

Formulario de inscripción del empleado de Blue *Freedom*

Para uso i	nterno
l.º de cuenta	
I.º de subcuenta	

PO Box 3248 • Omaha, Nebraska 68180-0001 Nueva contratación ☐ Cambio Grupo nuevo Escriba con letra de molde y complete todas las secciones de este formulario de inscripción con pluma negra de punta fina. Asegúrese de completar todas las preguntas completas. Los formularios de inscripción incompletos causarán retrasos innecesarios. Si necesita más espacio para alguna respuesta, puede utilizar una hoja de papel separada. Incluya su nombre y número de Seguro Social. Si rechaza la cobertura, complete la Sección H. Sección A. Información del solicitante Número de Seguro Social Nombre (apellido) (primer nombre) (inicial del segundo nombre) (Título) Fecha de nacimiento Masculino (MM/DD/AAAA) Femenino Dirección (Calle, Apartado postal) (Ciudad) (Estado) (Zip+4 Code) (Condado) Número de teléfono del Estado civil: Número de teléfono Número de teléfono Dirección de correo electrónico de la casa trabajo Soltero Casado Divorciado Cuenta/Nombre del grupo (empleador u organización) Número de cuenta/grupo Número de subcuenta/roll ¿Es usted, su cónyuge o dependiente asegurado o solicitante de Blue Cross and Blue Shield actual o Puesto de trabajo Fecha de empleo con el Horas de trabajo por anterior? En caso afirmativo, indique su(s) nombre(s) y número(s) de identificación. ¿Está usted o su cónyuge terminando otra cobertura de Blue Cross and Blue Shield? ¿Es usted miembro de una tribu reconocida a nivel federal de indios americanos o nativos de Alaska? En caso afirmativo, por favor complete la Sección E. Pérdida de cobertura Sí No ☐ Sí ☐ No Sección B. Selecciones de Salud y Dental para nuevos empleados elegibles Elija sus opciones de salud y dental: **☐** SUPLEMENTO DE MEDICARE ☐ SALUD Si es un Plan de salud con DENTAL deducible alto: Seleccione uno: ☐ Solo empleado ☐ Solo empleado (No está disponible para empleados ☐ Cuenta de ahorros de salud (Health ☐ Empleado y cónyuge ☐ Empleado y cónyuge activos o sus cónyuges mayores de Savings Account, HSA) (Complete el ☐ Empleado e hijos ☐ Empleado e hijos 65 años de edad a menos que el formulario 37-044, si aplica) ☐ Familia ☐ Familia grupo tenga menos de 20 empleados ☐ No se requiere configurar una cuenta de tiempo completo o de medio tiempo). (Si aplica a su plan) Si es grupo de opción doble OPCIÓN DE RED DE SALUD (no todas las opciones pueden estar disponibles para usted bajo su Plan) Indique el deducible elegido: ☐ Network BLUE Premier Select BlueChoice ☐ Blueprint Health Otro - nombre de la red: Dentro de los últimos seis meses, ¿usted o alguno de sus dependientes usó productos de tabaco cuatro o más veces por semana? Sección C. Selección de cambio de cobertura para miembros actuales ☐ Solo Salud ☐ Solo Dental ☐ Ambos Indique los cambios en su cobertura: ☐ Cambio a: ☐ Solo para empleado ☐ Empleado y cónyuge ☐ Empleado e hijos ☐ Familiar Otro:______Fecha: _____ Motivo del cambio: ☐ Matrimonio ☐ Divorcio ☐ Nacimiento Agregar nuevos dependientes: ______Fecha en el que el dependiente se unió al grupo familiar: _____(Complete la Sección D.) ___Fecha en que el dependiente se unió a su grupo familiar: _____(Complete la Sección D.) _____Fecha en que el dependiente se unió a su grupo familiar: _____(Complete la Sección D.) ☐ Premier Select BlueChoice ☐ Blueprint Health ☐ Cambiar las opciones de red (si corresponde) ☐ Network BLUE ☐ Otro - nombre de la red: Otros cambios de salud: Dentro de los últimos seis meses, ¿usted o alguno de sus dependientes usó productos de tabaco cuatro o más veces por semana?

