

Mẫu Đơn Cho Phép của Hội Viên được đính kèm. Vui lòng điền vào toàn bộ mẫu đơn, ký tên và gửi lại cho Chương Trình Providence Medicare Advantage.

Các Yêu Cầu về Tiết Lộ Thông Tin Hội Viên

Chương Trình Providence Medicare Advantage cam kết bảo vệ quyền riêng tư cho các hội viên của chúng tôi. Thi thoảng sẽ có những lúc một người thân yêu cần hỗ trợ đưa ra các quyết định khác nhau liên quan đến bảo hiểm y tế của hội viên, thu xếp tài chính, lựa chọn bác sĩ chăm sóc chính và các vấn đề khác. Những trường hợp này thường là do tình huống hội viên không khỏe mạnh hoặc trạng thái tâm thần suy giảm. Để phục vụ nhu cầu tốt hơn cho các hội viên trong Chương Trình Providence Medicare Advantage và gia đình họ; vui lòng xem thông báo về hợp đồng bảo hiểm của chúng tôi liên quan đến việc tiết lộ thông tin hội viên.

Chương Trình Providence Medicare Advantage sẽ không tiết lộ thông tin hội viên cho gia đình và bạn bè nếu không có một (hoặc nhiều) biểu mẫu có hiệu lực sau đây trong hồ sơ:

- Bản sao của tài liệu pháp lý nêu rõ người giám hộ hoặc người bảo hộ hợp pháp do tòa án chỉ định.
- Giấy Ủy Quyền về Chăm Sóc Sức Khỏe và Chỉ Thị cho Các Bác Sĩ.
- Mẫu đơn Ủy quyền của Thành viên(được đính kèm)
- Bản sao của Giấy Ủy Quyền Chung (với ngôn ngữ cụ thể cho phép người được chỉ định thực hiện các thay đổi hoặc thu nhận thông tin).

Do nội dung có nhiều thay đổi, nên các tài liệu trên không đảm bảo những người thân yêu của quý vị có quyền truy cập thông tin và quyền ra quyết định giống như hội viên hoặc người giám hộ hợp pháp của hội viên.

Quý vị có thể gửi mẫu đơn Cho Phép của Hội Viên cho Chương Trình Providence Medicare Advantage tại:

Providence Medicare Advantage Plans
PO Box 5548
Portland Oregon 97228-5548

Quý vị có thể gửi mẫu đơn Cho Phép của Hội Viên qua fax theo số 503-574-8608 hoặc quý vị có thể đích thân nộp mẫu đơn (nếu gửi qua đường bưu điện, chỉ sử dụng địa chỉ hòm thư bưu điện được liệt kê ở trên) đến địa chỉ sau:

Providence Medicare Advantage Plans
3601 SW Murray Blvd. #10
Beaverton Oregon 97005-2359

Xin Lưu Ý: Mẫu đơn đính kèm phải được điền đầy đủ thông tin, ký tên, ghi ngày tháng.

Nếu quý vị có bất kỳ thắc mắc hoặc quan ngại nào khác, quý vị có thể liên hệ với Nhóm Dịch Vụ Khách Hàng của Chương Trình Providence Medicare Advantage theo số 503-574-8000 hoặc 1-800-603-2340. Nếu quý vị bị khiếm thính và sử dụng một Thiết Bị Điện Thoại Văn Bản (TTY), vui lòng gọi cho đường dây TTY của chúng tôi theo số 711. Bộ phận hỗ trợ Dịch Vụ Khách Hàng luôn sẵn sàng giải đáp các thắc mắc, bảy ngày trong tuần, từ 8 a.m. đến 8 p.m. (theo giờ Thái Bình Dương)

Cảm ơn quý vị,

Chương Trình Providence Medicare Advantage

MẪU ĐƠN CHO PHÉP CỦA HỘI VIÊN

By completing the Member Authorization form, you are telling Providence Medicare Advantage Plans that you chose the named person in Part B below and this form allows Providence Medicare Advantage Plans to disclose your Protected Health Information (PHI) and Personally Identifiable Information (PII) to the person you choose.

