

Formulario de Inscripción Individual y Familiar **Washington**



¡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.
- 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).
- Comprobante de cobertura anterior si usted se inscribe fuera del periodo de inscripciones abiertas. Por favor proporcione un certificado de cobertura acreditable y la fecha de terminación de la cobertura anterior.

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 Washington y vive en los condados de Clark, Pierce, Spokane y Thurston. Cualquier persona que tenga la intención de residir en Washington puede presentar una solicitud de seguro, pero no sería elegible para iniciar su cobertura antes de que la persona resida físicamente en Washington.
- 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 Washington Healthplanfinder en [wahealthplanfinder.org](https://www.wahealthplanfinder.org).

¿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**.

¿Qué sucede cuando recibimos su solicitud?

Comenzaremos a procesar su solicitud y en las próximas semanas usted 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.

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)

O 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. Si usted se inscribe entre el 1 de noviembre y el 15 de diciembre, su cobertura entrará en vigor el 1 de enero. Si usted se inscribe entre el 16 de diciembre y el 15 de enero, su cobertura entrará en vigor el 1 de febrero.

2 Elija un plan médico

Si desea conocer la información sobre los beneficios de su plan, visite PacificSource.com o consulte el folleto del Plan Individual y Familiar de Washington.

Navigator

Disponible en los condados de Clark, Pierce, Spokane y Thurston.

Gold 2000 PD

Silver 3500 PD

Silver 5000 PD

Bronze 7000 PD

Bronze HSA 7000 PD

3 Elija un plan dental (Si usted no desea la cobertura dental, continúe con la siguiente sección).

Dental PPO 0-20-50 1000

Dental PPO 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).

Inscripción mía y de mi familia

Enliste a todos los miembros de su familia que desea asegurar. Solamente son elegibles su cónyuge legal, su pareja doméstica y sus hijos dependientes. Si uno de sus hijos es mayor de 26 años de edad y ha sido médicamente certificado como persona discapacitada que depende de sus padres, será necesario proporcionar una copia del certificado.

Se requiere una cobertura dental pediátrica individual para todos los dependientes menores de 19 años de edad.

Contrataré una cobertura dental pediátrica con otra compañía aseguradora. En este caso, será necesario que usted llene el Formulario de Certificación de Cobertura Dental en la página 9.

No inscribiré a personas menores de 19 años de edad en este plan.

***Identidad de género** (opcional): **A**-Agénero, **B**-Niño, **GF**-Género fluido, **GN**-Género no conforme, **GQ**-Genderqueer (intergénero), **G**-Niña, **M**-Hombre, **NB**-No binario, **NL**-No enlistado, **P**-Prefiero no responder, **Q**-Cuestionando o inseguro/a, **TG**-Tercer género, **TM**-Hombre trans, **TW**-Mujer trans, **T**-Transgénero, **TS**-Dos espíritus, **W**-Mujer

****Raza/origen étnico** (opcional): Elija el código con el cual se identifique mejor a cada miembro de la familia: **AI**-Indio Americano/Nativo de Alaska, **A**-Asiático, **B**-Negro/Afroamericano, **H**-Hispano/Latino, **N**-Nativo de Hawai/Isleño del Pacífico, **W**-Blanco/Caucásico.

***Uso de tabaco en promedio cuatro o más veces por semana durante los últimos seis meses. Incluye cualquier producto del tabaco, a excepción de los usos religiosos o ceremoniales.

**** No se requiere para inscribirse en el plan. Se utiliza para coordinar los cuidados con el equipo de atención dedicada del miembro.

4 Información propia (requerido)

Si esta póliza solamente cubre a los hijos/dependientes, PacificSource requiere que el padre o tutor responsable proporcione su información.

