



**BlueCross BlueShield
of Oklahoma**

BlueLincs HMOSM

Coberturas a través del empleo Solicitud de cobertura médica | Solicitud de cambios

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

GHS Health Maintenance Organization, Inc., cuyo nombre comercial es BlueLincs HMO, es una subsidiaria en propiedad absoluta de Health Care Service Corporation, a Mutual Legal Reserve Company. Ambas compañías son licenciatarias independientes de Blue Cross and Blue Shield Association.

Blue Cross and Blue Shield of Oklahoma, 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 COMPLETAR LA SOLICITUD DE COBERTURA MÉDICA/CAMBIOS.

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

SECCIÓN 1 MOTIVOS DE SOLICITUD	<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. Complete las secciones adicionales conforme a su caso.</p> <p>Nuevo asegurado: Complete todas las secciones, si corresponde.</p> <p>Agregar derechohabiente: Complete todas las secciones, si corresponde.</p> <ul style="list-style-type: none">• Si desea agregar o solicitar cobertura para un derechohabiente debido a una adopción o colocación en adopción, debe proporcionar los documentos legales.• Si desea agregar o solicitar cobertura para un derechohabiente debido a una orden judicial, debe presentar una copia del decreto o la orden judicial.• Los empleados deben informar a Blue Cross and Blue Shield of Oklahoma (BCBSOK) el nacimiento de un hijo, la adopción o colocación en adopción de un niño o la colocación de un menor en guarda en el hogar dentro de los 31 días posteriores a cualquiera de estos acontecimientos. Debe proporcionar los documentos legales, el decreto o la orden judicial. Si se informa el acontecimiento a BCBSOK después de los 31 días, es posible que el niño no sea elegible para recibir cobertura hasta el siguiente período de inscripción abierta. <p>Período de inscripción abierta: El período que se ofrece regularmente, durante el cual puede solicitar la cobertura de un seguro de gastos médicos de un grupo específico o realizar cambios en la cobertura vigente.</p> <p>Período especial de inscripción: 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 abierta.</p> <p>Fecha de entrada en vigor de los beneficios: El campo es obligatorio y debe reflejar la fecha solicitada.</p> <p>Cumplimiento de otros requisitos de elegibilidad: Marque esta casilla si su empresa tiene requisitos de elegibilidad que usted ha satisfecho o cumplido antes de presentar la solicitud, como un período de medición o de orientación.</p> <p>Eliminar asegurado, eliminar derechohabiente o cancelar la cobertura: Complete 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>
SECCIÓN 2 SU INFORMACIÓN	Complete esta sección con sus datos personales incluso si rechaza la cobertura.
SECCIÓN 3 SU COBERTURA	Complete todas las partes relacionadas con las coberturas para las cuales presenta la solicitud. Incluya el número de identificación de siete caracteres de la cobertura para los beneficios que haya seleccionado (por ejemplo, B718CHC) 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.
SECCIÓN 4 OPCIONES DE COBERTURA	Complete todas las áreas que correspondan a usted y a cada derechohabiente. Solo para coberturas HMO: <ul style="list-style-type: none">• Aquellos que soliciten cobertura HMO deben seleccionar un profesional o médico de cabecera (PCP, en inglés) para cada persona incluida en la cobertura. Incluya el nombre del profesional o médico, y el número de profesional de la salud que figura en el directorio de profesionales de la salud o en Provider Finder®, en espanol.bcbsok.com. Asegúrese de marcar la casilla adecuada si es paciente nuevo. <p>Cambiar de profesional o médico de cabecera: En la sección 1, marque la casilla "Otros cambios" y, luego, complete 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 cabecera (PCP, en inglés).</p> <p>Cambiar dirección o nombre: En la sección 1, marque la casilla "Otros cambios" y, luego, complete las secciones 2 y 9.</p>
SECCIÓN 5 DERECHOHABIENTES DISCAPACITADOS	Un hijo derechohabiente que cuenta con una certificación médica de discapacidad y dependencia del asegurado o de su cónyuge*** o de la pareja en unión libre (en caso de que la empresa ofrezca cobertura para parejas en unión libre) es elegible para continuar con la cobertura después de alcanzar el límite de edad, siempre que la discapacidad haya comenzado antes de que el hijo cumpla 26 años de edad. Se debe completar y presentar una Solicitud de extensión de cobertura para derechohabientes discapacitados junto con esta solicitud de cobertura médica, si corresponde.
SECCIÓN 6 OTRA COBERTURA	Complete esta sección si usted o alguno 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.
SECCIÓN 7 COBERTURA MEDICARE	Complete 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 beneficiario de Medicare (Medicare HIC, en inglés) (puede encontrarlo en la tarjeta de asegurado de Medicare). Marque el motivo por el cual solicita la cobertura Medicare.
SECCIÓN 8 RENUNCIA A LA COBERTURA	Complete esta sección si renuncia a la cobertura médica para usted y sus derechohabientes. Toda persona que, por cualquier razón, renuncie a la cobertura debe completar la sección 8; no solo quienes renuncian porque tienen otra cobertura. AVISO IMPORTANTE: 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.
SECCIÓN 9 CONDICIONES DE COBERTURA	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 Enrollment Department , el cual, luego, la enviará por correo postal a BCBSOK • PO Box 3283 • Tulsa, OK 74112-3283 o por fax al 918-551-3179 .
	Significado de ciertos términos en esta solicitud (a menos que se indique lo contrario): Es posible que estos términos se usen con un significado diferente en otros documentos. <ul style="list-style-type: none">* El término "matrimonio" abarca el matrimonio legal y el establecimiento de una pareja en unión libre (la cobertura está sujeta a la cobertura de la empresa).** El término "divorcio" incluye el divorcio legal y la disolución equivalente de una pareja en unión libre (la cobertura está sujeta a la cobertura de la empresa).*** El término "cónyuge" se usa para hacer referencia al cónyuge legal o a una de las partes de la pareja en unión libre (la cobertura está sujeta a la cobertura de la empresa).