Bằng cách hoàn thành mẫu đơn Ủy quyền của Thành viên, quý vị đang thông báo cho Chương trình Providence Medicare Advantage rằng quý vị đã chọn người có tên trong Phần B bên dưới và mẫu đơn này cho phép Chương trình Providence Medicare Advantage tiết lộ Thông tin Sức khỏe được Bảo vệ (PHI) và Thông tin Nhận dạng Cá nhân (PII) của quý vị cho người quý vị chọn.

Part A. Information about the member whose healthcare information will be disclosed.

Phần A. Thông tin về hội viên có thông tin chăm sóc sức khỏe sẽ được tiết lộ.

Part B. Name of the person or company you are authorizing to receive your PHI/PII.

Phần B. Tên của cá nhân hoặc công ty mà quý vị cho phép nhận PHI/PII của quý vị.

Part C. The reason for your authorization? For the personal use of the member, for a specific reason or event or for a legal purpose.

Phần C. Lý do mà quý vị cho phép? Cho mục đích sử dụng cá nhân của hội viên, vì một lý do hoặc sự kiện cụ thể hoặc cho mục đích hợp pháp.

Part D. Tell us what information may be disclosed.

Phần D. Hãy cho chúng tôi biết thông tin nào có thể được tiết lộ.

All Information: Check if authorizing “all PHI” as listed to be shared with the person or company listed in PART B except for Sensitive Health Information.

Tất cả Thông tin: Đánh dấu nếu cho phép chia sẻ “tất cả PHI” như được liệt kê với cá nhân hoặc công ty được liệt kê trong PHẦN B ngoại trừ Thông tin Sức khỏe Nhạy cảm.

Or

Hoặc

Only the information specified: Check each item you are authorizing.

Chỉ thông tin được chỉ định: Hãy đánh dấu từng mục quý vị đang cho phép.

Part E. Tell us what sensitive information may be disclosed.

Phần E. Hãy cho chúng tôi biết những thông tin nhạy cảm nào có thể được tiết lộ.

Sensitive Health Information: Please note that you will need to place your initials next to the Sensitive Information if you wish to authorize release of this information.

Thông tin Sức khỏe Nhạy cảm: Vui lòng lưu ý rằng quý vị sẽ cần đặt tên viết tắt của mình bên cạnh Thông tin Nhạy cảm nếu quý vị muốn cho phép tiết lộ thông tin này.

Part F. You may allow the person in PART B to perform administrative functions on your behalf.

Phần F. Quý vị có thể cho phép cá nhân ở PHẦN B thay mặt quý vị thực hiện các chức năng hành chính.

Part G. Date your Authorization Expires

Phần G. Ngày mà Ủy quyền của quý vị Hết hạn

Part H. You have the right to revoke your authorization and you understand what you have authorized

Phần H. Quý vị có quyền hủy bỏ sự cho phép của mình và quý vị hiểu những gì quý vị đã cho phép.

Part I. Your Approval (signature & date)

Phần I. Sự Chấp thuận của Quý vị (chữ ký & ngày tháng)

MẪU ĐƠN CHO PHÉP CỦA HỘI VIÊN



Use this form to authorize Providence Medicare Advantage Plans to use or to disclose your health information to another person or company. The Authorization Form must be completed in full for it to be valid. Please complete the following information exactly as it appears on your member identification (ID) card.

Sử dụng mẫu đơn này để cho phép Chương Trình Providence Medicare Advantage sử dụng hoặc tiết lộ thông tin sức khỏe của quý vị cho một cá nhân hoặc công ty khác. Phải điền đầy đủ thông tin vào Mẫu đơn Ủy quyền thì mới có giá trị. Vui lòng điền chính xác các thông tin sau như trên thẻ nhận dạng (ID) hội viên của quý vị.