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) _____

Estado civil _____ Soltero(a) _____ Casado(a) _____ Sociedad doméstica _____

Dirección física _____

Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____ Condado _____

Teléfono _____ Email _____

Dirección postal (en caso de ser distinta) _____

Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Nombre del proveedor de atención primaria**** _____

Dirección del proveedor de atención primaria**** _____

¿Es usted un paciente actualmente? Sí No

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

¿Está usted inscrito en un programa para dejar el tabaco? Sí No

En el caso de los Nativos Americanos y los Nativos de Alaska, ¿su uso del tabaco se debe a propósitos religiosos o ceremoniales? Sí No

5 Cónyuge o Pareja Doméstica (Continúe con la sección 6 si usted no desea inscribir a su cónyuge o pareja doméstica).

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) _____

Nombre del proveedor de atención primaria**** _____

Dirección del proveedor de atención primaria**** _____

¿Es usted un paciente actualmente? Sí No

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

¿Está usted inscrito en un programa para dejar el tabaco? Sí No

En el caso de los Nativos Americanos y los Nativos de Alaska, ¿su uso del tabaco se debe a propósitos religiosos o ceremoniales? Sí No

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) _____

Nombre del proveedor de atención primaria*** _____

Dirección del proveedor de atención primaria*** _____

¿Es usted un paciente actualmente? Sí No

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

¿Está usted inscrito en un programa para dejar el tabaco? Sí No

En el caso de los Nativos Americanos y los Nativos de Alaska, ¿su uso del tabaco se debe a propósitos religiosos o ceremoniales? 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) _____

Nombre del proveedor de atención primaria**** _____

Dirección del proveedor de atención primaria**** _____

¿Es usted un paciente actualmente? Sí No

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

¿Está usted inscrito en un programa para dejar el tabaco? Sí No

En el caso de los Nativos Americanos y los Nativos de Alaska, ¿su uso del tabaco se debe a propósitos religiosos o ceremoniales? 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) _____

Nombre del proveedor de atención primaria**** _____

Dirección del proveedor de atención primaria**** _____

¿Es usted un paciente actualmente? Sí No

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

¿Está usted inscrito en un programa para dejar el tabaco? Sí No

En el caso de los Nativos Americanos y los Nativos de Alaska, ¿su uso del tabaco se debe a propósitos religiosos o ceremoniales? 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 alguna de las personas enlistadas 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 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 esta página y en la siguiente. 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 afiliado se considerarán como declaraciones realizadas en representación de cada una de las personas cubiertas por esta póliza. Sin embargo, los cambios a la información proporcionada en el formulario de inscripción no entrarán en vigor sino hasta que hayan sido aprobados por escrito por el afiliado. Cualquier formulario de inscripción que sea recibido por PacificSource y que requiera de modificaciones será modificado por enmienda y enviado al afiliado para su firma. Como afiliado, entiendo que tengo el derecho de inspeccionar la información contenida en mi expediente.

Consentimiento sobre Comunicaciones Electrónicas

Al marcar el recuadro "Sí" que aparece en la parte superior de 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 y terminación de la cobertura.

Este consentimiento continuará mientras siga vigente el plan en el cual usted se inscriba. Usted podrá optar por dejar de recibir nuestras comunicaciones electrónicas en cualquier momento que lo desee llamando al departamento 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 **866-695-8684**. 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 <http://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: Sí No Dirección de email _____

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

Firma del afiliado/persona responsable/tutor _____ Fecha _____

Nombre (con letra de imprenta) _____ Relación _____

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 _____

Sección requerida para menores de edad que se inscriban:

Nombre (con letra de imprenta) del Padre ó Tutor _____

Firma _____ 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 junto con la póliza.

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 afiliado acerca de cualquier disposición, beneficio, condición o limitación de la póliza, a excepción de la información contenida en los materiales impresos que han sido proporcionados por PacificSource. El afiliado ha sido informado que la fecha de vigencia de la cobertura es asignada solamente por PacificSource. Certifico que la información que me fue proporcionada por el afiliado ha sido registrada de manera verdadera y precisa en este documento.

Nombre del Afiliado (con letra de imprenta) _____

Nombre del agente (con letra de imprenta) _____

Núm. de agente de PacificSource _____

Firma del agente _____ Fecha _____

10 ¿Cómo prefiere usted pagar las primas a futuro?

Es necesario que usted pague su prima del primer mes (con cheque u orden de pago) antes de que su póliza entre en vigor. 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. Recordatorio: La prima del primer mes solamente se puede pagar con cheque u orden de pago.

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 Retrasar 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 se modifiquen las primas de la póliza individual debido a un incremento en las tarifas, a la selección de un plan distinto o al cambio de edad del asegurado, esta autorización se modificará automáticamente para autorizar el retiro de un monto equivalente a la nueva prima.

