

## ¿Quién puede usar este formulario?

Las personas con Medicare que quieren unirse a un plan Medicare Advantage de Aspirus Health Plan.

Para unirse a un plan, debe:

- Ser ciudadano de los Estados Unidos o estar legalmente presente en los EE.UU.
- Vivir en el área de servicio del plan

**Importante:** Para unirse a un plan Medicare Advantage, también debe contar con lo siguiente:

- Parte A de Medicare (Seguro hospitalario)
- Parte B de Medicare (Seguro médico)

## ¿Cuándo uso este formulario?

Puede unirse a un plan:

- Entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre de cada año (para tener cobertura a partir del 1 de enero)
- Dentro de los 3 meses de recibir por primera vez Medicare
- En ciertas situaciones en las que se le permite unirse o cambiar de plan

Visite [Medicare.gov](http://Medicare.gov) para obtener más información sobre cuándo puede inscribirse en un plan.

## ¿Qué necesito para completar este formulario?

- Su número de Medicare (el número de su tarjeta roja, blanca y azul de Medicare)
- Su dirección permanente y número de teléfono

## Personas sin hogar

Si desea unirse a un plan, pero no tiene residencia permanente, esta puede ser un apartado postal, una dirección de un refugio o clínica, o la dirección donde recibe correos (por ejemplo, cheque del Seguro Social).

## Recordatorios:

- Si desea unirse a un plan durante la inscripción abierta de otoño (del 15 de octubre al 7 de diciembre), debemos recibir su solicitud antes del 7 de diciembre (sin el sello postal antes de esta fecha), para que la fecha de entrada en vigencia sea el 1 de enero.

- Puede elegir pagar una prima mensual con cheque, pago automático/transferencia electrónica de fondos (Electronic Funds Transfer, EFT) o deducción del Seguro Social/Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios. No envíe el pago con su formulario de inscripción.

## ¿Qué pasa después?

Envíe su formulario completo y firmado a:

Attn. Sales  
Aspirus Health Plan  
P.O. Box 51  
Minneapolis, MN 55440-9682

o enviar su solicitud por fax al 715.787.7328.

Una vez que procesemos y aprobemos su solicitud de inscripción, recibirá una carta de confirmación y una tarjeta de identificación de miembro. Por favor, dé tiempo para el procesamiento.

## ¿Cómo obtengo ayuda con este formulario?

Llame a Aspirus Health Plan al 1.855.931.4855 (TTY: 1.855.931.4852)

O bien, llame a Medicare al 1.800.MEDICARE (1.800.633.4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1.877.486.2048.

Si desea que le enviemos información en otro formato (por ejemplo, braille, letra grande, audio) o si desea que se le envíen los materiales por correo electrónico (por ejemplo, la Explicación de la cobertura, el Resumen de beneficios, el Directorio de proveedores), llámenos a los números indicados anteriormente. Nuestro horario de atención es de 8 am a 8 pm, los siete días de la semana (del 1 de octubre al 31 de marzo) y de 8 am a 8 pm, de lunes a viernes (del 1 de abril al 30 de septiembre).

## Lista de verificación de preinscripción

Antes de tomar una decisión sobre la inscripción, es importante que comprenda plenamente nuestros beneficios y reglas. Si tiene preguntas, puede llamarnos y hablar con un representante de ventas de Medicare. Consulte la información de contacto de Aspirus Health Plan en la página anterior.

## Comprensión de los beneficios

- Revise la lista completa de beneficios que se encuentra en la Evidencia de cobertura (Evidence of Coverage, EOC), en especial para consultar los servicios para los que consulta al médico como rutina. Visite **medicare.aspirushealthplan.com** o llame a Aspirus Health Plan para visualizar una copia de la EOC. Consulte la información de contacto de Aspirus Health Plan en la página anterior.
- Revise el directorio de proveedores (o pregúntele a su médico) para asegurarse de que los médicos que ve ahora pertenezcan a la red. Si no están en la lista, quiere decir que es probable que deba elegir otro médico.
- Revise el directorio de farmacias para asegurarse de que la farmacia que utiliza para surtir los medicamentos recetados pertenece a la red. Si la farmacia no figura, es probable que deba elegir otra farmacia para surtir sus recetas.
- Revise el formulario para asegurarse de que sus medicamentos están cubiertos.