PART A: MEMBER INFORMATION PHẦN A: THÔNG TIN THÀNH VIÊN		
Member Last Name Họ của Thành viên	Member First Name Tên của Thành viên	Middle Initial Chữ cái đầu Tên đệm
Member Date of Birth Ngày sinh của Thành viên	Member Identification Number (See your member ID card) Số Nhận dạng của Thành viên (Xem thẻ ID hội viên của quý vị)	Group Number (See your member ID card) Mã số Nhóm (Xem thẻ ID hội viên của quý vị)
Member Home/Street Address Địa chỉ Đường phố/Nhà riêng của Thành viên	City and State, Zip Code Thành phố và Tiểu bang, Mã Zip	Preferred Phone # Số điện thoại Ưu tiên
PART B: PERSON OR COMPANY WHO WILL RECEIVE THIS INFORMATION PHẦN B: CÁ NHÂN HOẶC CÔNG TY SẼ NHẬN ĐƯỢC THÔNG TIN NÀY		
<p>The following person(s), facility or company have the right to receive my protected health/personal information. (They must be 18 years of age or older). Please fill in the below: (Những) cá nhân, cơ sở hoặc công ty sau đây có quyền nhận thông tin cá nhân/sức khỏe được bảo vệ của tôi. (Họ phải từ 18 tuổi trở lên). Vui lòng điền thông tin bên dưới:</p> <p>Recipient's Name/Tên Người nhận: Relationship to Member/Mối quan hệ với Thành viên:</p> <p>(Spouse/Domestic Partner/Friend/Caretaker/Broker/Other) (Vợ/Chồng/Bạn đời Sống chung Bạn bè/Người Chăm sóc/Người Môi giới/Người khác)</p>		

PART C: THE REASON FOR MY AUTHORIZATION (check one):

PHẦN C: LÝ DO TÔI ỦY QUYỀN (đánh dấu vào một mục):

- Personal Use/Sử dụng Cá nhân
- Only for this reason/event(s)/Chỉ cho (các) lý do/sự kiện này:
(Only applies for a specific reason or event, an example might be to settle a claim or a one-time release)
(Chỉ áp dụng cho một lý do hoặc sự kiện cụ thể, ví dụ có thể là để giải quyết khiếu nại hoặc thời gian tiết lộ)
- Legal Purpose/Mục đích Pháp lý

PART D: INFORMATION THAT CAN BE RELEASED BY PROVIDENCE MEDICARE ADVANTAGE PLANS

PHẦN D: THÔNG TIN CÓ THỂ ĐƯỢC CHƯƠNG TRÌNH PROVIDENCE MEDICARE ADVANTAGE TIẾT LỘ

I allow the following information to be disclosed by Providence Medicare Advantage Plans on my behalf to the person in PART B.

Tôi cho phép Chương trình Providence Medicare Advantage thay mặt tôi tiết lộ thông tin sau đây cho cá nhân trong PHẦN B.

All Information (as listed to the right):

Check if authorizing all PHI to be shared with the person or company listed in Part B above except for Sensitive Health Information. **(Please note that you still need to initial the boxes for sharing any Sensitive Information if you wish to authorize release of this information.)**

Tất cả Thông tin (như được liệt kê ở bên phải):

Đánh dấu nếu cho phép chia sẻ tất cả PHI với cá nhân hoặc công ty được liệt kê trong Phần B ở trên, ngoại trừ Thông tin Sức khỏe Nhạy cảm. **(Vui lòng lưu ý rằng quý vị vẫn cần viết tên tất vào các ô để có thể chia sẻ bất kỳ Thông tin Nhạy cảm nào nếu quý vị muốn cho phép tiết lộ thông tin này.)**

**Only the information specified below:
(Please check each one that applies):**

**Chỉ thông tin được chỉ định bên dưới:
(Vui lòng đánh dấu từng mục phù hợp):**

- Eligibility/Benefits/Điều kiện Hội đủ/Quyền lợi
- Enrollment/Ghi danh
- Claims Information/Thông tin Yêu cầu Thanh toán
- Clinical Notes/Ghi chú Lâm sàng
- Medical Information (diagnosis, treatment, medication)/Thông tin Y tế (chẩn đoán, điều trị, thuốc)
- Premium Information/
Resolve Billing Questions/Problems/Thông tin về Phí Bảo hiểm/
Giải quyết Thắc mắc/Vấn đề về Lập Hóa đơn
- Referrals and Authorization of Medical Services /Giấy Giới thiệu và Ủy quyền Các Dịch vụ Y tế

PART E: I ALSO APPROVE THE RELEASE OF SENSITIVE INFORMATION
PHẦN E: TÔI CŨNG CHẤP THUẬN VIỆC TIẾT LỘ THÔNG TIN NHẠY CẢM

If the information to be used/disclosed contains any of the types of records or information listed below, additional laws relating to the use and disclosure of the information may apply.