Nombre del titular de la póliza (con letra de imprenta) _____ Fecha _____

Firma del titular de la cuenta bancaria _____ Fecha _____

Detalles importantes acerca del retiro automático de las primas mensuales:

- Las cuentas nuevas pueden tardar 30 días en establecerse. Si su póliza es aceptada y la cobertura inicia antes de que se configure el retiro mensual, es posible que usted tenga que pagar con cheque 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?
- ¿Incluyó un cheque o una orden de pago para pagar su prima del primer mes?
- ¿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!

De acuerdo con las leyes de Washington (RCW 48.43.510), es necesario proporcionar cierta información sobre el plan de salud antes de poder contratarlo o seleccionarlo. Usted puede consultar dicha información en PacificSource.com o solicitarla a nuestro equipo de Servicio al Cliente al teléfono **888-977-9299**. La información disponible incluye los beneficios, las autorizaciones previas requeridas, las primas y la compartición de costos, los proveedores de la red, las quejas y apelaciones, la acreditación y la confidencialidad. Si usted desea contratar la cobertura a través del mercado de Intercambio de Beneficios de Salud, deberá presentar su solicitud directamente en el Intercambio.

Formulario de Certificación de Cobertura Dental (su comprobante)

Llene el siguiente formulario, fírmelo y envíenos una copia junto con una copia del comprobante de su compañía aseguradora. PacificSource debe recibir en un plazo máximo de 60 días una garantía razonable indicando que usted (el solicitante) obtuvo u obtendrá beneficios dentales pediátricos mediante un Plan Dental Calificado individual (QDP) según lo dispuesto en el código WAC 284-43-5760(1)(b).

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

Dirección _____

Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Número de ID del miembro _____

Nombre de la aseguradora dental _____

Fecha de vigencia de la póliza dental _____

Miembros cubiertos por la póliza dental:

Firma _____ Fecha _____

Si requiere ayuda en un idioma distinto al inglés, por favor llámenos al 888-977-9299, 711.

PacificSource Health Plans cumple con las leyes federales aplicables sobre los derechos civiles y no discrimina en base a la raza, el color, el origen nacional, la edad, la discapacidad o el género. PacificSource Health Plans no excluye a las personas ni las trata de manera distinta debido a su raza, color, origen nacional, edad, discapacidad o género.

ATENCION: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al (888) 977-9299.

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 (888) 977-9299。



Discrimination Is Against the Law

PacificSource Health Plans (“PacificSource”) complies with applicable Federal and Washington state civil rights laws and does not discriminate on the basis of race, color, national origin, age, disability, sex, gender identity or sexual identity. PacificSource does not exclude people or treat them differently because of race, color, national origin, age, disability, sex, gender identity or sexual identity.

PacificSource:

- 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 (888) 977-9299.

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, sex, gender identity or sexual identity, you can file a grievance with: Civil Rights Coordinator, PO Box 7068, Springfield, OR 97475-0068, (888) 977-9299, TTY: 711, Fax (541) 684-5264, or email CRC@pacificsource.com. Please indicate your wish to file a civil rights grievance. You can file a grievance in person or by mail, fax, or email. If you need help filing a grievance, Customer Service Department 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 <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/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
1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD)

Complaint forms are available at <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>

The Washington State Office of the Insurance Commissioner, electronically through the Office of the Insurance Commissioner Complaint portal available at <https://insurance.wa.gov/file-complaint-or-check-your-complaint-status>, or by phone at 800-562-6900, 360-586-0241(TDD). Complaint forms are available at <https://fortress.wa.gov/oic/onlineservices/cc/pub/complaintinformation.aspx>.

