sí ☐ No De la vista: ☐ Sí ☐ No	Medicare: ☐ Parte A ☐ Parte B	N.º de reclamo de Medicare o de HICN:

6. Seguro de vida grupal temporal, si corresponde

(Adjunte una hoja por separado para beneficiarios adicionales o contingentes).

Seguro de vida y de AD&D: ☐ Sí ☐ No Si la respuesta es "sí", complete esta sección.

Beneficiario del seguro de vida (nombre completo):	Relación:	%
Beneficiario del seguro de vida (nombre completo):	Relación:	%
Beneficiario del seguro de vida (nombre completo):	Relación:	%
Beneficiario del seguro de vida (nombre completo):	Relación:	%

7. Rechazo de cobertura (Complete esta sección si usted o uno de sus dependientes elegibles rechazan alguna cobertura).

Información personal del empleado

Apellido:	Nombre:	Inicial del segundo nombre:	N.º de Seguro Social/ n.º de ID de matrícula consular:
Rechazo de la cobertura médica para: ☐ Afiliado ☐ Cónyuge ☐ Pareja doméstica ☐ Dependiente(s) Nombre(s): _____		Motivo: ☐ Otra cobertura grupal a través de este empleador ☐ Cobertura individual ☐ Otra cobertura grupal a través de otro grupo (por ejemplo, el empleador del cónyuge) ☐ Otro: _____	
Rechazo de la cobertura dental para: ☐ Afiliado ☐ Cónyuge ☐ Pareja doméstica ☐ Dependiente(s) Nombre(s): _____		Motivo: ☐ Otra cobertura grupal a través de este empleador ☐ Cobertura individual ☐ Otra cobertura grupal a través de otro grupo (por ejemplo, el empleador del cónyuge) ☐ Otro: _____	
Rechazo de la cobertura de la vista para: ☐ Afiliado ☐ Cónyuge ☐ Pareja doméstica ☐ Dependiente(s) Nombre(s): _____		Motivo: ☐ Otra cobertura grupal a través de este empleador ☐ Cobertura individual ☐ Otra cobertura grupal a través de otro grupo (por ejemplo, el empleador del cónyuge) ☐ Otro: _____	

FIRME ÚNICAMENTE SI RECHAZA LA COBERTURA, DETÉNGASE Y LEA CON ATENCIÓN

He decidido rechazar la cobertura para mí o mis dependientes. Entiendo que es posible que mis dependientes y yo tengamos que esperar para inscribirnos hasta el próximo período de inscripción abierta anual o el período de inscripción especial debido a un hecho calificador. Mi empleador me ha explicado las coberturas disponibles, y he tenido la oportunidad de solicitarlas. Además, al firmar a continuación, certifico que el motivo por el que rechazo la cobertura es adecuado como se indicó en las marcas de verificación anteriores.

Firma del empleado: _____ Fecha: ____/____/_____
(Firme únicamente si rechaza la cobertura. Si firma por error, tache y coloque sus iniciales).

8. Aceptación de cobertura (Se requiere firma).

La ley de California prohíbe que las compañías de seguros de salud requieran una prueba de detección de VIH o la usen como condición para obtener la cobertura de seguro de salud.

RECONOCIMIENTO Y ACUERDO: Entiendo y estoy de acuerdo en que al inscribirme en Health Net, o DBP, o al aceptar sus servicios, tanto yo como mis dependientes inscritos estamos obligados a comprender y cumplir con los términos, las condiciones y las disposiciones del contrato del plan o de la póliza de seguro⁴. Leí y entendí los términos de esta solicitud. Mi firma a continuación indica que la información suministrada en esta solicitud es verdadera y correcta, y está completa, a mi leal saber y entender, y que yo acepto dichos términos.