Nếu thông tin được sử dụng/tiết lộ chứa bất kỳ loại hồ sơ hoặc thông tin nào được liệt kê bên dưới, có thể áp dụng các luật bổ sung liên quan đến việc sử dụng và tiết lộ thông tin đó.

*I understand that my alcohol/substance abuse records are protected under Federal and State confidentiality laws and regulations and cannot be disclosed without my written consent unless otherwise provided for in the laws and regulations. I understand and agree that the below information will only be disclosed if I **place my initials** in the applicable space next to the type of information.

*Tôi hiểu rằng các hồ sơ về lạm dụng rượu/chất kích thích của tôi được bảo vệ theo luật và quy định về bảo mật của Liên Bang và Tiểu Bang và không thể được tiết lộ nếu không có sự đồng ý bằng văn bản của tôi trừ khi có quy định khác trong các luật và quy định. Tôi hiểu và đồng ý rằng thông tin dưới đây sẽ chỉ được tiết lộ nếu tôi **viết tên tắt của mình** vào khoảng trống tương ứng bên cạnh loại thông tin đó.

_____ AIDS or HIV/AIDS hoặc HIV

_____ Alcohol/Drug/Substance Abuse (diagnosis, treatment or referral information)*/Lạm dụng rượu/Ma túy/Chất kích thích Thông tin chẩn đoán, điều trị hoặc giới thiệu)*

_____ Genetic Information (services or tests)/Thông tin Di truyền (dịch vụ hoặc xét nghiệm)

_____ Maternity/Pregnancy (reproductive health)/Thai sản/Mang thai (sức khỏe sinh sản)

_____ Mental Health Data and Records/Dữ liệu và Hồ sơ Sức khỏe Tâm thần

_____ Sexually Transmitted Illness/Disease (testing and treatment)/Bệnh lây truyền qua đường tình dục (xét nghiệm và điều trị)

PART F: PERMISSION TO ACT ON MY BEHALF
PHẦN F: CHO PHÉP HÀNH ĐỘNG THAY MẶT TÔI

To perform **EVERY ACT** listed below/Để thực hiện **MỌI HÀNH ĐỘNG** được liệt kê bên dưới
OR/HOẶC

To perform **ONLY** those acts *check marked below*:

Để **CHỈ** thực hiện những hành động *được đánh dấu dưới đây*:

- Request a new ID card/Yêu cầu một thẻ ID mới
- Change my Address/Thay đổi Địa chỉ của tôi
- Inquire/Choose/Change my Primary Care/Yêu cầu/Chọn/Thay đổi Bác sĩ Chăm sóc Chính của tôi
- Enroll/Disenroll me from the Plan/Ghi danh/Rút tên tôi khỏi Chương Trình
- Correct Missing/Erroneous Demographic Information (age, gender, marital status, race)/Chỉnh sửa Thông tin Nhân khẩu Học bị Thiếu/Sai sót (tuổi, giới tính, tình trạng hôn nhân, chủng tộc)

PART G: DATE YOUR AUTHORIZATION EXPIRES: (check one):
PHẦN G: NGÀY SỰ ỦY QUYỀN CỦA QUÝ VỊ HẾT HẠN: (đánh dấu một mục):

Please check the below **expiration date** you wish to have for this authorization:
Vui lòng đánh dấu **ngày hết hạn** bên dưới mà quý vị muốn đối với sự cho phép này:

- Maximum** allowed time of **12 months** from the date of signature/Thời gian cho phép **tối đa là 12 tháng** kể từ ngày ký
- Other Date/Event listed here: (**Only If** less than 12 months)/Ngày/Sự kiện khác được liệt kê ở đây: (**Chỉ Khi** dưới 12 tháng)

