

Formulario de Inscripción Individual y Familiar Montana



¡Muchas gracias por elegir a PacificSource!

Usted también puede inscribirse en línea en [PacificSource.com](https://www.pacificsource.com).

Esto es lo que usted necesitará para llenar este formulario de inscripción:

- Una pluma con tinta azul o negra.
- Información de cualquier compañía aseguradora que actualmente o recientemente le haya proporcionado una cobertura a usted o a su familia (tal como su antigua tarjeta de ID). Esta información es necesaria para determinar la cobertura acreditable.
- Una copia de cualquier documento que usted pueda necesitar para demostrar la tutela legal.
- La información de su agente de seguros de salud, en caso de que aplique.
- El pago de su prima del primer mes (es necesario pagar antes de que su póliza entre en vigor).

Usted es elegible para inscribirse siempre y cuando:

- Usted y sus dependientes (en caso de que se inscriban) no están recibiendo beneficios bajo Medicare Parte A o Medicare Parte B ni están inscritos en un plan Medicare Choice o Advantage.
- Usted es un residente del estado de Montana.
- Su cónyuge/pareja doméstica (en caso de que aplique) legalmente es su cónyuge legal/pareja doméstica.
- Sus hijos o los hijos de su cónyuge legal/pareja doméstica (en caso de que aplique) son sus hijos naturales o adoptados, o bien, usted es su tutor legal.
- Su empleador no pagará ni le reembolsará cualquier parte de la prima. Usted puede recibir un reembolso si su empleador ofrece una cuenta de reembolso de salud de cobertura individual (ICHRA).

Nota: Si usted es elegible para recibir asistencia financiera federal, deberá solicitar la cobertura a través de [Healthcare.gov](https://www.healthcare.gov).

¿Necesita usted ayuda?

Si usted tiene alguna duda sobre cualquier sección de este formulario de inscripción, podemos ayudarle con gusto. Llámenos al teléfono **855-330-2792**, TTY: 711. Aceptamos llamadas del servicio de retransmisión.

¿Qué sucede cuando recibimos su solicitud?

Comenzaremos a procesar su solicitud. Si usted cumple con los requisitos y realiza el pago, en las próximas semanas recibirá varias cosas de nosotros. Para recibir la información de una manera más rápida, incluya su dirección de email en la solicitud.

1. Un Resumen de Beneficios y Cobertura
2. Información para miembros nuevos
3. Su(s) tarjeta(s) de identificación
4. Su póliza completa

Por favor conserve una copia de esta solicitud para su expediente.

Esta solicitud es para una cobertura médica individual de PacificSource. Si usted solamente desea inscribirse en una cobertura dental con PacificSource, por favor llene el Formulario de Inscripción Individual y Familiar del plan dental en vez de este documento. Visite Shop.PacificSource.com/individual. Después de responder a algunas preguntas, haga click en **Planes Dentales**. ¿Necesita usted ayuda? Póngase en contacto con un Asesor de Cobertura de PacificSource al teléfono **855-330-2792**.

1 ¿Qué tipo de cobertura desea usted?

Cobertura nueva

- Solamente para mí
- Para mí + mi cónyuge/pareja doméstica
- Para mí + mi familia
- Solamente para mi(s) hijo(s)
o dependiente(s) legal(es)

Cambio en mi cobertura actual

Núm. de ID actual de PacificSource _____

(Esta información aparece en su tarjeta de ID).

- Agregar a miembro(s) de la familia (Llene la sección 5)
- Cambiar mi plan como se indica abajo

Fechas de vigencia de la cobertura

Motivo de inscripción: Evento calificativo (explique abajo) Periodo de inscripciones abiertas

Evento calificativo _____ Fecha del evento ____/____/____

¿En qué fecha desea iniciar su cobertura? ____/____ mes/año.

Es necesario presentar la documentación correspondiente si usted se inscribe fuera del periodo de inscripciones abiertas o si agrega dependientes.