## Comprensión de las reglas importantes

- Además de la prima mensual del plan, debe continuar pagando la prima de la Parte B de Medicare. Generalmente esta prima se descuenta del cheque del Seguro Social todos los meses.
- Los beneficios, las primas o los copagos o el coseguro pueden cambiar el 1 de enero de 2025.

- Nuestro plan le permite consultar proveedores que no pertenezcan a nuestra red (proveedores no contratados). Sin embargo, si bien pagaremos los servicios cubiertos que brinde un proveedor no contratado, este proveedor debe aceptar tratarlo. Salvo en casos de emergencia o urgencia, los proveedores no contratados pueden negarse a prestar la atención. Además, pagará un copago más alto por los servicios que reciba de proveedores no contratados.
- Efecto sobre la cobertura actual. Si actualmente está inscrito en un plan Medicare Advantage, su cobertura actual de atención médica Medicare Advantage finalizará una vez que comience su nueva cobertura Medicare Advantage. Si tiene Tricare, su cobertura puede verse afectada una vez que comience su nueva cobertura de Medicare Advantage. Póngase en contacto con Tricare para obtener más información. Si tiene un plan Medigap, una vez que comience su cobertura Medicare Advantage, es posible que desee cancelar su póliza Medigap porque pagará por la cobertura que no puede usar.

## Cómo debe presentar su formulario de inscripción

Presente los formularios de inscripción impresos en el sobre con franqueo pagado que se adjunta.

Envíe los formularios de inscripción a:

Attn. Sales  
Aspirus Health Plan  
P.O. Box 51  
Minneapolis, MN 55440-9682

También puede inscribirse a través de nuestro sitio web, **medicare.aspirushealthplan.com**, o enviar su solicitud por fax al 715.787.7328.

De acuerdo con la Ley de Reducción de Papeles de 1995, ninguna persona está obligada a responder a una recopilación de información a menos que muestre un número de control válido de la OMB. El número de control OMB válido para esta recopilación de información es 0938-1378. El tiempo necesario para completar esta información se estima en un promedio de 20 minutos por respuesta, incluido el tiempo para revisar las instrucciones, buscar los recursos de datos existentes, recopilar los datos necesarios y completar y revisar la recopilación de información. Si tiene algún comentario sobre la exactitud de las estimaciones de tiempo o sugerencias para mejorar este formulario, por favor escriba a: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.

### IMPORTANTE

No envíe este formulario ni ningún elemento con su información personal (como reclamos, pagos, registros médicos, etc.) a la Oficina de Despacho de Informes de la PRA. Cualquier elemento que obtengamos que no se trate de cómo mejorar este formulario o su carga de recopilación (descrita en OMB 0938-1378) será destruido. No se conservará, revisará ni reenviará al plan. Consulte la sección "¿Qué sucede a continuación?" para enviar su formulario completo al plan.

### DECLARACIÓN DE LA LEY DE PRIVACIDAD

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS) recopilan información de los planes de Medicare para realizar un seguimiento de la inscripción de beneficiarios en Medicare Advantage (MA) o en planes de medicamentos recetados (PDP), para mejorar la atención y el pago de los beneficios de Medicare. Las secciones 1851 y 1860D-1 de la Ley de Seguridad Social y 42 CFR 422.50, 422.60, 423.30 y 423.32 autorizan la recopilación de esta información. CMS puede usar, divulgar e intercambiar datos de inscripción de beneficiarios de Medicare según se especifica en el Aviso del Sistema de Registros (SORN) "Medicare Advantage Prescription Drug (MARx)", N.º del sistema 09-70-0588. Su respuesta a este formulario es voluntaria. Sin embargo, la falta de respuesta puede afectar la inscripción en el plan.

Utilice tinta negra.