Nombre (apellido)	(primer nombre)	(inicial del s	egundo nombre	e) (Título)	Número de seguro	soci	al	
Sección D. Datos	s personales							
				rán cobertura incluy	endo a los niños d	epen	diente	es elegibles menores de 26
años. Enumérelos e Nombre compl		mayor prime	ero). 	Número de Seguro	, Fecha de	1	1 1	
primer nombre, inicial		Altura	Peso	Social	nacimiento (MMDDAAAA)	М	F	Relación con el empleado
					(WINDER O CO.)	\Box	П	•
						닏	\vdash	
							$ \Box $	
					•	•	'	
Sección E. Pérd			<u> </u>					
¿Usted o su depend	iente están terminan	do (o perdien	ndo) otra cobert	tura de salud? 🔲 🤅	Sí 🗌 No			
En caso afirmativo, o	complete lo siguiente	e:						
1) Proporcio	one la razón de la péro	lida de otra co	bertura de salud	:				
☐ Term	ninación de empleo	☐ Mue	erte, divorcio o se	eparación legal	☐ Elegim	os vol	untaria	amente dejar otro seguro
☐ Term	inación de empleo del c	ónyuge 🗌 He/	hemos llegado a	ıl final de la cobertura	COBRA 🗌 Otro: _			
2) Fecha de	terminación de la cobe	ertura:						
3) Proporcio	one la notificación de la	terminación o	la pérdida de la d	documentación de ele	egibilidad de la otra co	mpañ	ía de s	seguros.
Sección F. Inforr	nación del pagad	or secunda	rio de Medic	are				
¿Está usted, su cónyu	ge o dependiente(s) ins	scrito(s) en Me	dicare? 🗌 Sí	☐ No Si la resp	ouesta es "Sí", comple	ete la s	siguier	nte información:
Si Medicare: Nombre	del beneficiario							-
N.° de HIC de Medicar	e:							_
Fecha de entrada en v	igor de la Parte A:							_
Fecha de entrada en v	igor de la Parte B:							=
Motivo para el derecho	(marque todas las cas	sillas que corre	spondan): 🗆 Ed	dad Discapacida	d Enfermedad rei	nal en	etapa	ı terminal

Nombre (ap	pellido) (primer nombre) (inicial del segundo nombre)	(Título)	Número de Seguro Social		
		· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·		-		
	G. Historial de salud					
ta inforr spuesta ormació	mación es necesaria para s a estas preguntas o por ón familiar). Si es un empl	n propósitos de calificación. Su r cualquier factor relacionado c leado nuevo o está cambiando	inscripción para on su estado de su cobertura, no	" proporcione los detalles a continuació cobertura de salud no será declinada salud. No debe divulgar información go debe completar esta sección. Para so 80 o visite NebraskaBlue.com/Privacy.	con base enética (ir	ncluyendo
		a alguno de sus dependientes s e les ha recomendado que bus		lo pruebas, han sido diagnosticados o t para:	ratados (i	ncluido el ι
1.	Abuso de alcohol o drog	gas			. □ Sí	☐ No
2.	Artritis, trastornos en los	hueso, articulaciones, columna	vertebral, trastori	no muscular o de tejido conectivo	☐ Sí	☐ No
3.	Enfermedad autoinmune	e, incluyendo la enfermedad de	Crohn, lupus o	esclerosis múltiple	☐ Sí	☐ No
4.	Cánceres, tumores o pól	lipos		······································	☐ Sí	☐ No
5.	Trastornos circulatorios, s	sanguíneos o cardíacos, incluida	a la presión arter	ial alta	☐ Sí	☐ No
6.	Cirrosis, hepatitis o cualq	juier otra enfermedad del hígado)		. □ Sí	☐ No
7.	·	•				_ ∏ No
8.	Trastornos digestivos inclu	vendo cualquier condición del colo	on, esófago, vesíci	ula biliar, intestinos, páncreas o estómago.		_ □ No
9.	<u> </u>	•		•	_	□ No
10.	Diabetes, hipertiroidismo, hipotiroidismo o cualquier trastorno endocrino o enfermedad					
	J	·			_	☐ No ☐ No
						☐ No ☐ No
_	·					
	6. Parálisis, incluida la paraplejia y la cuadriplejia					
En los ú	iltimos 5 años, usted o algu	uno de sus dependientes han sid	lo hospitalizados,	han tenido una cirugía o planean que actualmente está embarazada?		□ No
				de farmacia que excedan los \$5,000?		_ □ No
	-	•	_	s completos abajo. Adjunte una hoja		_
es nece		a la que llaya l'espolitituo Si	, de los detalle	s completos abajo. Aujunte una noja	ue papei	i Separaua
mero de egunta	Persona	Condición	Tratamien	to realizado o recomendado		rado de Iperación
cción	H. Declinación de la c	cobertura Complete s	solo si elige no	o participar en el seguro colectivo	ofrecide	0.
me ha	ofrecido el programa	de salud/dental grupal y el	lijo:			
no insc	ribirme ni inscribir a mis de	ependientes en el plan de salud	l.			
no insc	ribirme ni inscribir a mis d	ependientes en el plan dental.				
	- <u>- —</u>	d/dental se ha declinado pendientes están inscritos, en vi	rtud de la cobertu	ıra de salud de mi cónyuge.		
-	yuge está empleado por (
Estoy in	nscrito y/o 🔲 Mis dep	pendientes están inscritos, en vi	rtud de la cobertu	ıra dental de mi cónvuge.		