ACUERDO DE ARBITRAJE VINCULANTE: Yo, el solicitante, entiendo y estoy de acuerdo en que todas y cada una de las disputas entre mi persona (incluido cualquier miembro de mi familia inscrito, heredero o representante personal) y Health Net, excepto las disputas relacionadas con determinaciones adversas de beneficios, según se define en la sección 147.136 del título 45 del Código de Regulaciones Federales, deben ser sometidas a arbitraje individual, vinculante y definitivo, en lugar de a juicio por un tribunal o un jurado, y que estoy renunciando a todos los derechos del arbitraje de clase. Este acuerdo de arbitraje incluye cualquier disputa que surja o se relacione con la *Evidencia de Cobertura* o el *Certificado de Seguro*, o con mi afiliación a Health Net o su cobertura, según lo establecido bajo cualquier teoría legal. Este acuerdo para arbitrar cualquier disputa se aplica incluso si otras partes, como proveedores de atención de salud o sus agentes o empleados, están involucradas en ella. Comprendo que, al aceptar someter todas las disputas a arbitraje individual, vinculante y definitivo, todas las partes, incluida Health Net, están renunciando a su derecho constitucional de que un jurado resuelva la disputa en un tribunal. Asimismo entiendo que las disputas que pueda tener con Health Net relacionadas con reclamos por mala praxis médica (es decir, determinar si algunos de los servicios médicos prestados eran innecesarios, no estaban autorizados o se prestaron de manera incorrecta, negligente o incompetente) también están sujetas a un arbitraje vinculante y definitivo. Sé que la *Evidencia de Cobertura* y el *Certificado de Seguro* incluyen una disposición de arbitraje más detallada. Mi firma a continuación indica que entiendo y acepto los términos de este acuerdo de arbitraje vinculante. Asimismo acepto someter cualquier disputa a arbitraje vinculante en lugar de a un tribunal.

Firma del empleado: _____ Fecha: ____/____/_____
(Firme únicamente si acepta la cobertura. Si firma por error, tache y coloque sus iniciales).

⁴ El "contrato del plan" hace referencia al *Contrato Grupal de Servicios* y a la *Evidencia de Cobertura* de Health Net of California, Inc. o Dental Benefit Providers of California, Inc. La "póliza de seguro" hace referencia al *Certificado de Seguro* y a la *Póliza de Grupo* de Health Net Life Insurance Company.

Comuníquese con Servicios al Afiliado de Health Net a uno de los números gratuitos que aparecen a continuación si necesita ayuda para completar este formulario o si tiene preguntas sobre su cobertura:

Inglés	800-522-0088
Cantonés	877-891-9050
Coreano	877-339-8596
Mandarín	877-891-9053
Español	800-331-1777
Tagalo	877-891-9051
Vietnamita	877-339-8621

Si tiene preguntas sobre su cobertura dental, de la vista o de seguro de vida, llame a estos números:

Cobertura dental	866-249-2382
Cobertura de la vista	866-392-6058
Seguro de vida	800-865-6288

Si tiene preguntas relacionadas con el PPG o PCP, llame directamente al PPG. O bien comuníquese con Servicios a Proveedores de Health Net al 800-641-7761.

Puede usar la copia del formulario de inscripción de Health Net como tarjeta de identificación temporal hasta que reciba su tarjeta de identificación permanente.

Atención de emergencia y requerida de urgencia

- Si está en una situación que pone en riesgo la vida o en una emergencia: llame al 911 o vaya al hospital más cercano.
- Si la situación no es grave: en caso de no poder llamar a su médico de atención primaria o grupo médico, o si necesita atención médica de inmediato, vaya al hospital o centro de atención de urgencia más cercano.
- Si se encuentra fuera del área de servicio de su grupo médico: vaya al hospital o centro médico más cercano, o llame al 911. En todos los casos, comuníquese con su médico de atención primaria o grupo médico participante lo antes posible para informarles sobre su afección.
- Llame al número que figura en su tarjeta de identificación dentro de las 48 horas posteriores a su admisión, o lo antes posible.

Certificación previa

Usted, como afiliado, es responsable de obtener una certificación para ciertos servicios. Consulte el certificado de su plan para obtener una lista de los servicios que requieren certificación previa. **Para obtener la certificación previa, llame al 800-522-0088.**

Enfermedades que producen discapacidades

Si usted o un miembro de su familia tenían alguna discapacidad a la fecha de terminación de la cobertura con una aseguradora de salud anterior, y la pérdida de la cobertura fue a causa de la terminación de la póliza de seguro del empleador, es posible que tenga derecho a una extensión de los beneficios de salud conforme a la sección 10128 del Código de Seguros de California. Según esta ley, la aseguradora anterior retiene la responsabilidad hasta que tenga lugar alguna de las siguientes circunstancias, la que ocurra primero: (a) el afiliado ya no tenga la discapacidad total, (b) se paguen los beneficios máximos de la cobertura de la aseguradora anterior o (c) haya transcurrido un período de 12 meses consecutivos desde la fecha de terminación de la cobertura de la aseguradora anterior.