## PASO 1. Para inscribirse, deberá proporcionar la siguiente información.

Primer nombre

Inicial del  
segundo  
nombre

Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa)

Apellido

Sexo  M  F

Dirección de residencia permanente (no puede ser un apartado postal)

Ciudad

Estado

Código postal

Condado

Dirección postal, si es diferente a la permanente (puede ser una calle o un apartado postal)

Ciudad

Estado

Código postal

Condado

Número de teléfono principal (incluya el código de área)

Número de teléfono alternativo (incluya el código de área)

Dirección de correo electrónico (opcional) *Nota: Enviaremos actualizaciones e información para los miembros a la dirección de correo electrónica que se proporcione.*

**Opcional: responder a estas preguntas es su elección. No se le puede denegar la cobertura si no responde a estas preguntas.**

¿Es de origen hispano, latino o español? Seleccione todas las opciones que correspondan.

No, no soy de origen hispano, latino o español

Sí, soy mexicano, estadounidense de origen mexicano, chicano/a

Sí, soy puertorriqueño

Sí, soy cubano

Sí, tengo otro origen hispano, latino o español

**Prefiero no responder**

¿Cuál es su raza? Seleccione todas las opciones que correspondan.

Blanco

Negro o afroamericano

Indio americano o nativo de Alaska

Indio asiático

Chino

Japonés

Coreano

Filipino

Otra raza asiática

Hawaiano nativo

Vietnamita

Guamaní o Chamorro

Otro nativo de las islas del Pacífico

Samoano

**Prefiero no responder**

**PASO 2. Elija el nombre de la clínica de atención primaria que desea usar (opcional)**

**Número de ID de la clínica**

El número de 6 a 11 dígitos de la clínica se puede encontrar en la Lista de clínicas de atención primaria que se encuentra en su paquete.

**PASO 3. Fecha de entrada en vigor deseada (dd/mm/aaaa)**

La cobertura siempre comienza el primer día del mes.

**PASO 4. Proporcione su información de Medicare.**

Número de Medicare (sin guiones)

**PASO 5. Seleccione el plan en el que desea inscribirse. Todos los planes incluyen alguna cobertura dental. Puede agregar más cobertura dental a algunos planes a continuación. El plan Aspirus Health Plan Essential Rx incluye la cobertura de la Parte D de Medicare.**

- Aspirus Health Plan Essential Rx (PPO)** \$0 por mes (con la Parte D)
  - Agregar** Aspirus Choice Dental por \$25 al mes
- Aspirus Health Plan Elite (PPO)** \$0 al mes (sin la Parte D)
  - Agregar** Aspirus Choice Dental por \$25 al mes

*Consulte el mapa del área de servicios en el Resumen de beneficios para confirmar que el plan que seleccione esté disponible en su área.*

**Solo para uso administrativo**

Fecha de recibido (dd/mm/aaaa):

Nombre del miembro del personal, agente o agente de seguros (si brindó asistencia durante la inscripción):

\_\_\_\_\_ Si fue un agente, agregue el número de agente:

## PASO 6. Opcional: opciones alternativas de formato

Seleccione una de las opciones si desea que le enviemos información en un idioma que no sea el inglés.

Español  Otro

Seleccione una de las opciones si desea que le enviemos información en un formato accesible.

Braille  Letra grande  CD de audio

Llame a Aspirus Health Plan al 1.855.931.4855 si necesita información en un formato accesible que no sean los que se mencionaron previamente. Nuestro horario de atención es de 8 am a 8 pm, de lunes a viernes. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1.855.931.4852.

## PASO 7. Lea y responda estas preguntas importantes.

1. Además de Medicare, ¿seguirá teniendo otra cobertura **médica**?  Sí  No, pase a la pregunta 2

¿Obtiene esta cobertura médica a través del Departamento de Asuntos de los Veteranos de Estados Unidos (VA)?  Sí  No

Llene los siguientes campos si no obtiene su cobertura médica a través del VA.