☐ Estoy inscrito y/o

Otro motivo

☐ Tengo y/o

☐ Mis dependientes están inscritos, en virtud de la cobertura de continuación de COBRA o cobertura de continuación del estado.

☐ Mis dependientes tienen cobertura individual a través de ☐ Medicare ☐ Medicaid ☐ SCHIP ☐ otra compañía de seguros

Nombre (apellido)	(primer nombre)	(inicial del segundo nombre)	(Título)	Número de Seguro Social

Sección I. Reconocimiento y autorizaciones

Confirmo que mis respuestas y declaraciones en este formulario e inscripción son verdaderas y completas según lo mejor de mi conocimiento y creencia. Entiendo que cualquier falsedad intencional en este formulario de inscripción puede causar la anulación de la cobertura. Entiendo además que Blue Cross and Blue Shield of Nebraska se reserva el derecho de aceptar o rechazar este formulario de inscripción y que ningún derecho es creado por él. Autorizo a Blue Cross and Blue Shield of Nebraska a obtener o divulgar información médica en la medida que sea necesario para procesar reclamos. Autorizo mi empleador a deducir cualquier prima necesaria de mis ganancias.

Al proporcionar sus números de teléfono, usted está de acuerdo en que nosotros, junto con nuestros afiliados y/o proveedores, podamos llamar o enviar mensajes de texto a cualquier número de teléfono que nos proporcione, incluido un número inalámbrico, usando un sistema de marcación automática y/o mensaje pregrabado. Sin límite, estas llamadas pueden tratarse de opciones de tratamiento, otros beneficios y servicios relacionados con la salud, inscripción, pago o facturación.

Aviso de inscripción especial

Si está declinando la inscripción para usted o para sus dependientes (incluyendo su cónyuge) debido a que tiene cobertura con otro plan de salud colectivo o seguro de salud, es posible que pueda inscribirse usted y a sus dependientes en este plan si usted o sus dependientes pierden la elegibilidad para esa otra cobertura (o si el empleador deja de contribuir con la cobertura suya o de sus dependientes). Sin embargo, debe solicitar la inscripción dentro de 31 días después de que finalice su cobertura o la de sus dependientes (o después de que el empleador deje de contribuir con la cobertura).

Además, si tiene un nuevo dependiente como resultado del matrimonio, nacimiento, adopción o colocación para adopción, es posible que pueda inscribirse usted y a sus dependientes. Sin embargo, debe solicitar la inscripción dentro de 31 días después del matrimonio, nacimiento, adopción o colocación para adopción.

Si usted está declinando la cobertura para usted o para sus dependientes debido a la cobertura bajo Medicaid o el Programa estatal de seguro de salud para niños (SCHIP), es posible que pueda inscribirse a usted y a sus dependiente sen este plan si esa cobertura finaliza debido a una pérdida de elegibilidad. Debe solicitar la inscripción en el plan a más tardar 60 días después de que termina la cobertura.

Además, si declina la cobertura y usted o sus dependientes se vuelven elegibles para asistencia con la prima para este plan de salud colectivo bajo Medicaid o SCHIP, es posible que usted o sus dependientes se puedan inscribir en el plan en ese momento. Debe solicitar la inscripción a más tardar 60 días después de la fecha en que se determine que es elegible para la asistencia con la prima.