Productos/entidades

Health Net of California, Inc. ofrece los siguientes productos: PPO, PPO HSA, HMO, ExcelCare HMO, SmartCare HMO, Salud HMO y Más, Salud Mexico, Elect Open Access (EOA) y Select POS.

Dental Benefit Providers of California, Inc. ofrece los siguientes productos: Dental HMO y PPO.

Health Net Life Insurance Company ofrece los siguientes productos: seguro de vida y de AD&D.

Health Net Life Insurance Company asegura el siguiente producto administrado por EyeMed Vision Care, LLC: PPO Vision.

Rechazo de cobertura

Si rechaza la cobertura para usted o un dependiente elegible porque tienen cobertura conforme a otro seguro de salud y pierden dicha cobertura, o si adquiere un dependiente nuevo debido a matrimonio, convivencia en pareja, nacimiento, adopción, colocación en adopción o presunción de paternidad, es posible que usted o su dependiente sean elegibles para obtener derechos para la inscripción especial. Debe solicitar la inscripción especial dentro de los 30 días posteriores a la pérdida de la cobertura o la adquisición de un dependiente nuevo.

English

No Cost Language Services. You can get an interpreter. You can get documents read to you and some sent to you in your language. For help, call us at the number listed on your ID card or call **1-800-522-0088** (TTY: 711).

Arabic

خدمات اللغة مجانية. يمكنك الحصول على مترجم فوري. ويمكنك الحصول على وثائق مقروءة لك. للحصول على المساعدة، اتصل بنا على الرقم الموجود على بطاقة الهوية، أو اتصل على مركز الاتصال التجاري **1-800-522-0088** (TTY: 711)

Armenian

Անվճար լեզվական ծառայություններ: Դուք կարող եք բանավոր թարգմանիչ ստանալ: Փաստաթղթերը կարող են կարդալ ձեզ համար: Օգնության համար զանգահարեք մեզ ձեր ID քարտի վրա նշված հեռախոսահամարով կամ զանգահարեք **1-800-522-0088** (TTY: 711).

Chinese

免費語言服務。您可使用口譯員。您可請人使用您的語言將文件內容唸給您聽，並請我們將有您語言版本的部分文件寄給您。如需協助，請致電您會員卡上所列的電話號碼與我們聯絡，或致電 **1-800-522-0088** (TTY: 711)。

Hindi

बनिा लागत की भाषा सेवाएँ। आप एक दुभाषयिा प्राप्त कर सकते हैं। आपको दस्तावेज पढ़ कर सुनाए जा सकते हैं। मदद के लिए, आपके आईडी कार्ड पर दिए गए सूचीबद्ध नंबर पर हमें कॉल करें, या **1-800-522-0088** (TTY: 711)।

Hmong

Kev Pab Txhais Lus Dawb. Koj xav tau neeg txhais lus los tau. Koj xav tau neeg nyeem cov ntaub ntawv kom yog koj hom lus los tau. Xav tau kev pab, hu peb tau rau tus xov tooj ntawm koj daim npav los yog hu **1-800-522-0088** (TTY: 711).