Amharic	ይህ ማስታወቂያ አስፈላጊ መረጃ ይዟል። ይህ ማስታወቂያ ስለ ማመልከቻዎ ወይም የPacificSource Health Plans ሽፋን አስፈላጊ መረጃ አለው። በዚህ ማስታወቂያ ውስጥ ቁልፍ ቀኖችን ፈልጉ። የጤናን ሽፋንዎን ለመጠበቅና በአከፋፈል እርዳታ ለማግኘት በተውሰኑ የጊዜ ገደቦች እርምጃ መውሰድ ይገባዎት ይሆናል። ይህን መረጃ እንዲያገኙ እና ያለምንም ክፍያ በቋንቋዎ እርዳታ እንዲያገኙ መብት አለዎት። (888) 977-9299 ይደውሉ።
Arabic	يحتوي هذا الإشعار معلومات هامة. يحتوي هذا الإشعار معلومات مهمة بخصوص طلبك للحصول على التغطية من خلال PacificSource Health Plans. ابحث عن التواريخ الهامة في هذا الإشعار. قد تحتاج لاتخاذ اجراء في تواريخ معينة للحفاظ على تغطيتك الصحية او للمساعدة في دفع التكاليف. لك الحق في الحصول على المعلومات والمساعدة بلغتك (888) 977-9299 من دون أي تكلفة. اتصل بـ
Bantu-Kirundi	Iyi notice ifise akamaro k'ingenzi. Iyi notice ifise akamaro kingene utegerezwa gusaba canke ivyerekeye PacificSource Health Plans, ucuraba ko ibikenewe kuriyi notice, ushobora gufata umwanzuro ukungene wokurikirana ubuzima bwawe uburihiye. Kandi ukongera kugira uburenganzira bwo kwigenga kuronka amakuru n'ubufasha mu rurimi gwawe atacyo utanze. Hamagara (888) 977-9299.
Cambodian-Mon-Khmer	បសចកតិដ្ឋនៃនីណីឯបនេះ ម្ដូសព័ន្ធម្មនយ៉ាងសំខាន់ ។ បសចកតិដ្ឋនៃនីណីឯបនេះ ម្ដូសព័ន្ធម្មនយ៉ាងសំខាន់ អំពីប្រដងរវាង ឬ ការរ៉ា រវាង រវាងអ្នកកាមរយៈ PacificSource Health Plans។ សូមដឹងសរកាលវិបចេសំខាន់ចាំបាច់ ចៅកនុងបសចកតិដ្ឋនៃនីណីឯបនេះ ។ អ្នកប្រដលជាប្ដូរការរបចេញសកមមភាព ដែលកំណើតថ្ងៃជាកំណត់សំខាន់ បើមើលនឹងរកាការរ៉ា រវាង សុខភាពរវាងអ្នក ឬបុគ្គលិកជំនួយបចេញថ្ងៃ ។ អ្នកម្ដូសនិណីឯបនេះ នឹងជំនួយចៅកនុងភាសារវាងអ្នកចោយមិនអ្សលុយប ើយ ។ សូមម្សត្ត (888) 977-9299។
Chinese	本通知含有重要的訊息。本通知對於您透過 PacificSource Health Plans 所提出的申請或保險有重要的訊息。請在本通知中查看重要的日期。您可能要在特定的截止日期之前採取行動，以保留您的健康保險或有助於省錢。您有權利免費以您的母語得到幫助和訊息 請致電 (888) 977-9299。
Cushite-Oromo	Beeksisni kun odeeffannoo barbaachisaa qaba. Beeksisti kun sagantaa yookan karaa PacificSource Health Plans tiin tajaajila keessan ilaalchisee odeeffannoo barbaachisaa qaba. Guyyaawwan murteessaa ta'an beeksisa kana keessatti ilaalaa. Tarii kaffaltiidhaan deeggaramuuf yookan tajaajila fayyaa keessaniif guyyaa dhumaa irratti wanti raawwattan jiraachuu danda'a. Kaffaltii irraa bilisa haala ta'een afaan keessaniin odeeffannoo argachuu fi deeggarsa argachuuf mirga ni qabaattu. Lakkoofsa bilbilaa (888) 977-9299 tii bilbilaa.
French	Cet avis a d'importantes informations. Cet avis a d'importantes informations sur votre demande ou la couverture par l'intermédiaire de PacificSource Health Plans. Rechercher les dates clés dans le présent avis. Vous devrez peut-être prendre des mesures par certains délais pour maintenir votre couverture de santé ou d'aide avec les coûts. Vous avez le droit d'obtenir cette information et de l'aide dans votre langue à aucun coût. Appelez (888) 977-9299.
German	Diese Benachrichtigung enthält wichtige Informationen. Diese Benachrichtigung enthält wichtige Informationen bezüglich Ihres Antrags auf Krankenversicherungsschutz durch PacificSource Health Plans. Suchen Sie nach wichtigen Terminen in dieser Benachrichtigung. Sie könnten bis zu bestimmten Stichtagen handeln müssen, um Ihren Krankenversicherungsschutz oder Hilfe mit den Kosten zu behalten. Sie haben das Recht, kostenlose Hilfe und Informationen in Ihrer Sprache zu erhalten. Rufen Sie an unter (888) 977-9299.
Italian	Questo avviso contiene informazioni importanti sulla tua domanda o copertura attraverso PacificSource Health Plans. Cerca le date chiave in questo avviso. Potrebbe essere necessario un tuo intervento entro una scadenza determinata per consentirti di mantenere la tua copertura o sovvenzione. Hai il diritto di ottenere queste informazioni e assistenza nella tua lingua gratuitamente. Chiama (888) 977-9299.
Japanese	この通知には重要な情報が含まれています。この通知には、PacificSource Health Plans の申請または補償範囲に関する重要な情報が含まれています。この通知に記載されている重要な日付をご確認ください。健康保険や有料サポートを維持するには、特定の期日までに行動を取らなければならない場合があります。ご希望の言語による情報とサポートが無料で提供されます。(888) 977-9299までお電話ください。