Nombre del titular de la póliza

Nombre del plan (como aparece en la tarjeta de identificación)

N.º de póliza o de identificación  N.º de grupo

Fecha de entrada en vigor (dd/mm/aaaa)  /  /  N.º de teléfono  -  -

2. ¿Tendrá alguna otra cobertura de medicamentos **recetados**?  Sí  No, pase al PASO 8

¿Obtiene esta cobertura de medicamentos a través del VA o SeniorCare en WI?  Sí  No

Llene los siguientes campos si no obtiene su cobertura médica a través del VA o SeniorCare en WI.

Nombre del titular de la póliza

Nombre del plan (como aparece en la tarjeta de identificación)

N.º de póliza o de identificación  N.º de grupo

Fecha de entrada en vigor (dd/mm/aaaa)  /  /  N.º de teléfono  -  -

**PASO 8. En general, puede inscribirse en un plan Medicare Advantage solo durante el período de inscripción anual del 15 de octubre al 7 de diciembre de cada año. Hay excepciones que pueden permitirle inscribirse fuera de este período. Lea las siguientes preguntas y marque la casilla Si en caso de que la afirmación se aplica a usted. Al marcar la casilla, certifica que, según su mejor conocimiento, es elegible para inscribirse. Si más tarde determinamos que esta información es incorrecta, es posible que se cancele su inscripción.**

### Inscripción nueva o cambio de cobertura

1. ¿Es usted nuevo en Medicare y está dentro del período de elección inicial (incluye a los nuevos en la Parte A y la Parte B de Medicare o solo nuevos en la Parte B)?  Sí  No

2. ¿Se está inscribiendo entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre (período de inscripción anual de Medicare)?  Sí  No

3. ¿Está inscrito en un plan Medicare Advantage y se cambia a un plan Medicare Advantage diferente durante:  
• el 1 de enero al 31 de marzo (período de inscripción abierta de Medicare Advantage)?  
• sus primeros tres meses de inscripción en Medicare?  Sí  No

4. ¿Estuvo inscrito en un plan de Medicare (o de su estado) y desea elegir otro plan diferente?  Sí  No  
En caso afirmativo, ¿cuándo comenzó su inscripción en ese plan? (dd/mm/aaaa):  /  /

5. ¿Se está mudando, vive o recientemente se mudó de un hogar de ancianos?  Sí  No  
O, es residente de un centro de vida asistida o de cuidado de la memoria donde recibe un nivel de cuidado en el hogar de ancianos?  Sí  No  
Fecha de admisión (dd/mm/aaaa):  /  /

### Cambio de residencia

6. ¿Se mudó en los últimos tres meses y nuestro plan es una opción nueva para usted?  Sí  No  
En caso afirmativo, ¿cuándo se mudó? (dd/mm/aaaa):  /  /

7. ¿Regresó recientemente a los Estados Unidos después de vivir permanentemente fuera de los Estados Unidos?  Sí  No  
En caso afirmativo, ¿cuándo se mudó? (dd/mm/aaaa):  /  /

8. ¿Fue liberado recientemente de una detención?  Sí  No  
En caso afirmativo, ¿cuándo? (dd/mm/aaaa):  /  /

9. ¿Obtuvo recientemente la residencia legal en los Estados Unidos?  Sí  No  
En caso afirmativo, ¿cuándo? (dd/mm/aaaa):  /  /

### Cambio en las calificaciones de los ingresos o del plan de necesidades especiales u otros

10. ¿Está por perder o abandonar la cobertura que tenía con un empleador o sindicato, o perdió o abandonó recientemente tal cobertura (incluye COBRA o cobertura para jubilados)?  Sí  No  
En caso afirmativo, ¿cuál fue la última fecha de cobertura? (p. ej.: 31/12/2022):  
 /  /

Tenga en cuenta: la fecha de finalización de su cobertura debe ser el último día del mes antes de que comience su cobertura.