2 Elija un plan médico

Para conocer la información sobre los beneficios de su plan, por favor visite PacificSource.com o consulte el folleto de nuestro Plan Individual y Familiar de Montana.

Core

Disponible en todo el estado.

- | | |
|-----------------|------------------------------|
| Gold 1500 | Bronze HSA 10600 |
| Silver 3500 | Standard Gold |
| Silver 4000 | Standard Silver |
| Silver 5000 | Standard Expanded Bronze HSA |
| Bronze HSA 8300 | |

Esta póliza no incluye una cobertura dental pediátrica, misma que es considerada como un beneficio de salud esencial según la Ley para el Cuidado de la Salud Asequible (Affordable Care Act). En el mercado de seguros se puede contratar una póliza de cobertura dental pediátrica por separado. Por favor consulte a su agente de seguros, a PacificSource o al mercado de seguros de su estado si usted desea contratar una póliza de cuidados dentales por separado. Si usted está intentando contratar este plan por fuera del mercado de seguros, no será elegible para contratarlo a menos de que usted actualmente tenga o vaya a obtener una cobertura con un plan de salud calificado (QHP)-plan dental pediátrico certificado con cualquier aseguradora. Esto aplica a los adultos y a los menores de edad. Ofrecemos planes dentales pediátricos con certificación QHP, mismos que usted es elegible para contratar a través del mercado de seguros o directamente con PacificSource. Por favor visite nuestro sitio web PacificSource.com para conocer sus opciones o póngase en contacto con su agente de seguros para obtener mayor información.

3 Elija un plan dental (Si usted no se inscribirá en una cobertura dental, continúe con la siguiente sección).

- | | |
|---------------------------------|--|
| Plan Dental Choice 0-20-50 1000 | Plan Kids Dental Choice 0-20-50 (cobertura para miembros de 18 años de edad y menores) |
| Plan Dental Choice 0-20-50 1500 | |

Estas pólizas incluyen una cobertura dental pediátrica que cumple con los requerimientos de la Ley para el Cuidado de la Salud Asequible (Affordable Care Act).

6 | **Hijo(a) dependiente (Continúe con la sección 7 si usted no desea inscribir a sus dependientes).**

Nombre (primer nombre, inicial del 2do nombre, apellido) _____

Sexo asignado al nacer (M/F) _____ Identidad de género* _____ Núm. del Seguro Social _____

Raza/origen étnico** _____ Fecha de nacimiento (MM-DD-AA) _____

Proveedor de atención primaria _____

¿Es usted un paciente actualmente? Sí No

¿Utiliza usted productos del tabaco?*** Sí No

Si la respuesta es "Sí", ¿el uso del tabaco se debe a propósitos religiosos o ceremoniales de los Nativos Americanos o los Nativos de Alaska? Sí No

Hijo(a) dependiente

Nombre (primer nombre, inicial del 2do nombre, apellido) _____

Sexo asignado al nacer (M/F) _____ Identidad de género* _____ Núm. del Seguro Social _____

Raza/origen étnico** _____ Fecha de nacimiento (MM-DD-AA) _____

Proveedor de atención primaria _____

¿Es usted un paciente actualmente? Sí No

¿Utiliza usted productos del tabaco?*** Sí No

Si la respuesta es "Sí", ¿el uso del tabaco se debe a propósitos religiosos o ceremoniales de los Nativos Americanos o los Nativos de Alaska? Sí No

Hijo(a) dependiente

Nombre (primer nombre, inicial del 2do nombre, apellido) _____

Sexo asignado al nacer (M/F) _____ Identidad de género* _____ Núm. del Seguro Social _____

Raza/origen étnico** _____ Fecha de nacimiento (MM-DD-AA) _____

Proveedor de atención primaria _____

¿Es usted un paciente actualmente? Sí No

¿Utiliza usted productos del tabaco?*** Sí No

Si la respuesta es "Sí", ¿el uso del tabaco se debe a propósitos religiosos o ceremoniales de los Nativos Americanos o los Nativos de Alaska? Sí No