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 Oklahoma, en espanol.bcbsok.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

N.º de 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, COMPLETE SOLO LAS SECCIONES 2, 8 Y 9.

Nuevo asegurado **Agregar derechohabiente** **Período de inscripción abierta** **Otros cambios**
¿Está solicitando cobertura debido a un suceso de inscripción especial?

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
 Insure Oklahoma (se requiere una carta de aprobación de O-EPIC)
 Otro (explique): _____

Fecha de entrada en vigor de los beneficios: ___ / ___ / ___

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 COMPLETAR 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 <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: Empleado en activo Empleado jubilado; fecha de jubilación: _____

SECCIÓN 3: SELECCIÓN DE COBERTURA

MARQUE TODO LO QUE CORRESPONDA.

Seguros de gastos médicos para pequeñas empresas (de entre 1 y 50 empleados)

Cobertura médica (seleccione una opción) <input type="checkbox"/> Blue Advantage PPO SM <input type="checkbox"/> Blue Choice PPO SM <input type="checkbox"/> Blue Preferred PPO SM <input type="checkbox"/> Blue Options PPO SM <input type="checkbox"/> Otra _____ N.º de cobertura (campo obligatorio) _____	Incluidos en la póliza (seleccione una opción) <input type="checkbox"/> Solo el empleado <input type="checkbox"/> Empleado y cónyuge*** <input type="checkbox"/> Empleado e hijo(s) <input type="checkbox"/> Familia <input type="checkbox"/> No solicito cobertura médica	Cobertura dental de BlueCare <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No N.º de cobertura (campo obligatorio) _____	Incluidos en la póliza (seleccione una opción) <input type="checkbox"/> Solo el empleado <input type="checkbox"/> Empleado y cónyuge <input type="checkbox"/> Empleado e hijo(s) <input type="checkbox"/> Familia <input type="checkbox"/> No solicito cobertura dental
--	--	---	---