Para solicitar una inscripción especial o para obtener más información, comuníquese a nuestro Departamento de Servicios para Miembros al 402-390-1820 o al 844-201-0763.					
Firma del solicitante:	Fecha:				

Non-discrimination and Translation Notice

Discrimination is Against the Law

Blue Cross and Blue Shield of Nebraska (BCBSNE) complies with applicable federal civil rights laws and does not discriminate on the basis of race, color, national origin, age, disability or sex. BCBSNE does not exclude people or treat them differently because of race, color, national origin, age, disability or sex. BCBSNE:

- Provides free aids and services to people with disabilities to communicate effectively with us, such as:
 - Qualified sign language interpreters
 - Written information in other formats (large print, audio, accessible electronic formats, other formats)
- Provides free language services to people whose primary language is not English, such as:
 - Qualified interpreters
 - Information written in other languages

If you need these services, contact Customer Service at 800-991-5840, TTY 711 between 7:30 a.m. to 6 p.m., Central time, Monday through Friday.

If you believe that Blue Cross and Blue Shield of Nebraska has failed to provide these services or discriminated in another way on the basis of race, color, national origin, age, disability or sex, you can file a grievance with:

Manager, Corporate Compliance Blue Cross and Blue Shield of Nebraska P.O. Box 3248 Omaha, NE 68180-001 800-991-5840, TTY: 711 CivilRights@NebraskaBlue.com

You can file a grievance in person or by mail, fax or email. If you need help filing a grievance, our Manager of Corporate Compliance is available to help you.

You can also file a civil rights complaint with the U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights, electronically through the Office for Civil Rights Complaint Portal, available at ocrportal/lobby.jsf, or by mail or phone at:

U.S. Department of Health and Human Services 200 Independence Avenue, SW Room 509F, HHH Building Washington, D.C. 20201 800-368-1019, 800-537-7697 (TDD)

Complaint forms are available at <a href="https://http

ATTENTION: This notice may have important information about your application or coverage. Look for key dates in this notice. You may need to take action by certain deadlines to keep your health coverage or get help with costs. If you or someone you're helping has questions, you have the right to get help and information in your language at no cost. To talk to an interpreter, call 1-800-991-5840. This notice is translated as federally required.

Arabic

تنبيه: قد يتضمن هذا الإشعار معلومات مهمة عن تطبيقك أو تأمينك. ابحث عن التواريخ الرئيسية في هذا الإشعار. قد يلزمك اتخاذ إجراء قبل المواعيد النهائية المحددة للحفاظ على التأمين الصحي أو للحصول على مساعدة بشأن التكاليف. إذا كنت أنت أو أحد من تساعدهم لديكم أسئلة، فلك الحق في الحصول على مساعدة ومعلومات بلغتك وبدون تكلفة. للتحدث مع أحد المترجمين الفوريين، اتصل برقم 1-800-991-5840

Chinese Traditional

注意:本通知可能含有與您的申請或保險有關的重要資訊。在本通知中尋找重要的日期。您可能需要在某個截止日期前採取 行動,以保持您的健康保險或獲得費用方面的幫助。如果您或者您正幫助的人有疑問,您有權利以您的語言免費獲得提供的 幫助與資訊。致電口譯員,請撥打1-800-991-5840。

German

Achtung: Diese Mitteilung kann wichtige Informationen über Ihren Antrag oder die Versicherungsdeckung beinhalten. Beachten Sie wichtige Fristen in dieser Mitteilung. Sie müssen unter Umständen Maßnahmen innerhalb bestimmter Fristen ergreifen, um Ihren Krankenversicherungsschutz zu erhalten oder eine Kostenerstattung zu erhalten. Wenn Sie oder jemand, dem Sie helfen, Fragen hat, können Sie kostenlos Hilfe und Informationen in Ihrer Sprache erhalten. Um mit einem Dolmetscher zu sprechen, rufen Sie bitte 1-800-991-5840 an.

Spanish (Mexico)

ATENCIÓN: Este aviso puede contener información importante sobre su solicitud o cobertura. Ponga atención a las fechas clave en este aviso. Puede ser que usted necesite realizar algunas acciones para determinadas fechas y así mantener su cobertura de salud o para obtener ayuda con los costos. Si usted o alguien a quien usted ayuda tiene alguna pregunta, tiene el derecho de recibir información y ayuda en su propio idioma sin costo. Para hablar con un intérprete, llame al 1-800-991-5840.