11. ¿Está inscrito en un plan de Medicare que esté finalizando su contrato con Medicare o está Medicare finalizando su contrato con su plan?  Sí  No

12. ¿Está inscrito en el programa a través del Seguro Social llamado Ayuda adicional para la Parte D de Medicare?  Sí  No  
¿Ha tenido Ayuda adicional para la Parte D de Medicare pero está por perder o perdió recientemente la elegibilidad?  Sí  No  
De ser así, ¿cuándo? (dd/mm/aaaa):  /  /

13. ¿Está en un programa de asistencia farmacéutica proporcionado por su estado?  Sí  No

14. ¿Perdió recientemente de manera involuntaria su cobertura acreditable de medicamentos recetados (definida como una cobertura tan buena como la Parte D de Medicare)?  Sí  No

En caso afirmativo, ¿cuándo? (dd/mm/aaaa):  /  /

15. ¿Está inscrito en un Programa Medicaid de su estado (llamado Medical Assistance) o ha estado pero está perdiendo (o hace poco perdió) elegibilidad?  Sí  No

16. ¿Abandonó recientemente un programa del Programa de atención integral para adultos mayores (Program of All-Inclusive Care for the Elderly, PACE)?  Sí  No

En caso afirmativo, ¿cuándo? (dd/mm/aaaa):  /  /

17. ¿Estuvo inscrito en un plan de necesidades especiales (Special Needs Plan, SNP), pero ya no califica para ese plan?  Sí  No

En caso afirmativo, ¿cuál es la última fecha de su cobertura? (dd/mm/aaaa):

/  /

18. ¿Se vio afectado por una emergencia o una catástrofe grave (según lo declarado por la Agencia Federal para el Manejo de Emergencias (Federal Emergency Management Agency, FEMA) o por una entidad del gobierno federal, estatal o local) y una de las otras declaraciones previas le correspondía en ese momento, pero no pudo elaborar su solicitud de inscripción en ese momento debido a la catástrofe?  Sí  No

### PASO 9. Sus opciones de la prima del plan

Puede elegir pagar su prima (incluida cualquier multa por inscripción tardía que deba actualmente o pueda deber) de las siguientes maneras. Medicare requiere una selección de método de pago, incluso si selecciona un plan de prima mensual de \$0 (**seleccione uno**):

Elijo la facturación mensual. (Una vez inscrito, puede optar por pagar con tarjeta de crédito a través de su cuenta de miembro de Aspirus Health Plan en línea).

Elijo la transferencia electrónica de fondos (EFT) mensual de una cuenta de ahorros o corriente. Proporcione:

Nombre del banco

N.º de ruta bancaria  Tipo de cuenta:  Corriente  Ahorros

N.º de cuenta bancaria

Elijo deducción automática mensual de mi cheque de beneficios del Seguro Social (Social Security, SS) o de la Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios (Railroad Retirement Board, RRB). Recibo beneficios mensuales de  SS  RRB

### Monto de ajuste mensual relacionado con los ingresos de la Parte D (IRMAA de la Parte D)

Si tiene un ingreso más alto, es posible que su cobertura de medicamentos de Medicare sea más costosa. Pagará este monto adicional, además de la prima de su plan. El Seguro Social se comunicará con usted si tiene que pagar un IRMAA de la Parte D. Este monto suele deducirse de su beneficio del Seguro Social o puede recibir una factura de Medicare (o de la Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios). NO pague a Aspirus Health Plan el IRMAA de la Parte D.

Si no selecciona ninguna opción de pago, recibirá una factura todos los meses.

**PASO 10. Lea esta información importante y firme a continuación. Nota: Todas las referencias al “plan” son al plan en el que se está inscribiendo.**

Debo mantener tanto la cobertura hospitalaria (Parte A), como la médica (Parte B) para permanecer en este plan. Al inscribirme en este plan Medicare Advantage de Aspirus Health Plan, reconozco y acuerdo que Aspirus Health Plan compartirá mi información con Medicare, quien puede usarla para rastrear mi inscripción, realizar pagos y para otros fines permitidos por la ley federal que autorizan la recopilación de esta información (consulte la Declaración de la Ley de Privacidad en este formulario). Aspirus Health Plan puede divulgar mi información para tratamientos, pagos y operaciones, de conformidad con las leyes estatales y federales y según se indica en el Aviso de prácticas de privacidad. Reconozco que leí y que entiendo el Aviso de prácticas de privacidad de Aspirus Health Plan (que se encuentra en el Resumen de beneficios y en [medicare.aspirushealthplan.com](http://medicare.aspirushealthplan.com)). Su respuesta a este formulario es voluntaria. Sin embargo, si no lo responde se podría ver afectada su inscripción en el plan. Entiendo que solo puedo inscribirme en un plan MA a la vez, y que la inscripción en este plan cesará automáticamente mi inscripción en otro plan MA (se aplican excepciones para los planes PFFS y MSA de MA). La información incluida en este formulario de inscripción es correcta según mi leal saber y entender. Comprendo que, si intencionalmente proporciono información falsa en este formulario, se cancelará mi inscripción en este plan. Entiendo que las personas que tienen Medicare no suelen tener cobertura de Medicare mientras están en el exterior, salvo una cobertura limitada cerca de la frontera de EE.UU. Sin embargo, este plan proporciona atención de emergencia en todo el mundo.