Seguros de gastos médicos para grandes empresas (a partir de 51 empleados)

Cobertura médica (seleccione una opción) <input type="checkbox"/> Blue Choice PPO SM <input type="checkbox"/> Blue Traditional® <input type="checkbox"/> Blue Preferred PPO SM <input type="checkbox"/> BlueLincs HMO SM <input type="checkbox"/> BlueOptions SM <input type="checkbox"/> HSA Blue SM <input type="checkbox"/> Blue Options Select PPO SM <input type="checkbox"/> Otra _____ N.º de cobertura (campo obligatorio) _____ Opción de deducible médico \$ _____ (si hay más de una disponible)	Incluidos en la póliza (seleccione una opción) <input type="checkbox"/> Solo el empleado <input type="checkbox"/> Empleado y cónyuge <input type="checkbox"/> Empleado e hijo(s) <input type="checkbox"/> Familia <input type="checkbox"/> No solicito cobertura médica	Cobertura dental <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No N.º de cobertura (campo obligatorio) _____	Incluidos en la póliza (seleccione una opción) <input type="checkbox"/> Solo el empleado <input type="checkbox"/> Empleado y cónyuge <input type="checkbox"/> Empleado e hijo(s) <input type="checkbox"/> Familia <input type="checkbox"/> No solicito cobertura dental
--	---	---	---

Lengua materna: _____

SECCIÓN 4: OPCIONES DE COBERTURA

COMPLETE TODAS LAS ÁREAS QUE CORRESPONDAN.

Nombre del empleado o asegurado	Nombre del médico de cabecera (PCP)	N.º de PCP	¿Es paciente nuevo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Nombre del derechohabiente <input type="checkbox"/> Esposo <input type="checkbox"/> Esposa <input type="checkbox"/> Pareja en unión libre	Nombre del PCP del derechohabiente	N.º de PCP	¿Es paciente nuevo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
N.º de Seguro Social del derechohabiente	Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA)	Dirección (si es diferente): N.º y calle	Ciudad Estado Código postal
Nombre del derechohabiente <input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Hija <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? <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? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Nombre del derechohabiente <input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Hija <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? <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? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Nombre del derechohabiente <input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Hija <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? <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? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

Significado de ciertos términos en esta solicitud (a menos que se indique lo contrario): Es posible que estos términos se usen con un significado diferente en otros documentos.

* El término "matrimonio" abarca el matrimonio legal y el establecimiento de una pareja en unión libre (la cobertura está sujeta a la cobertura de la empresa).

** El término "divorcio" incluye el divorcio legal y la disolución equivalente de una pareja en unión libre (la cobertura está sujeta a la cobertura de la empresa).

*** El término "cónyuge" se usa para hacer referencia al cónyuge legal. Además, abarca a una de las partes de una pareja en unión libre (la cobertura está sujeta a la cobertura de la empresa).

SECCIÓN 5: DERECHOHABIENTES DISCAPACITADOS COMPLETE 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, complete y adjunte una Solicitud de extensión de cobertura para derechohabientes discapacitados.

SECCIÓN 6: INFORMACIÓN DE OTRAS COBERTURAS COMPLETE TODAS LAS ÁREAS QUE CORRESPONDAN.

Complete 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) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Cobertura individual (particular) <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 <input type="checkbox"/> Solo el empleado <input type="checkbox"/> Empleado y cónyuge <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 <input type="checkbox"/> Mujer	Relación con el solicitante <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 médico	N.º del grupo dental	N.º dental

SECCIÓN 7: INFORMACIÓN DE COBERTURA MEDICARE COMPLETE LA SIGUIENTE SECCIÓN, SI CORRESPONDE.