<u>Farsi</u>

توجه این اعلامیه ممکن است اطلاعات مهمی درباره درخواست یا طرح پوشش بیمهتان داشته باشد. تاریخ های اصلی را در این اعلامیه جستجو کنید. ممکن است لازم باشد تا مو عد مقرری اقدام کنید تا پوشش بیمه درمانیتان حفظ شود یا هزینه های درمانی را دریافت کنید. اگر شما یا فردی دیگر که به او کمک می کنید، سؤالی دارید، از این حق برخوردار هستید تا راهنمایی و اطلاعات را به صورت رایگان به زبان خودتان دریافت کنید. برای صحبت کردن با یک مترجم، با شماره 1-800-991-5840 تماس

French (Europe)

ATTENTION: Cet avis peut contenir des informations importantes concernant votre demande ou votre garantie. Prêtez attention aux dates clés indiquées. Il vous faudra peut-être prendre des mesures avant une certaine date pour pouvoir conserver votre assurance santé ou bénéficier d'aides au paiement. Si vous ou une personne que vous aidez avez des questions, vous pouvez obtenir gratuitement de l'assistance et des informations dans votre langue. Pour parler à un interprète, appelez le 1-800-991-5840.

ご注意:本通知書には、患者さんの申請や保険について重大な情報が含まれている可能性があります。本通知書の日付を ご覧ください。医療保険を利用したり、費用についてサポートを受けるには、本通知書に従って特定の期限までに手続き してください。患者さん、または付き添いの方が質問がある場合は、母国語で無料で支援を受けたり、情報を受け取る権 利があります。通訳と話したい場合は、1-800-991-5840.まで電話をおかけください。

Karen

ဟ်သူဉ်ဟ်သး–တာ်ဘီးဘဉ်သှဉ်ညါအံၤ ဘဉ်သှဉ်သှဉ် ကအိဉ်နီးတာ်က်တာ်ကျိုးလ၊ အရုနိဉ်ဘဉ်မား နှလာ်ပတဲထိဉ်တာ် မှတမှာ် တာ်အုဉ်ကီးသးနှဉ်လီၤ. ကျွာ်ယု မုဂ်နှံးမုဂ်သီအရှုဒိဉ်လ၊ လံာ်ဘိုးဘဉ်သူ့ဉ်ညါအံုးအပူးတက္နာ်.

ဘဉ်သှဉ်သှဉ် နကဘဉ် ဟုံးဂုဂ်ီလ၊ မုါနံးလၢခံကတၢ်လ၊ တါဟ်ပနိဉ်နှုန်း လၢနကဟုဉ်နတါအိဉ်ဆူဉ်အိဉ်ရု့ တါဘူးတါလဲတဖဉ် မှတမှါ မးနှုတ်မြးစားလ၊ တါပူးလီးလဲတဖဉ်နှဉ်လီး-နာ မူတမှု ပုဒတဂၤဂၤလ၊ နမာစားမှုါအိုခ်ိန်းတာသက္ခုအယိႇ နအိုခ်ိန်းတာခွဲးတာယာလ၊ ကမာနာ့်တာမာစားနီးတာဂွုတာကြိုးလ၊ နကျိုာ်လ၊ တလာာဘူခွ်လက်စ္စားဘုခ်န္ခြာလီး• လာနကကတိုးတာေႏွာင္း ပူးကိုးထံတာ်အဂ်ိဳး, ကိုး1-800-991-5840.တက္န်ာ.

주의: 본고지에는해당신청서또는적용범위에대한중요한정보가있을수있습니다.

본고지의주요날짜를찾으십시오.해당건강보험을유지하거나비용을지원받는특정기한까지조치를취하셔야합니다.본인자신이 나본인이돕고있는누군가가질문이있다면무료로모국어로된도움과정보를얻을수있는권리가있습니다.통역사와통화하려면1-800-991-5840. 번으로전화하십시오.

Kurdish

ر هنگه ئهم ئاگاداریه زانیاری گرنگی تیدا بیت دهربارهی داواکاری یان روومالکردنهکهت بهدوای بهرواره سهر مکیهکانی ناو ئهم ئاگاداریه بگهری لموانهیه پیویست بکات له همندنیک دوا واده کرداریک بکمیت بر نموه می روومالی تعندروستیت بمردهوام بنیت یان بارمهتی بر تنچووهکانت دمست بخمیت نمگمر تو یان کهسیک که تو یارمهتی دهدمیت پرسیاری هەیه، تو مافی دەسكەوتنی یارمەتى و زانیاریت به زمانی خۆت بن بەرامبەر ھەیە بنو قسەكردن لەگەڵ وەرگیریک، یەیوەندی به .18009915840 بكه.