Entiendo que cuando comience esta cobertura del plan, debo obtener todos mis beneficios médicos y de medicamentos recetados de este plan. Los beneficios y servicios proporcionados por este plan e incluidos en el documento de Evidencia de cobertura (también conocido como contrato del miembro o acuerdo del suscriptor) estarán cubiertos. Ni Medicare ni este plan pagarán por beneficios o servicios que no estén cubiertos.

Entiendo que mi firma (o la firma de la persona autorizada para actuar en mi nombre según las leyes del estado en el que vivo) en esta solicitud significa que leí y entendí la información contenida en esta solicitud. Si el formulario está firmado por un representante autorizado (como se describió anteriormente), esta firma certifica que: 1) esta persona está autorizada en virtud de la ley estatal para completar esta inscripción; y 2) los documentos de esta potestad están disponibles en caso de que Medicare los solicite.

**Firma:** \_\_\_\_\_ **Fecha de hoy:** \_\_\_\_\_

***Si usted es el representante autorizado o apoderado legal (Power of Attorney, POA) que firmará en nombre de esta persona inscrita, debe firmar arriba y proporcionar la información siguiente:***

Nombre

Relación con la persona inscrita

Dirección

Número de teléfono

 -  - 

¿Usted es el POA de la persona inscrita?

Sí  No

Si la respuesta es sí, ¿adjuntó su documentación de POA?

Sí  No

Si la respuesta es no, envíe una copia del acuerdo de POA u otro documento legal a:

Attn: Enrollment, Aspirus Health Plan, P.O. Box 51, Minneapolis, MN 55440-9972

*Para responder a solicitudes futuras hechas por el POA, debemos tener el acuerdo de POA en el archivo.*

**Presente los formularios de inscripción impresos en el sobre con franqueo pagado que se adjunta.**

## **Aviso de no discriminación**

Aspirus Health Plan cumple con las leyes federales aplicables de derechos civiles y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. Aspirus Health Plan no excluye a las personas ni las trata de manera diferente debido a su raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo.

Brindamos ayudas y servicios sin cargo a las personas con discapacidades para que se comuniquen de manera efectiva con nosotros, como línea de Teletipo TTY o información escrita en otros formatos, como letra grande.

Si necesita estos servicios, llámenos al **715-631-7411 (voz)** o a la línea gratuita **1-855-931-4850 (voz)**, **715-631-7413 (TTY)** o al **1-855-931-4852 (TTY)**.

Brindamos servicios lingüísticos sin cargo a personas cuyo idioma principal no sea el inglés, como intérpretes calificados o información escrita en otros idiomas.

Si necesita estos servicios, llámenos al **número que aparece en el reverso de su tarjeta de membresía** o al **715-631-7411** o la línea gratuita **1-855-931-4850 (voz)**; **715-631-7413** o a la línea gratuita **1-855-931-4852 (TTY)**.

Si cree que Aspirus Health Plan no le proporcionó estos servicios o lo discriminó en otro aspecto por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, puede presentar una queja oral o escrita.

### Reclamo oral

Si es miembro actual de Aspirus Health Plan, llame al número que figura en el reverso de su tarjeta de membresía. En caso contrario, llame al **715-631-7411** o a la línea gratuita **1-855-931-4850 (voz)**; **715-631-7413** o a la línea gratuita **1-855-931-4852 (TTY)**. También puede usar estos números si necesita ayuda para presentar un reclamo.