Korean	<p>본 통지서에는 중요한 정보가 들어 있습니다. 즉 이 통지서는 귀하의 신청에 관하여 그리고 PacificSource Health Plans 을 통한 커버리지 에 관한 정보를 포함하고 있습니다.</p> <p>본 통지서에서 핵심이 되는 날짜들을 찾으십시오. 귀하는 귀하의 건강 커버리지를 계속 유지하거나 비용을 절감하기 위해서 일정한 마감일까지 조치를 취해야 할 필요가 있을 수 있습니다. 귀하는 이러한 정보와 도움을 귀하의 언어로 비용 부담없이 얻을 수 있는 리가 있습니다. (888) 977-9299 로 전화하십시오.</p>
Laotian	<p>ການແຈ້ງການນີ້ ມີຂໍ້ ມູ ນໍ້ສາຄໍ ນ. ການແຈ້ງການນີ້ ມີຂໍ້ ມູ ນໍ້ສາຄໍ ນກໍ່ ງອກ ບໍ່ຄາຍ້ ອງສະໜັ ກຫ ັ້ ການຄໍ ມ ອອງຂອງທ່ ານໂດຍຜ່ ານ PacificSource Health Plans. ຕື່ ບ່ງສາຄໍ ບກໍ່ ານ ດວ້ ນທ ັ້ ສາຄໍ ນໃນແຈ້ ງການນີ້ . ທ່ ານອາດຈາເປ້ ນຕໍ່ ອງໃຊ້ ເວລາອໍ ດາເນນການໂດຍກໍ່ ານ ດເວລາອໍ ດາເນນ ນອນ ຈະ ຮັ ກສາການຄໍ ມອອງສຂະພາບຂອງທ່ ານຫ ັ້ ການຊ່ ວຍເຫ ັ້ ອໍ ທມຄໍ າໃຊ້ ຈ່ າຍ. ທ່ ານມັສດທຈະໂດ້ ຮັ ບໍ່ຂໍ້ ມູ ນ ຂ່ າວສານນີ້ ແລະການຊ່ ວຍເຫ ັ້ ອໃນພາສາຂອງທ່ ານທໍ່ ບມຄໍ າໃຊ້ ຈ່ າຍ. ໂທ (888) 977-9299.</p>
Nepali	<p>यो स चनामाा महत्त्वप र्ु जानकारी छ । यो स चनामाा तपाईंको ो आवेिन वा PacificSource Health Plans का माध्यमबाट प्राप्त हुने सद्ु विबारे महत्त्वपर्ु जानकारी छ । यो सचू नामा भएका महत्त्वपर्ु दमदतहरू ख्याल िनुहु ोस् । तपाईंले पाइरहके ो स्वास्थ्य दबमा पाइरहन वा तपाईंको खचुको भक्तानीमासहायता पाउन के ही समयकारवाही िन -सीमामा काम-ुपनु हनसक्छु । तपाईंले यो जानकारी र सहायता आफ्नो मातभू ाषामा दन शल्ु क पाउनु तपाईंको अदिकारः हो (888) 977-9299 मा फोन िनुहु ोस् ।</p>
Norweigen	<p>Denne kunngjøringen har viktig informasjon. Kunngjøringen inneholder viktig informasjon om programmet eller dekning gjennom PacificSource Health Plans. Se etter viktige datoer i denne kunngjøringen. Du må kanskje ta affære ved visse frister for å beholde helse-dekning eller økonomisk bistand. Du har rett til å få denne informasjonen og hjelp i ditt spark uten kostnad. Ring (888) 977-9299.</p>