Japanese

無料の言語サービス。通訳をご利用いただけます。文書をお読みします。援助が必要な場合は、IDカードに記載されている番号までお電話いただくか、**1-800-522-0088**、(TTY: 711)。

Khmer

សេវាភាសាដោយឥតគិតថ្លៃ។ អ្នកអាចទទួលបានអ្នកបកប្រែផ្ទាល់មាត់។ អ្នកអាចស្តាប់គេអានឯកសារឱ្យអ្នក។ សម្រាប់ជំនួយ សូមទាក់ទងយើងខ្ញុំតាមរយៈលេខទូរសព្ទដែលមាននៅលើកាតសម្គាល់ខ្លួនរបស់អ្នក ឬ ទាក់ទងទៅមជ្ឈមណ្ឌលទំនាក់ទំនងពាណិជ្ជកម្មនៃក្រុមហ៊ុន **1-800-522-0088** (TTY: 711)។

Korean

무료 언어 서비스. 통역 서비스를 받을 수 있습니다. 귀하가 구사하는 언어로 문서의 낭독 서비스를 받으실 수 있습니다. 도움이 필요하시면 보험 ID 카드에 수록된 번호로 전화하시거나 **1-800-522-0088** (TTY: 711).

Navajo

Saad Bee Áká E'eyeed T'áá Jíík'e. Ata' halne'ígíí hólq. T'áá hó hazaad k'ehjí naaltsoos hach'í' wóltah. Shíká a'doowoł nínízingo naaltsoos bee néího'dólzínígíí bikáa'gi béesh bee hane'í bikáá' áají' hodíílnih éí doodaii' **1-800-522-0088** (TTY: 711).

Persian (Farsi)

خدمات زبان به طور رایگان. می توانید یک مترجم شفاهی بگیرید. می توانید درخواست کنید که اسناد برای شما قرائت شوند. برای دریافت راهنمایی، با ما به شماره ای که روی کارت شناسایی شما درج شده تماس بگیرید یا با مرکز تماس بازرگانی **1-800-522-0088** (TTY: 711).

Panjabi (Punjabi)

ਬਨਿੰ ਕਸਿ ਲਾਗਤ ਤੇ ਭਾਸ਼ਾ ਸੇਵਾਵਾਂ। ਤੁਸੀਂ ਇੱਕ ਦੁਭਾਸ਼ੀ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ। ਤੁਹਾਨੂੰ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ ਤੁਹਾਡੀ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਪੜ੍ਹ ਕੇ ਸੁਣਾਏ ਜਾ ਸਕਦੇ ਹਨ। ਮਦਦ ਲਈ, ਆਪਣੇ ਆਈਡੀ ਕਾਰਡ ਤੇ ਦਿੱਤੇ ਨੰਬਰ ਤੇ ਸਾਨੂੰ ਕਾਲ ਕਰੋ ਜਾਂ ਕਰਿਪਾ ਕਰਕੇ 1-800-522-0088 (TTY: 711).

Russian

Бесплатная помощь переводчиков. Вы можете получить помощь устного переводчика. Вам могут прочесть документы. За помощью обращайтесь к нам по телефону, приведенному на вашей идентификационной карточке участника плана. Кроме того, вы можете позвонить в 1-800-522-0088 (TTY: 711).

Spanish

Servicios de idiomas sin costo. Puede solicitar un intérprete. Puede obtener el servicio de lectura de documentos y recibir algunos en su idioma. Para obtener ayuda, llámenos al número que figura en su tarjeta de identificación o comuníquese con el 1-800-522-0088 (TTY: 711).

Tagalog

Walang Bayad na Mga Serbisyo sa Wika. Makakakuha kayo ng isang interpreter. Makakakuha kayo ng mga dokumento na babasahin sa inyo. Para sa tulong, tawagan kami sa nakalistang numero sa inyong ID card o tawagan ang 1-800-522-0088 (TTY: 711).

Thai

ไม่มีค่าบริการด้านภาษา คุณสามารถใช้ล่ามได้ คุณสามารถให้อ่านเอกสารให้ฟังได้ สำหรับความช่วยเหลือ โทรหาเราตาม หมายเลขที่ให้ไว้บนบัตรประจำตัวของคุณ หรือ โทรหาศูนย์ติดต่อเชิงพาณิชย์ของ 1-800-522-0088 (TTY: 711)

Vietnamese

Các Dịch Vụ Ngôn Ngữ Miễn Phí. Quý vị có thể có một phiên dịch viên. Quý vị có thể yêu cầu được đọc cho nghe tài liệu. Để nhận trợ giúp, hãy gọi cho chúng tôi theo số được liệt kê trên thẻ ID của quý vị hoặc gọi 1-800-522-0088 (TTY: 711).