Por favor utilice hojas adicionales si es necesario He anexado _____ hojas adicionales

7 Información sobre mis otros seguros

Por favor indique la cobertura de cualquier seguro de salud o dental más reciente que usted o alguno de los miembros de la familia enlistados en este formulario de inscripción hayan tenido, incluyendo seguros comerciales (seguro de grupo del empleador o seguro individual), Medicaid, Medicare, Medicare Advantage, seguro suplementario de Medicare o una cobertura dental pediátrica.

Sin cobertura previa

Nombre de la(s) otra(s) aseguradora(s) (incluya dirección y número de teléfono, si lo conoce)

Tipo de cobertura (marque todas las opciones que apliquen)

Médica Cobertura visual Dental pediátrica Dental para adultos

Nombre(s) de la(s) persona(s) cubierta(s)

Fecha de inicio de la cobertura ____/____/____ Fecha de terminación de la cobertura ____/____/____

¿Está activa la cobertura? Sí No Núm. de póliza _____

Si es un seguro de grupo, indique el nombre del grupo _____

8 Certificación, autorización y firma

Asegúrese de firmar y anotar la fecha en la siguiente página del formulario de inscripción. También es necesario que su cónyuge o pareja doméstica firme el documento (en caso de que aplique), así como sus hijos de 18 años de edad o mayores.

Certificación de información completa y correcta

Es un delito proporcionar deliberadamente información falsa, incompleta o engañosa con el propósito de obtener una cobertura de salud de forma fraudulenta. Las sanciones pueden incluir encarcelamiento, multas y denegación de los beneficios.

Certifico que las respuestas proporcionadas en este formulario de inscripción son completas y correctas. Además, entiendo que si este formulario contiene información intencionalmente falsa o fraudulenta, PacificSource podrá modificar o cancelar el contrato y/o tomar cualquier otra acción legal disponible bajo la ley. En caso de ser aceptada, la cobertura entrará en vigor en la fecha de vigencia que determine PacificSource. Es posible que un representante de PacificSource se ponga en contacto conmigo para aclarar las respuestas proporcionadas en este formulario de inscripción.

Las declaraciones realizadas por el solicitante se considerarán como declaraciones realizadas en representación de cada una de las personas cubiertas por esta póliza. Sin embargo, los cambios a la información incluida en el formulario de inscripción no entrarán en vigor sino hasta que hayan sido aprobados por escrito por el solicitante. Cualquier formulario de inscripción que sea recibido por PacificSource y que requiera de modificaciones será modificado por enmienda y enviado al solicitante para su firma. Como solicitante, entiendo que tengo el derecho de inspeccionar la información en mi expediente.

Consentimiento sobre comunicaciones electrónicas

Al marcar el recuadro "Sí" que aparece en la página siguiente, usted otorga su consentimiento para recibir comunicaciones electrónicas seguras de PacificSource con respecto a su solicitud y/o estatus de inscripción, cambios en la cobertura del seguro, terminación de la cobertura e información sobre el plan y sus beneficios.

Este consentimiento continuará mientras siga vigente el plan en el cual usted se inscriba. Usted puede optar por dejar de recibir nuestros comunicados electrónicos en cualquier momento que lo desee poniéndose en contacto con el equipo de Servicio al Cliente al teléfono **888-977-9299**.

Si usted desea solicitar una copia impresa de su solicitud y/o de su información de inscripción sin costo alguno, póngase en contacto con nosotros al email

Individual@PacificSource.com o al teléfono **800-591-6579**. La comunicación por medios electrónicos se ofrece para mayor conveniencia solamente. Si usted opta por dejar de recibir las comunicaciones electrónicas, esto no afectará su inscripción. No se aplica cargo alguno por cambiar entre las comunicaciones electrónicas y aquellas impresas en papel.