Pennsylvania Dutch	<p>Die Bekanntmachung gebt wichdichi Auskunft. Die Bekanntmachung gebt wichdichi Auskunft baut dei Application oder Coverage mit PacificSource Health Plans. Geb Acht fer wichdiche Daadem in die Bekanntmachung. Es iss meeglich, ass du ebbes duh muscht, an beschtimnde Deadlines, so ass du dei Health Coverage bhalde kansch, odder bezaahle helfe kansch. Du hoscht es Recht fer die Information un Hilf in deinre eegne Schprooch griege, un die Hilf koschtet nix. Kansch du (888) 977-9299 uffrufe</p>
Persian	<p>این اعلامیه حامی اطلاعات مهم میباشد. این اعلامیه حامی اطلاعات مهم درباره فرم تقاضا و یا پوشش بیمه ای شما مربوط به PacificSource Health Plans به تاریخ های مهم در این اعلامیه توجه نمایید. شما ممکن است تا به تاریخ های مشخصی برای حفظ پوشش مزایای یا برای کمک به مخارج مزایای ملزوم به انجام کارهایی شما حق این را دارید که این اطلاعات و کمک را به زبان خود به طور رایگان دریافت نمایید (888) 977-9299</p>
Punjabi	<p>ਇਸ ਨੇ ਜਿਸ ਜਵਚ ਖਾਸ ਜਾਣਕਾਰੀ ਹੈ. ਇਸ ਨੇ ਜਿਸ ਜਵਚ PacificSource Health Plans ਵਲੋਤੁਹਾਡੀ ਕਵਰੇਜ ਅਤੇ ਅਰਜੀ ਿਾਰੇ ਮਹਿੰ ਤਵਪ ਰਨ ਜਾਣਕਾਰੀ ਹੈ . ਇਸ ਨੇ ਜਿਸ ਜਵਚ ਖਾਸ ਤਾਰੀਖਾ ਲਈ ਵੇਖੋ. ਜੇਕਰ ਤੁਸੀ ਜਸਹਤਕਵਰੇਜ ਰਿੱਖਣੀ ਹੋਵੇ ਜਾ ਓਸ ਦੀ ਲਾਗਤ ਜਵਿੱ ਚ ਮਦਦ ਦੇ ਇਛੁਿੱ ਕ ਹੋ ਤਾਂ ਤੁਹਾਨ ੂੰ ਆ ਤਮ ਤਾਜਰਖ ਤੋ ਪਜਹਲਾਂ ਕੁਿੱ ਝ ਖਾਸ ਕਦਮ ਚੁਿੱ ਕਣ ਦੀ ਲੋੜ ਹੋ ਸਕਦੀ ਹੈ. ਤੁਹਾਨ ੂੰ ਮੁਫਤ ਜਵਚ 'ਤੇ ਆਪਣੀ ਭਾਸਾ ਜਵਿੱ ਚ ਜਾਣਕਾਰੀ ਅਤੇ ਮਦਦ ਪਰਾਪਤ ਕਰਨ ਦਾ ਅਜਿਕਾਰ ਹੈ. ਕਾਲ (888) 977-9299</p>
Romanian	<p>Prezenta notificare conține informații importante. Această notificare conține informații importante privind cererea sau acoperirea asigurării dumneavoastră de sănătate prin PacificSource Health Plans. Căutați datele cheie din această notificare. Este posibil să fie nevoie să acționați până la anumite termene limită pentru a vă menține acoperirea asigurării de sănătate sau asistența privitoare la costuri. Aveți dreptul de a obține gratuit aceste informații și ajutor în limba dumneavoastră. Sunați la (888) 977-9299.</p>

