

Formulario de Elección de Seguro Individual Red Pionero Uno



Los planes a continuación solo se ofrecen si usted reside en el condado de Grant. Si usted reside fuera del condado de Grant, por favor póngase en contacto con Quartz para ver los planes que se ofrecen en su área de servicio.

Ofrecido por:
Quartz Health Benefit Plans Corporation

840 Carolina Street • Sauk City, WI 53583-1374
(800) 362-3310 • (608) 644-3430
Fax (608) 643-2564 • QuartzBenefits.com

Para poder inscribirse para cobertura de seguro Individual de Quartz, usted tendrá que completar las formas de Información del Solicitante y la Forma de Elección de Seguro Individual

Fecha Requerida para Inicio de Cobertura ____/____/____

1. Opciones de Planes – (Por favor seleccione el Tipo de Plan y la Opción Dental)

| TIPO DE PLAN | | | | |
|-----------------|---|---|---|---|
| NOMBRE DEL PLAN | Oro / Gold | Plata / Silver | Bronce / Bronze | Catastrófico / Catastrophic |
| | <input type="checkbox"/> Gold HSA 2000* <input type="checkbox"/> Gold HSA 3000* <input type="checkbox"/> Gold 2000 - Copay \$30/\$70 <input type="checkbox"/> Gold Maintenance - Copay \$40/\$90 | <input type="checkbox"/> Silver HSA 5250* <input type="checkbox"/> Silver 4000 - Copay \$45/\$90 <input type="checkbox"/> Silver 5000 - Copay \$50/\$100 <input type="checkbox"/> Silver 7900 - Copay \$80/\$160 | <input type="checkbox"/> Bronze HSA 6750* <input type="checkbox"/> Bronze 7500 - Copay \$80/\$160 <input type="checkbox"/> Bronze 7900 - Copay \$50/\$100 | <input type="checkbox"/> Catastrophic* <i>Solamente individuos menores de 30 años y con una exención por dificultad califican para los Planes Catastróficos.</i> |

* La opción familiar dental no está disponible en estos planes.

| | | | |
|---|---|---|---|
| ¿Es esta póliza solamente para hijo(a)? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Si es así, ¿Es usted el tutor legal o padre con custodia? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
|---|---|---|---|

| OPCIÓN DENTAL | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> No – Esta póliza no incluye servicios dentales pediátricos como lo exige la Ley de Protección de Pacientes y de Atención Médica Asequible. Esta cobertura está disponible en el mercado de seguros y se puede comprar como un producto independiente. Por favor, póngase en contacto con su compañía de seguros, agente o a través del Mercado de Seguros Médicos si usted desea comprar cobertura dental pediátrica o un producto de servicios dentales independiente. <input type="checkbox"/> Al seleccionar esta opción reconozco que he elegido cobertura que no incluye servicios de pediatría dental como lo exige la Ley de Protección de Pacientes y de Atención Médica Asequible. He comprado en el Mercado de Seguros Médicos un plan dental certificado independiente. | <input type="checkbox"/> Sí – Me gustaría elegir cobertura dental para todos los miembros de mi póliza. |

Para descripciones de los planes por favor visite quartzbenefits.com o llame a Servicio al Cliente de Quartz al (800) 362-3310.

2. Doctor de Cuidados Primarios (PCP) y Clínica – Si no tiene suficiente espacio, por favor adjunte información de solicitantes adicionales en una página por separado.

| | Nombre (Primer y Segundo Nombre, Apellido) | Doctor de Cuidados Primarios (PCP) y Clínica | ¿Es Paciente Actualmente? |
|-------------|--|--|---|
| Solicitante | | | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Persona 2 | | | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Persona 3 | | | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Persona 4 | | | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |

3. Razones de la Inscripción – NOTA: Documentación adicional puede ser requerida.

Período de Inscripción Abierta

Período Especial de Inscripción Fecha del Evento ____/____/____

Por Favor Seleccione Uno:

Pérdida de Otra Cobertura (incluyendo COBRA) Proveedor de Seguro Médico anterior: _____ Número de Teléfono: _____
 Doy fe que no perdí cobertura debido a la falta de pago de la prima o terminación voluntaria durante mi año con el plan.