ຼັກວາ ສິ່າທີ່ຄວນເອົາໃຈໃສ່: ແຈ້ງການສະບັບນີ້ ອາດຈະມີຂໍ້ມູນທີ່ສຳຄັນກ່_ໄວກັບການສະໝັກ ຫຼື ການຄຸ້ມຄອງສຸຂະພາບຂອງທ່ານ. ຈົງຊອກຫາວັນທີທີ່ສຳຄັນໃນແຈ້ງການສະບັບນີ້. ທ່ານອາດຈະຕ້ອງດ້ຳເນີນການໃນຂອບເຂດເວລາໃດໜຶ່ງ ເພື້ອຮັກສາການຄຸ້ມຄອງດ້ານສຸຂ[ັ]ະພາບຂອງທ່ານ ຫຼື ໄດ້ຮັບການຊົ່ວຍເຫຼືອທາງດ້ານງົບປະມານ. ຖ້າຫາກທ່ານ ຫຼືບຸກຄົນທີ່ທ່ານກຳລັງຊ່ວຍເຫຼືອຢູ່ນັ້ນ ມີຄຳຖາມ,ທ່ານມີສິດໄດ້ຮັບການຊ່ວຍເຫຼືອ ແລະ ໄດ້ຮັບຂໍ້ມູນທີ່ເປັນພາສາຂອງທ່ານ ໂດຍບໍເສຍຄ່າໃຊ້ຈ່າຍ. ຕ້ອງການລົມກັບນາຍແປພາສາ, ຈົງໂທຫາເບີ 1-800-991-5840.

Nepali

ध्यानाकर्षण: यो सचनामा तपाईंको निवेदन वा कभरेजको बारेमा महत्त्वपूर्ण जानकारी हनसक्छ। यो सचनामा मख्य मितिहरू हेर्नहोस। तपाईंको स्वास्थ्य कभरेज वा लागतमा मद्दत प्राप्त गर्न तपाईंले निश्चित समयसीमा भित्र कारबाही लिनुपर्ने हुनसक्छ। तुपाईं वा तपाईंले सहायता गरेका कसैसँग जिज्ञासाहरू छन् भने तपाईंसँग आफ्नो भाषामा नि:शुल्क सहायता र जानकारी प्राप्त गर्ने अधिकार छ। दोभाषेसँग कुरा गर्न 1-800-991-5840.मा कल गर्नुहोस्।

Oromo

HUBAACHIISA: Beeksisi kun odeeffannoo barbaachisaa waa'ee iyyata keetii yookaan waa'ee tajaajiloota qabaachuu mala. Beeksisa kana irraa guyyoota barbaachisoo ta'an ilaali. Tajaajila fayyaa kee itti fufsiisuuf guyyoota murtaa'an irratti tarkaanfiin ati fudhattu yookaan kaffaltiidhaan gargaarsi ati argattu jiraachu mala. Yoo ati ykn namni ati gargaartu, gaaffii qabaattan, gatii malee gargaarsaa fi oddeeffanno afaan dandeessaaniin argachuun mirga keessaani. Warra afaan hikkaaniif lakkoofsa kanaan bilbilaa 1-800-991-5840.

ВНИМАНИЕ! В данном уведомлении может содержаться важная информация о вашей заявке или страховке. В нем также указаны ключевые даты. Вам может потребоваться выполнить некоторые действия к определенному сроку для сохранения вашей медицинской страховки или получения помощи в оплате расходов. Если у вас или у человека, которому вы помогаете, возникнут вопросы, вы имеете право получить помощь и информацию на своем языке бесплатно. Чтобы поговорить с переводчиком, позвоните по номеру 1-800-991-5840.

Vietnamese

CHÚ Ý: Thông báo này có thể chứa thông tin quan trong về đơn đăng ký hoặc bảo hiểm của quý vi. Tìm những ngày chính trong thông báo này. Quý vị có thể cần hành động trước một số thời hạn để duy trì bảo hiểm sức khỏe của mình hoặc được giúp đỡ có tính phí. Nếu quý vị hoặc người quý vị đang giúp đỡ, có thắc mắc, quý vị có quyền lấy thông tin và được trợ giúp bằng ngôn ngữ của mình miễn phí. Đế nói chuyên với một thông dịch viên, gọi số 1-800-991-5840.