Russian	Настоящее уведомление содержит важную информацию. Это уведомление содержит важную информацию о вашем заявлении или страховом покрытии через PacificSource Health Plans. Посмотрите на ключевые даты в настоящем уведомлении. Вам, возможно, потребуется принять меры к определенным предельным срокам для сохранения страхового покрытия или помощи с расходами. Вы имеете право на бесплатное получение этой информации и помощь на вашем языке. Звоните по телефону (888) 977-9299.
Serbo-Croatian	U ovom obavještenju su sadržane važne informacije. U ovom obavještenju su sadržane važne informacije o Vašoj prijavi ili osiguranju preko PacificSource Health Plans. Pogledajte nalaze li se u ovom obavještenju neki ključni datumi. Možda ćete morati poduzeti određene radnje u datom roku kako biste i dalje zadržali svoje osiguranje ili pomoć pri plaćanju. Imate pravo da ove informacije, kao i pomoć, dobijete besplatno na svom jeziku. Nazovite (888) 977-9299.
Spanish	Este Aviso contiene información importante. Este aviso contiene información importante acerca de su solicitud o cobertura a través de PacificSource Health Plans. Preste atención a las fechas clave que contiene este aviso. Es posible que deba tomar alguna medida antes de determinadas fechas para mantener su cobertura médica o ayuda con los costos. Usted tiene derecho a recibir esta información y ayuda en su idioma sin costo alguno. Llame al (888) 977-9299.
Tagalog	Ang Paunawa na ito ay naglalaman ng mahalagang impormasyon. Ang paunawa na ito ay naglalaman ng mahalagang impormasyon tungkol sa iyong aplikasyon o pagsakop sa pamamagitan ng PacificSource Health Plans. Tingnan ang mga mahalagang petsa dito sa paunawa. Maaring mangailangan ka na magsagawa ng hakbang sa ilang mga itinakdang panahon upang mapanatili ang iyong pagsakop sa kalusugan o tulong na walang gastos. May karapatan ka na makakuha ng ganitong impormasyon at tulong sa iyong wika ng walang gastos. Tumawag sa (888) 977-9299.
Thai	ประกาศนี้มีข้อมูลสำคัญประกาศนี้มีข้อมูลที่สำคัญเกี่ยวกับการการสมัครหรือขอเขตประกันสุขภาพของคุณผ่าน PacificSource Health Plans ดูกำหนดการในประกาศนี้คุณอาจจะต้องดำเนินการภายในกำหนดระยะเวลาที่แน่นอนเพื่อจะรักษาการประกันสุขภาพของคุณหรือการช่วยเหลือที่มีค่าใช้จ่ายคุณมีสิทธิที่จะได้รับข้อมูลและความช่วยเหลือนี้ในภาษาของคุณโดยไม่มีค่าใช้จ่ายโทร (888) 977-9299.
Ukrainian	Це повідомлення містить важливу інформацію. Це повідомлення містить важливу інформацію про Ваше звернення щодо страховального покриття через PacificSource Health Plans. Зверніть увагу на ключові дати, вказані у цьому повідомленні. Існує імовірність того, що Вам треба буде здійснити певні кроки у конкретні кінцеві строки для того, щоб зберегти Ваше медичне страхування або отримати фінансову допомогу. У Вас є право на отримання цієї інформації та допомоги безкоштовно на Вашій рідній мові. Дзвоніть за номером телефону (888) 977-9299.
Vietnamese	Thông báo này cung cấp thông tin quan trọng. Thông báo này có thông tin quan trọng về đơn xin nộp hoặc hợp đồng bảo hiểm qua chương trình PacificSource Health Plans. Xin xem ngày then chốt trong thông báo này. Quý vị có thể phải thực hiện theo thông báo đúng thời hạn để duy trì bảo hiểm sức khỏe hoặc được trợ giúp thêm về chi phí. Quý vị có quyền được biết thông tin này và được trợ giúp bằng ngôn ngữ của mình hoàn toàn miễn phí. Xin gọi số (888) 977-9299.