A fin de llenar y enviar su solicitud por medios electrónicos, usted debe utilizar una computadora portátil u otro dispositivo capaz de acceder al Internet y visualizar archivos en formato PDF (formato de documento portátil). También es posible que PacificSource le envíe documentos en formato PDF como parte del proceso de solicitud. Usted puede obtener una copia gratuita del software para visualizar archivos PDF en Get.Adobe.com/reader. PacificSource se toma muy en serio la seguridad de las comunicaciones y la información electrónica. Si usted tiene alguna duda sobre nuestros métodos de encriptación, el uso del hardware/software o nuestras políticas y procedimientos de seguridad, por favor póngase en contacto con nosotros al email Individual@PacificSource.com.

Estoy de acuerdo en recibir mensajes por email: Sí No

Dirección de email _____

Estoy de acuerdo en recibir mensajes de texto: Sí No

Número de teléfono móvil _____

He/hemos leído esta autorización y comprendo/comprendemos su información.

Solicitante o padre/tutor:

Nombre (con letra de imprenta) del Padre/madre Tutor Solicitante _____

Firma _____ Fecha _____

En caso de inscribirse en la cobertura:

Firma del cónyuge/pareja doméstica _____ Fecha _____

Firma de hijo(s) de 18 años de edad o mayores _____ Fecha _____

Firma de hijo(s) de 18 años de edad o mayores _____ Fecha _____

Firme y anote la fecha en este formulario de inscripción. Es necesario llenar todas las secciones para que esta autorización sea válida. De aceptarse la inscripción, PacificSource proporcionará al titular de la póliza una copia de este formulario si así lo solicita.

9 Autorización del agente (Continúe con la sección 10 si usted no está trabajando con un agente).

Yo, como agente de seguros, no he realizado declaraciones al solicitante acerca de cualquier disposición, beneficio, condición o limitación de la póliza, a excepción de los materiales impresos proporcionados por PacificSource. El solicitante ha sido informado que la fecha de vigencia de la cobertura es asignada solamente por PacificSource. Por este medio certifico que la información que me fue proporcionada por el solicitante ha sido registrada de manera verdadera y precisa en este documento.

Nombre del solicitante (con letra de imprenta) _____

Nombre del agente (con letra de imprenta) _____

Núm. de agente de PacificSource _____

Firma del agente _____ Fecha _____

¿Cómo prefiere usted pagar las primas a futuro?

Usted debe pagar la prima del primer mes realizando el pago en línea en InTouch.PacificSource.com/OneTimePayment o enviando un cheque por correo. Esta póliza no entrará en vigor sino hasta que recibamos el pago inicial. *No aceptamos pagos de terceros, excepto cuando así lo requieran las leyes federales.*

Por favor indique su método de pago para pagar las primas a futuro.

Favor de enviarme una factura impresa por correo cada mes.
(Continúe con la sección 11).

Retiro automático de mi cuenta de banco (transferencia electrónica de fondos o EFT). *El pago del primer mes no puede realizarse por transferencia electrónica de fondos (EFT).*

Autorizamos e instruimos a PacificSource Health Plans para que realice el retiro de fondos según se indica a continuación:

Monto del retiro mensual \$_____ Los retiros se realizan el día 5 de cada mes.

Seleccione uno: Iniciar las transferencias en la siguiente fecha disponible Demorar las transferencias hasta _____(mes)

Información del banco

Nombre del banco _____

Núm. de cuenta _____ Núm. de ruta _____

Tipo de cuenta

Cheques—adjunte un cheque cancelado Ahorros—adjunte una ficha de retiro cancelada

Esta autorización estará vigente hasta que sea cancelada por cualquiera de las partes. En caso de que cambie la prima de la póliza individual, esta autorización se modificará automáticamente para autorizar el retiro de un monto equivalente a la nueva prima.