Beneficiario:	Parte A de Medicare (hospital) Fecha de entrada en vigor: _____ Fecha de finalización: _____	N.º de beneficiario de Medicare (de la tarjeta de Medicare)
	Parte B de Medicare (médica) Fecha de entrada en vigor: _____ Fecha de finalización: _____	
	Parte D de Medicare (medicamentos) Fecha de entrada en vigor: _____ Fecha de finalización: _____	
	Parte D de Medicare (medicamentos) Compañía de seguros: _____	

Indique la razón de la elegibilidad para Medicare: Edad autorizada Discapacidad autorizada Enfermedad renal en etapa terminal
 Discapacidad y enfermedad renal

Beneficiario:	Parte A de Medicare (hospital) Fecha de entrada en vigor: _____ Fecha de finalización: _____	N.º de beneficiario de Medicare (de la tarjeta de Medicare)
	Parte B de Medicare (médica) Fecha de entrada en vigor: _____ Fecha de finalización: _____	
	Parte D de Medicare (medicamentos) Fecha de entrada en vigor: _____ Fecha de finalización: _____	
	Parte D de Medicare (medicamentos) Compañía de seguros: _____	

Indique la razón de la elegibilidad para Medicare: Edad autorizada Discapacidad autorizada Enfermedad renal en etapa terminal
 Discapacidad y enfermedad renal

SECCIÓN 8: RENUNCIA A LA COBERTURA COMPLETE SI RENUNCIA 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 <input type="checkbox"/> Empleado	Razón de la renuncia a la cobertura médica : <input type="checkbox"/> Otra cobertura médica grupal (a través de un empleo); compañía de seguros: _____ <input type="checkbox"/> Medicare <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> Otra cobertura médica individual (particular); compañía de seguros: _____ <input type="checkbox"/> Otra (explique) _____ <input type="checkbox"/> No estoy asegurado con ningún seguro de gastos médicos, pero no deseo recibir esta cobertura.
Nombre <input type="checkbox"/> Empleado	Razón de la renuncia a la cobertura dental : <input type="checkbox"/> Otra cobertura dental grupal (a través del empleo) <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> Cobertura dental individual (particular) <input type="checkbox"/> Otra (explique): _____ <input type="checkbox"/> No estoy asegurado con ninguna cobertura dental, pero no deseo recibir esta cobertura.
Nombre <input type="checkbox"/> Cónyuge	Razón de la renuncia: <input type="checkbox"/> Otra cobertura médica grupal (a través de un empleo) <input type="checkbox"/> Medicare <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> Otra cobertura médica individual (particular) <input type="checkbox"/> Otra (explique): _____ <input type="checkbox"/> No estoy asegurado con ningún seguro de gastos médicos, pero no deseo recibir esta cobertura.
Nombre <input type="checkbox"/> Derechohabiente	Razón de la renuncia: <input type="checkbox"/> Otra cobertura médica grupal (a través de un empleo) <input type="checkbox"/> Medicare <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> Otra cobertura médica individual (particular) <input type="checkbox"/> Otra (explique): _____ <input type="checkbox"/> No estoy asegurado con ningún seguro de gastos médicos, pero no deseo recibir esta cobertura.
Nombre <input type="checkbox"/> Derechohabiente	Razón de la renuncia: <input type="checkbox"/> Otra cobertura médica grupal (a través de un empleo) <input type="checkbox"/> Medicare <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> Otra cobertura médica individual (particular) <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 Oklahoma. 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 sobre algún hecho importante que realice de manera intencional 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, los beneficios entrarán 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 las coberturas queda sujeta a cualquier modificación futura. También entiendo que todos los avisos dirigidos a la empresa rigen para mí.