If there is no earlier expiration date/event indicated, this authorization shall be in force and in effect until it expires 12 months from the date of signature

Nếu không có ngày/sự kiện hết hạn sớm hơn được chỉ định, sự cho phép này sẽ có hiệu lực cho đến khi hết hạn sau 12 tháng kể từ ngày ký

PART H: REVOCATION AND REVIEW
PHẦN H: HỦY BỎ VÀ XEM XÉT

I have the right to revoke this Authorization in writing at any time. If I revoke my Authorization, the information described above will no longer be used or disclosed for the reasons stated on this written Authorization, except to the extent that Providence Medicare Advantage Plans already has already acted in reliance on my Authorization. Any uses or disclosures already made with my Authorization cannot be taken back. To revoke this Authorization, please send a written statement to Providence Medicare Advantage Plans at P.O. Box 5548, Portland, OR 97228 and state that you are revoking this Authorization. Please include a copy of the original Authorization if available.

Otherwise, please include your name, ID# and date of birth, the name of the person(s) whom you would like to revoke from receiving your protected health information.

Bất cứ lúc nào tôi cũng có quyền thu hồi Giấy Ủy quyền này bằng văn bản. Nếu tôi hủy bỏ Ủy quyền của mình, thông tin được mô tả ở trên sẽ không còn được sử dụng hoặc tiết lộ vì những lý do đã nêu trong văn bản Cho Phép này, ngoại trừ trong phạm vi mà Chương trình Providence Medicare Advantage đã hành động dựa trên Ủy quyền của tôi. Bất kỳ việc sử dụng hoặc tiết lộ nào đã được thực hiện với Sự Cho Phép của tôi đều không thể rút lại. Để hủy bỏ Ủy quyền này, vui lòng gửi tuyên bố bằng văn bản tới Chương trình Providence Medicare Advantage tại P.O. Box 5548, Portland, OR 97228 và nêu rõ rằng quý vị đang hủy bỏ Sự Cho Phép này. Vui lòng gửi kèm bản sao của giấy Ủy quyền gốc nếu có.

Nếu không, vui lòng gửi kèm tên, số ID và ngày sinh của quý vị, tên của (những) cá nhân mà quý vị muốn hủy bỏ việc nhận thông tin sức khỏe được bảo vệ của quý vị.

The revocation will be effective immediately upon Providence Medicare Advantage Plans' receipt and processing of your written statement. **Please note:** that if you have authorized the release of **ONLY** alcohol or substance use treatment records, you may revoke this authorization verbally.

Revocation involving all other types of health care records must be done in writing.

Việc hủy bỏ sẽ có hiệu lực ngay lập tức khi Chương trình Providence Medicare Advantage nhận và xử lý tuyên bố bằng văn bản của quý vị. **Vui lòng lưu ý:** nếu quý vị đã cho phép **CHỈ** tiết lộ hồ sơ điều trị sử dụng rượu hoặc chất kích thích, quý vị có thể hủy bỏ sự cho phép này bằng lời nói.

Việc hủy bỏ liên quan đến tất cả các loại hồ sơ chăm sóc sức khỏe khác phải được thực hiện bằng văn bản.

I have read the contents of this authorization. I understand, agree, and allow Providence Medicare Advantage Plans to use and disclose my information as I have stated above. I also understand that signing this authorization form is of my own free will. I understand that Providence Medicare Advantage Plans does not require that I sign this authorization form in order for me to receive treatment, payment, or for enrollment or being eligible for benefits. I understand that the information used or disclosed pursuant to this Authorization may be subject to re-disclosure and no

longer be protected under federal law. However, I also understand that federal or state law may restrict re-disclosure of HIV/AIDS test or result information, mental health information, genetic information and drug/alcohol diagnosis, treatment or referral information.