Nombre del solicitante o del padre/tutor (con letra de imprenta)

_____ Fecha _____

Firma del titular de la cuenta bancaria

_____ Fecha _____

Detalles importantes acerca del retiro automático de las primas mensuales:

- La configuración inicial tarda hasta 30 días. Si su póliza es aceptada y la cobertura inicia antes de que comiencen los retiros mensuales, es posible que usted tenga que pagar con cheque o en línea hasta que se haya establecido el proceso de transferencia de fondos.
- Las transferencias se realizan el día 5 de cada mes. Si el día 5 cae en un fin de semana o un día festivo, la transferencia se realizará el siguiente día hábil.
- Las transferencias se realizarán en base al saldo a pagar de la prima.
- En caso de que no se haya configurado la transferencia electrónica de fondos (EFT) antes de la fecha de facturación del segundo mes, es posible que usted reciba una factura impresa correspondiente al segundo mes.

11 | ¿Está usted listo para enviar su solicitud?

¿Llenó por completo todas las secciones?

¿Adjuntó la documentación solicitada (por ejemplo: documentos de tutela, etc.)?

¿Seleccionó una fecha de cobertura de la póliza en la página 2?

¿Ha incluido el pago de la prima correspondiente al primer mes (obligatorio antes de que la póliza entre en vigor)?

¿Seleccionó una opción de pago y adjuntó un cheque cancelado en caso de ser necesario? (Consulte la sección 10.)

Llene por completo el formulario, fírmelo y envíelo junto con los documentos adjuntos por:

Email: Individual@PacificSource.com

Fax: 541-225-3646

Correo: PacificSource Health Plans, PO Box 7068, Springfield, OR 97475-0068

¡Muchas gracias por inscribirse!

Discrimination is against the law



PacificSource Health Plans and PacificSource Community Health Plans (“PacificSource”) complies with applicable Federal civil rights laws, including Section 1557 of the Affordable Care Act. PacificSource does not discriminate on the basis of race, color, national origin (including limited English proficiency and primary language), sex (consistent with the scope of sex discrimination described at 45 CFR 92.101(a)(2)), age or disability. PacificSource does not exclude people or treat them differently because of race, color, national origin, age, disability, or sex.

In compliance with Section 1557 and other federal civil rights laws, we provide individuals the following in a timely manner and free of charge:

Language assistance services

PacificSource will provide language assistance services for individuals with limited English proficiency (including individuals’ companions with limited English proficiency) to ensure meaningful access to our programs, activities, services, and other benefits. Language assistance services may include:

- Electronic and written translated documents
- Qualified interpreters
- Appropriate auxiliary aids and services for individuals with disabilities (including individuals’ companions with disabilities) to ensure effective communication

Appropriate auxiliary aids and services may include:

- Qualified interpreters, including American Sign Language interpreters
- Video remote interpreting
- Information in alternate formats (including but not limited to large print, recorded audio, and accessible electronic formats)

Reasonable modifications

PacificSource will provide reasonable modifications for qualified individuals with disabilities, when necessary to ensure accessibility and equal opportunity to participate in our programs, activities, services, or other benefits.

To access our language assistance services, auxiliary aids and services, and for assistance in getting a reasonable modification, please contact Customer Service at **888-977-9299**, TTY: 711. We accept all relay calls.

Continued >

Contact our commercial Customer Service team:

Phone

Toll-free: 888-977-9299

TTY: 711

We accept all relay calls.

Email

CS@PacificSource.com

PacificSource.com

Contact our Medicare Customer Service team:

Oct. 1 – Mar. 31:

8:00 a.m. – 8:00 p.m.,
seven days a week

Apr. 1 – Sept. 30:

8:00 a.m. – 5:00 p.m.,
Monday – Friday

Phone

Toll-free: 888-863-3637

TTY: 711

We accept all relay calls.