ADVERTENCIA: CUALQUIER PERSONA QUE, DELIBERADAMENTE Y CON LA INTENCIÓN DE DAÑAR, DEFRAUDAR O ENGAÑAR A UNA ASEGURADORA, PRESENTE UNA RECLAMACIÓN DE INDEMNIZACIÓN POR UNA PÓLIZA DE SEGURO CON INFORMACIÓN FALSA, INCOMPLETA O ENGAÑOSA ES CULPABLE DE UN DELITO.

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.

العربية Arabic	إن كان لديك أو لدى شخص تساعدك أسئلة، فلديك الحق في الحصول على المساعدة والمعلومات الضرورية بلغتك من دون أية تكلفة. للتحدث مع مترجم فوري، اتصل على الرقم 855-710-6984.
ဗမာစာ Burmese	သင် သို့မဟုတ် သင်ကူညီပေးနေသူတစ်ဦးမှ မေးမြန်းလိုသည့် မေးခွန်းများရှိပါက သင့်ဘာသာစကားဖြင့် အကူအညီနှင့် အချက်အလက်များကို အခမဲ့ဖြင့်ရယူနိုင်သည့်အခွင့်အရေးရှိပါသည်။ ဘာသာစကား ဖြန့်ဆိုသူနှင့် စကားပြောရန် 855-710-6984 သို့ ခေါ်ဆိုပါ။
GWY Cherokee	h.ʌZ, D δ YG BQ Θ ʌ.əSP.əDEY, ʌR ʌ ʌ əS, h ʌ G ʌ Θ əV R G P əS ʌ J D δ R G Z 4 J C ʌ G ʌ W h ʌ.ə.ʌ E W ʌ Y D 4 ʌ ʌ. D Θ ʌ P ʌ əV əL ʌ Z P ʌ T, ʌ B W ʌ Y 855-710-6984.
繁體中文 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 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 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.
Hmoob Hmong	Yog koj, los yog tej tus neeg uas koj pab ntawd muaj lus nug txog, koj muaj cai hais kom lawv pab muab cov ntaub ntawv sau ua koj hom lus pub dawb rau koj. Yog koj xav nrog ib tug kwstxhais lus tham, hu rau 855-710-6984.
한국어 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.
ພາສາລາວ Laotian	ຖ້າທ່ານ ຫຼື ຄົນທີ່ທ່ານກຳລັງໃຫ້ການຊ່ວຍເຫຼືອມີຄຳຖາມ, ທ່ານມີສິດຂໍເອົາການຊ່ວຍເຫຼືອ ແລະ ຂໍ ມູນເບັນພາສາຂອງທ່ານໄດ້ໂດຍບໍ່ມີຄ່າໃຊ້ຈ່າຍ. ເພື່ອວົມກັບນາຍແປພາສາ, ໃຫ້ໃຫ້ຫາບໍ 855-710-6984.
Diné Navajo	T'áá ni, éí doodago ła'da bika anánilwo'ígíí, na'ídíłkidgo, ts'ída bee ná ahóótí'i' t'áá níł'ee níka a'doolwoł dóo bína'ídíłkidígíí bee níł hodoonih. Ata'dahalne'ígíí bich'i'í' hodiłnih kwe'é 855-710-6984.
فارسی 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.
Español 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.
Tagalog 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.
ไทย Thai	หากคุณ หรือคนที่คุณกำลังช่วยเหลือมีข้อสงสัยใด ๆ คุณมีสิทธิที่จะได้รับความช่วยเหลือ และข้อมูลในภาษาของคุณได้โดยไม่มีค่าใช้จ่าย พูดคุยกับสามโดยติดต่อที่หมายเลข 855-710-6984.
اردو 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، پر 855-710-6984 کال کریں۔
Tiếng Việt Vietnamese	Nếu quý vị, hoặc người mà quý vị đang giúp đỡ, có câu hỏi, thì quý vị có quyền được giúp và nhận thông tin bằng ngôn ngữ của mình miễn phí. Để nói chuyện với một thông dịch viên, xin 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, nacionalidad, 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

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>