Tôi đã đọc các nội dung của giấy cho phép này. Tôi hiểu, đồng ý và cho phép Chương trình Providence Medicare Advantage sử dụng và tiết lộ thông tin của tôi như tôi đã nêu ở trên. Tôi cũng hiểu rằng việc ký vào giấy cho phép này là do tôi tự nguyện. Tôi hiểu rằng Chương trình Providence Medicare Advantage không yêu cầu tôi phải ký vào mẫu đơn cho phép này để tôi được điều trị, thanh toán, hoặc ghi danh hoặc đủ điều kiện nhận các quyền lợi. Tôi hiểu rằng thông tin được sử dụng hoặc tiết lộ theo giấy Cho Phép này có thể bị tiết lộ lại và không còn được bảo vệ theo luật liên bang. Tuy nhiên, tôi cũng hiểu rằng luật liên bang hoặc tiểu bang có thể hạn chế việc tiết lộ lại thông tin kết quả hoặc xét nghiệm HIV/AIDS, thông tin sức khỏe tâm thần, thông tin di truyền và chẩn đoán, điều trị hoặc giới thiệu về ma túy/rượu.

PART I: APPROVAL MEMBER (SIGNATURE AND DATE

PHẦN I: THÀNH VIÊN CHẤP THUẬN (CHỮ KÝ VÀ NGÀY)

By/Bởi: _____ Date/Ngày: _____
(Member Signature /Chữ ký của Thành viên)

—
OR
HOẶC
—

By/Bởi: _____ Date/Ngày: _____
(Member's Designated Legal Representative/Guardian Signature)
(Chữ ký của Người đại diện/Người giám hộ Hợp pháp được Chỉ định của Hội viên)

Relationship to member/Quan hệ với hội viên: Parent/Phụ huynh Legal guardian*/Người giám hộ hợp pháp* Holder of Power of Attorney*/Người Nắm giữ Giấy ủy quyền*

***If this form is signed by someone other than the member or Parent, please attach legal documentation if you are the legal guardian or Holder of Power of Attorney.**

***Nếu mẫu đơn này được ký bởi người nào đó không phải là hội viên hoặc Phụ huynh, vui lòng đính kèm tài liệu pháp lý nếu quý vị là người giám hộ hợp pháp hoặc Người Nắm giữ Giấy ủy quyền.**

PLEASE KEEP A COPY OF THIS FORM FOR YOUR RECORDS

VUI LÒNG GIỮ MỘT BẢN SAO CỦA MẪU ĐƠN NÀY CHO HỒ SƠ CỦA QUÝ VỊ

Multi-Language Insert

Multi-language Interpreter Services

English: We have free interpreter services to answer any questions you may have about our health or drug plan. To get an interpreter, just call us at 1-800-603-2340 (TTY: 711). Someone who speaks English/Language can help you. This is a free service.

Spanish: Tenemos servicios de intérprete sin costo alguno para responder cualquier pregunta que pueda tener sobre nuestro plan de salud o medicamentos. Para hablar con un intérprete, por favor llame al 1-800-603-2340 (TTY: 711). Alguien que hable español le podrá ayudar. Este es un servicio gratuito.

Chinese Mandarin: 我们提供免费的翻译服务，帮助您解答关于健康或药物保险的任何疑问。如果您需要此翻译服务，请致电 1-800-603-2340 (TTY: 711)。我们的中文工作人员很乐意帮助您。这是一项免费服务。

Chinese Cantonese: 您對我們的健康或藥物保險可能存有疑問，為此我們提供免費的翻譯服務。如需翻譯服務，請致電 1-800-603-2340 (TTY: 711)。我們講中文的人員將樂意為您提供幫助。這是一項免費服務。

Tagalog: Mayroon kaming libreng serbisyo sa pagsasaling-wika upang masagot ang anumang mga katanungan ninyo hinggil sa aming planong pangkalusugan o panggamot. Upang makakuha ng tagasaling-wika, tawagan lamang kami sa 1-800-603-2340 (TTY: 711). Maaari kayong tulungan ng isang nakakapagsalita ng Tagalog. Ito ay libreng serbisyo.

French: Nous proposons des services gratuits d'interprétation pour répondre à toutes vos questions relatives à notre régime de santé ou d'assurance-médicaments. Pour accéder au service d'interprétation, il vous suffit de nous appeler au 1-800-603-2340 (TTY: 711). Un interlocuteur parlant Français pourra vous aider. Ce service est gratuit.