En Español: 866-281-1464

Email

MedicareCS@PacificSource.com

Medicare.PacificSource.com



If you believe that PacificSource 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 PacificSource's Section 1557 Coordinator.

Phone: **888-977-9299**, TTY: 711. We accept all relay calls.

Email: 1557Coordinator@PacificSource.com

Mail: PacificSource
PO Box 7068
Springfield, OR 97475

You can also file a complaint with the U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights.

Electronically: OCRPortal.hhs.gov

Mail: U.S. Department of Health & Human Services
200 Independence Avenue, S.W., Room 509F
Washington, D.C. 20201

Notice of availability of language assistance services and auxiliary aids and services

English	ATTENTION: If you speak English, free language assistance services are available to you. Appropriate auxiliary aids and services to provide information in accessible formats are also available free of charge. Call 800-431-4135 (TTY: 800-735-2900) or speak to your provider.
አማርኛ Amharic	ማሳሰቢያ:- አማርኛ የሚናገሩ ከሆነ፣ የቋንቋ ድጋፍ አገልግሎት በነፃ ይቀርብልዎታል። መረጃን በተደራሽ ቅርጸት ለማቅረብ ተገቢ የሆኑ ተጨማሪ እንዘዎች እና አገልግሎቶች እንዲሁ በነፃ ይገኛሉ። በስልክ ቁጥር 800-431-4135 (TTY: 800-735-2900) ይደውሉ ወይም አገልግሎት አቅራቢዎን ያናግሩ።
العربية Arabic	تنبيه: إذا كنت تتحدث اللغة العربية، فستتوفر لك خدمات المساعدة اللغوية المجانية. كما تتوفر وسائل مساعدة وخدمات مناسبة لتوفير المعلومات بتنسيقات يمكن الوصول إليها مجانًا. اتصل على الرقم 800-431-4135 (800-735-2900) أو تحدث إلى مقدم الخدمة
Bantu-Kirundi	ICITONDERWA: Nimba uvuga Ikirundi, uzohabwa serivisi zo gufasha mu ndimi, ku buntu. Woterefona 800-431-4135 (TTY: 800-735-2900).
ភាសាខ្មែរ Cambodian Non-Khmer	សូមយកចិត្តទុកដាក់៖ ប្រសិនបើអ្នកនិយាយ ភាសាខ្មែរ សេវាកម្មជំនួយភាសាភាគតិចថ្លៃគឺមានសម្រាប់អ្នក។ ជំនួយ និងសេវាកម្មដែលជាការជួយដល់សមរម្យ ក្នុងការផ្តល់ព័ត៌មានតាមទម្រង់ដែលអាចចូលប្រើប្រាស់បាន ក៏អាចរកបានដោយឥតគិតថ្លៃផងដែរ។ ហៅទូរសព្ទទៅ 800-431-4135 (TTY: 800-735-2900) ឬនិយាយទៅកាន់អ្នកផ្តល់សេវារបស់អ្នក។
中文 Simplified Chinese	注意：如果您说中文，我们将免费为您提供语言协助服务。我们还免费提供适当的辅助工具和服 务，以无障碍格式提供信息。致电 800-431-4135 (文本电话：800-735-2900) 或咨询您的服务 提供商。
中文 Traditional Chinese	注意：如果您說中文，我們可以為您提供免費語言協助服務。也可以免費提供適當的輔助工具與 服務，以無障礙格式提供資訊。請致電 800-431-4135 (TTY：800-735-2900) 或與您的提供者 討論。