### Reclamo por escrito

*Dirección postal*

Attn: Appeals and Grievances

Aspirus Health Plan

PO Box 51

Minneapolis, MN 55440

Correo electrónico: [cagMA@aspirushealthplan.com](mailto:cagMA@aspirushealthplan.com)

Fax: 715-631-7439

También puede presentar una queja de derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE.UU., electrónicamente a través del Portal de quejas de la Oficina de Derechos Civiles, disponible en

<https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf> o por correo postal o teléfono a:

U.S. Department of Health and Human Services

200 Independence Avenue SW

Room 509F, HHH Building

Washington, D.C. 20201

1-800-368-1019, 1-800-537-7697 (TDD)

Los formularios de quejas están disponibles en <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 612-676-3200/1-800-203-7225 (TTY: 612-676-6810/1-800-688-2534).

LUS CEEV: Yog tias koj hais lus Hmoob, cov kev pab txog lus, muaj kev pab dawb rau koj. Hu rau 612-676-3200/1-800-203-7225 (TTY: 612-676-6810/1-800-688-2534).

XIYYEEFFANNAA: Afaan dubbattu Oroomiffa, tajaajila gargaarsa afaanii, kanfaltiidhaan ala, ni argama. Bilbilaa 612-676-3200/1-800-203-7225 (TTY: 612-676-6810/1-800-688-2534).

CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 612-676-3200/1-800-203-7225 (TTY: 612-676-6810/1-800-688-2534).

注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 612-676-3200/1-800-203-7225 (TTY: 612-676-6810/1-800-688-2534)。

ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 612-676-3200/1-800-203-7225 (телетайп: 612-676-6810/1-800-688-2534).

ໂປດຊາບ: ຖ້າວ່າ ທ່ານເວົ້າພາສາ ລາວ, ການບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາ, ໂດຍບໍ່ເສັຽຄ່າ, ແມ່ນມີພ້ອມໃຫ້ທ່ານ. ໂທ 612-676-3200/1-800-203-7225 (TTY: 612-676-6810/1-800-688-2534).

ማስታወሻ: የሚናገሩት ቋንቋ ኣማርኛ ከሆነ የትርጉም እርዳታ ድርጅቶቻችን በነጻ ሊያግዝዎት ተዘጋጅተዋል። ወደ ሚከተለው ቁጥር ይደውሉ 612-676-3200/1-800-203-7225 (መስማት ለተሳናቸው: 612-676-6810/1-800-688-2534).

ဟံသုဂ်ဟံသု: -နမူကတိ ကညိ ကျိအယိ, နမနူ ကျိအတိမစာလေ တလက်ဘုဂ်လက်စူ နိတမံဘဂ်သုနုဂ်လိ။ ဝိ: 612-676-3200/1-800-203-7225 (TTY: 612-676-6810/1-800-688-2534).

ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung. Rufnummer: 612-676-3200/1-800-203-7225 (TTY: 612-676-6810/1-800-688-2534).

ប្រយ័ត្ន: បើសិនជាអ្នកនិយាយភាសាអង់គ្លេស, រសវាជំនួយវេជ្ជករភាសា ដោយមិនគិតល្អល គឺអាចមានសំរាប់អ្នក។ ចូរ ទូរស័ព្ទ 612-676-3200/1-800-203-7225 (TTY: 612-676-6810/1-800-688-2534)។

ملحوظة: إذا كنت تتحدث اذكر اللغة، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم 612-676-3200/1-800-203-7225 (رقم هاتف الصم والبكم: 612-676-6810/1-800-688-2534).

ATTENTION : Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le 612-676-3200/1-800-203-7225 (ATS : 612-676-6810/1-800-688-2534).

주의: 한국어를 사용하지는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 612-676-3200/1-800-203-7225 (TTY: 612-676-6810/1-800-688-2534) 번으로 전화해 주십시오.

PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 612-676-3200/1-800-203-7225 (TTY: 612-676-6810/1-800-688-2534).