Vietnamese: Chúng tôi có dịch vụ thông dịch miễn phí để trả lời các câu hỏi về chương sức khỏe và chương trình thuốc men. Nếu quý vị cần thông dịch viên xin gọi 1-800-603-2340 (TTY: 711) sẽ có nhân viên nói tiếng Việt giúp đỡ quý vị. Đây là dịch vụ miễn phí.

German: Unser kostenloser Dolmetscherservice beantwortet Ihren Fragen zu unserem Gesundheits- und Arzneimittelplan. Unsere Dolmetscher erreichen Sie unter 1-800-603-2340 (TTY: 711). Man wird Ihnen dort auf Deutsch weiterhelfen. Dieser Service ist kostenlos.

Korean: 당사는 의료 보험 또는 약품 보험에 관한 질문에 대해 드리고자 무료 통역 서비스를 제공하고 있습니다. 통역 서비스를 이용하려면 전화 1-800-603-2340 (TTY: 711)번으로 문의해 주십시오. 한국어를 하는 담당자가 도와 드릴 것입니다. 이 서비스는 무료로 운영됩니다.

Russian: Если у вас возникнут вопросы относительно страхового или медикаментного плана, вы можете воспользоваться нашими бесплатными услугами переводчиков. Чтобы воспользоваться услугами переводчика, позвоните нам по телефону 1-800-603-2340 (TTY: 711). Вам окажет помощь сотрудник, который говорит по-русски. Данная услуга бесплатная.

Arabic: إننا نقدم خدمات المترجم الفوري المجانية للإجابة عن أي أسئلة تتعلق بالصحة أو جدول الأدوية لدينا. للحصول على مترجم فوري، ليس عليك سوى الاتصال بنا على 1-800-603-2340 (TTY: 711). سيقوم شخص ما يتحدث العربية بمساعدتك. هذه خدمة مجانية.

Hindi: हमारे स्वास्थ्य या दवा की योजना के बारे में आपके किसी भी प्रश्न के जवाब देने के लिए हमारे पास मुफ्त दुभाषिया सेवाएँ उपलब्ध हैं. एक दुभाषिया प्राप्त करने के लिए, बस हमें 1-800-603-2340 (TTY: 711) पर फोन करें. कोई व्यक्ति जो हिन्दी बोलता है आपकी मदद कर सकता है. यह एक मुफ्त सेवा है.

Italian: È disponibile un servizio di interpretariato gratuito per rispondere a eventuali domande sul nostro piano sanitario e farmaceutico. Per un interprete, contattare il numero 1-800-603-2340 (TTY: 711). Un nostro incaricato che parla Italianovi fornirà l'assistenza necessaria. È un servizio gratuito.

Portugués: Dispomos de serviços de interpretação gratuitos para responder a qualquer questão que tenha acerca do nosso plano de saúde ou de medicação. Para obter um intérprete, contacte-nos através do número 1-800-603-2340 (TTY: 711). Irá encontrar alguém que fale o idioma Português para o ajudar. Este serviço é gratuito.

French Creole: Nou genyen sèvis entèprèt gratis pou reponn tout kesyon ou ta genyen konsènan plan medikal oswa dwòg nou an. Pou jwenn yon entèprèt, jis rele nou nan 1-800-603-2340 (TTY: 711). Yon moun ki pale Kreyòl kapab ede w. Sa a se yon sèvis ki gratis.

Polish: Umożliwiamy bezpłatne skorzystanie z usług tłumacza ustnego, który pomoże w uzyskaniu odpowiedzi na temat planu zdrowotnego lub dawkowania leków. Aby skorzystać z pomocy tłumacza znającego język polski, należy zadzwonić pod numer 1-800-603-2340 (TTY: 711). Ta usługa jest bezpłatna.

Japanese: 当社の健康 健康保険と薬品 処方薬プランに関するご質問にお答えするために、無料の通訳サービスがあります。通訳をご用命になるには、1-800-603-2340 (TTY: 711) にお電話ください。日本語を話す人 者が支援いたします。これは無料のサービスです。