Cushite-Oromo	XIYYEEFFANNAA: Afaan dubbattu Oroomiffa, tajaajila gargaarsa afaanii, kanfaltiidhaan ala, ni argama. Bilbilaa 800-431-4135 (TTY: 800-735-2900).
Deutsch German	ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlose Sprachassistentendienste zur Verfügung. Entsprechende Hilfsmittel und Dienste zur Bereitstellung von Informationen in barrierefreien Formaten stehen ebenfalls kostenlos zur Verfügung. Rufen Sie 800-431-4135 (TTY: 800-735-2900) an oder sprechen Sie mit Ihrem Provider.
فارسی Farsi	توجه: اگر فارسی صحبت می‌کنید، خدمات پشتیبانی زبانی رایگان در دسترس شما قرار دارد. همچنین کمک‌ها و خدمات پشتیبانی مناسب برای ارائه اطلاعات در قالب‌های قابل دسترس، به‌طور رایگان تماس بگیرید یا با ارائه‌دهنده (موجود می‌باشند. با شماره 800-431-4135 (تله‌تایپ: 800-735-2900) خود صحبت کنید.
Français French	ATTENTION : Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le 800-431-4135 (ATS : 800-735-2900).
Italiano Italian	ATTENZIONE: In caso la lingua parlata sia l'italiano, sono disponibili servizi di assistenza linguistica gratuiti. Chiamare il numero 800-431-4135 (TTY: 800-735-2900).
日本語 Japanese	注: 日本語を話される場合、無料の言語支援サービスをご利用いただけます。アクセシブル(誰もが利用できるよう配慮された)な形式で情報を提供するための適切な補助支援やサービスも無料でご利用いただけます。800-431-4135 (TTY: 800-735-2900) までお電話ください。または、ご利用の事業者にご相談ください。
한국어 Korean	주의: [한국어]를 사용하시는 경우 무료 언어 지원 서비스를 이용하실 수 있습니다. 이용 가능한 형식으로 정보를 제공하는 적절한 보조 기구 및 서비스도 무료로 제공됩니다. 800-431-4135 (TTY: 800-735-2900) 번으로 전화하거나 서비스 제공업체에 문의하십시오.
ລາວ Laotian	ເລື່ອງ: ຖ້າທ່ານເວົ້າພາສາ ລາວ, ຈະມີບໍລິການຊ່ວຍດ້ານພາສາແບບບໍ່ເສຍຄ່າໃຫ້ທ່ານ. ມີເຄື່ອງຊ່ວຍ ແລະ ການບໍລິການແບບບໍ່ເສຍຄ່າທີ່ເໝາະສົມເພື່ອໃຫ້ຂໍ້ມູນໃນຮູບແບບທີ່ສາມາດເຂົ້າເຖິງໄດ້. ໂທຫາເບີ 800-431-4135 (TTY: 800-735-2900) ຫຼື ວິມັກັບຜູ້ໃຫ້ບໍລິການຂອງທ່ານ.
Nepali	ध्यान दनिहोस्: तपाइंले नेपाली बोलुनुहुन्छ भने तपाइंको नमिता भाषा सहायता सेवाहरू नशुल्क रूपमा उपलब्ध छ । फोन गर्नुहोस् 800-431-4135 (टिक्विङ: 800-735-2900) ।
Norwegian	MERK: Hvis du snakker norsk, er gratis språkassistentsetjenester tilgjengelige for deg. Ring 800-431-4135 (TTY: 800-735-2900).
Pennsylvania Dutch	Wann du Deitsch (Pennsylvania German/Dutch) schwetzsch, kansch du mitaus Koschte ebber gricke, ass dihr helft mit die englisch Schprooch. Ruf selli Nummer uff: Call 800-431-4135 (TTY: 800-735-2900).
ਪੰਜਾਬੀ Punjabi	ਧਿਆਨ ਦਿਓ: ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਪੰਜਾਬੀ ਬੋਲਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਮੁਫਤ ਭਾਸ਼ਾ ਸਹਾਇਤਾ ਸੇਵਾਵਾਂ ਉਪਲਬਧ ਹੁੰਦੀਆਂ ਹਨ। ਪਹੁੰਚਯੋਗ ਫਾਰਮੈਟਾਂ ਵਿੱਚ ਜਾਣਕਾਰੀ ਪ੍ਰਦਾਨ ਕਰਨ ਲਈ ਢੁਕਵੇਂ ਪੂਰਕ ਸਹਾਇਕ ਸਾਧਨ ਅਤੇ ਸੇਵਾਵਾਂ ਵੀ ਮੁਫਤ ਵਿੱਚ ਉਪਲਬਧ ਹੁੰਦੀਆਂ ਹਨ। 800-431-4135 (TTY: 800-735-2900) 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ ਜਾਂ ਆਪਣੇ ਪ੍ਰਦਾਤਾ ਨਾਲ ਗੱਲ ਕਰੋ।
Romanian	ATENȚIE: Dacă vorbiți limba română, vă stau la dispoziție servicii de asistență lingvistică, gratuit. Sunați la 800-431-4135 (TTY: 800-735-2900).

РУССКИЙ Russian	ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русский, вам доступны бесплатные услуги языковой поддержки. Соответствующие вспомогательные средства и услуги по предоставлению информации в доступных форматах также предоставляются бесплатно. Позвоните по телефону 800-431-4135 (TTY: 800-735-2900) или обратитесь к своему поставщику услуг.
Srpsko-hrvatski Serbo-Croatian	OBAVJEŠTENJE: Ako govorite srpsko-hrvatski, usluge jezičke pomoći dostupne su vam besplatno. Nazovite 800-431-4135 (TTY- Telefon za osobe sa oštećenim govorom ili sluhom: 800-735-2900).
Soomaali Somali	FIIRO GAAR AH: Haddaad ku hadasho Soomaali, adeegyo kaalmada luuqadda ah oo bilaash ah ayaad heli kartaa. Qalab caawinaad iyo adeegyo oo habboon si loogu bixiyo macluumaadka qaabab la adeegsan karo ayaa sidoo kale bilaa lacag heli karaa. Wac 800-431-4135 (TTY: 800-735-2900) ama la hadal bixiyahaaga.
Español Spanish	ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. También están disponibles de forma gratuita ayuda y servicios auxiliares apropiados para proporcionar información en formatos accesibles. Llame al 800-431-4135 (TTY: 800-735-2900) o hable con su proveedor.
Tagalog	PAALALA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, magagamit mo ang mga libreng serbisyong tulong sa wika. Magagamit din nang libre ang mga naaangkop na auxiliary na tulong at serbisyo upang magbigay ng impormasyon sa mga naa-access na format. Tumawag sa 800-431-4135 (TTY: 800-735-2900) o makipag-usap sa iyong provider.
Thai	เรียน: ถ้าคุณพูดภาษาไทยคุณสามารถใช้บริการช่วยเหลือทางภาษาได้ฟรี โทร 800-431-4135 (TTY: 800-735-2900).
українська мова Ukrainian	УВАГА: Якщо ви розмовляєте українська мова, вам доступні безкоштовні мовні послуги. Відповідні допоміжні засоби та послуги для надання інформації у доступних форматах також доступні безкоштовно. Зателефонуйте за номером 800-431-4135 (TTY: 800-735-2900) або зверніться до свого постачальника.
Việt Vietnamese	LƯU Ý: Nếu bạn nói tiếng Việt, chúng tôi cung cấp miễn phí các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ. Các hỗ trợ dịch vụ phù hợp để cung cấp thông tin theo các định dạng dễ tiếp cận cũng được cung cấp miễn phí. Vui lòng gọi theo số 800-431-4135 (Người khuyết tật: 800-735-2900) hoặc trao đổi với người cung cấp dịch vụ của bạn.

PacificSource Health Plans (commercial) | PacificSource Community Health Plans (Medicare)

PacificSource Community Health Plans is an HMO, HMO D-SNP, and PPO plan with a Medicare contract and a contract with Oregon Health Plan (Medicaid). Enrollment in PacificSource Medicare depends on contract renewal.