Reubicación Permanente Proveedor de Seguro Médico anterior: _____ Número de Teléfono: _____

Pérdida de otra cobertura debido a la falta de pago de prim Nacimiento / Adopción / Cuidado Temporal en Familia de Acogida Cambio del Estado Civil

Cambio en la Elegibilidad por Crédito Fiscal o Reducciones de Costos Compartidos Otro _____

4. Más Información del Seguro

¿Alguno de los solicitantes actualmente tiene otro seguro de salud, incluyendo Medicare? Sí No En caso afirmativo, por favor, ponga a continuación su información de seguro:

Proveedor de Seguro Médico actual: _____ Número de Teléfono: _____

Titular Asegurado: _____

Enumere todas las personas cubiertas por esta póliza: _____

Número(s) de Identificación de Miembro(s): _____

Fecha de Terminación (si es aplicable): _____

5. Facturación y Opciones de Pago

Usted recibirá una factura en papel por correo. Si usted prefiere recibir su factura electrónicamente, por favor visite quartzmychart.com. También puede solicitar realizar el pago por una sola vez o realizar los pagos periódicamente por medio de Automated Clearing House (ACH) a través de MyChart. Otros métodos aceptables de pago incluyen cheques, cheques de caja, órdenes de pago, ACH, tarjetas de crédito y tarjetas de débito prepagadas.

Nombre Completo del Solicitante (letra de molde / letra de imprenta): _____ Fecha: _____

Firma del Solicitante: _____

Quartz es un emisor de Planes de Salud Calificados en el Mercado de Seguros Médicos.

Quartz no discrimina basado en raza, color, nacionalidad, discapacidad, edad, sexo, identidad de género, orientación sexual, estado de salud en la administración del plan, incluyendo determinaciones de inscripción y de [beneficios.]

Información del Solicitante



Toda información es requerida para poder considerar la aplicación para la inscripción.

Ofrecido por:
Quartz Health Benefit Plans Corporation

840 Carolina Street • Sauk City, WI 53583-1374
(800) 362-3310 • (608) 644-3430
Fax (608) 643-2564 • QuartzBenefits.com

PASO 1: Cuéntenos acerca de usted

(Un adulto de la familia deberá ser la persona de contacto de su solicitud.)

| | | | |
|--|---|---|----------------------------|
| 1. Primer y Segundo Nombre, Apellido y Sufijo: | | | |
| 2. Domicilio: | | 3. Número de Departamento: | |
| 4. Ciudad: | 5. Estado: | 6. Código Postal: | 7. Condado: |
| 8. Dirección (en caso de ser diferente del domicilio): | | | 9. Número de Departamento: |
| 10. Ciudad: | 11. Estado: | 12. Código Postal: | 13. Condado: |
| 14. Número de Teléfono: | | 15. Otro Número de Teléfono: | |
| 16. Dirección de Correo Electrónico: | | | |
| 17. Idioma preferido hablado o escrito (si no es Inglés): | | | |
| 18. ¿Necesita cobertura médica? <input type="checkbox"/> En caso afirmativo, responda a todas las preguntas a continuación. <input type="checkbox"/> Si no, vaya al Paso 2 en la página 4 (Deje el resto de esta página en blanco.) | | | |
| 19. Número de Seguro Social o Número de Identificación de Contribuyente (TIN, por sus siglas en inglés): _____ - _____ - _____ | 20. Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino | 21. Fecha de Nacimiento (mm / dd / aaaa): ____ / ____ / ____ | |
| 22. ¿Utiliza tabaco (requerido si la edad es de 18 años en adelante)? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <i>El consumo de tabaco se define como el uso de tabaco en promedio de cuatro o más veces por semana en los últimos seis meses.</i> | | | |

AHORA, díganos quién más necesita la cobertura médica. →

Quartz es un emisor de Planes de Salud Calificados en el Mercado de Seguros Médicos.

Quartz no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, discapacidad, edad, sexo, identidad de género, orientación sexual o estado de salud en la administración del plan, incluyendo la inscripción y determinaciones de beneficios.

Información del Solicitante

Ofrecido por:
Quartz Health Benefit Plans Corporation

840 Carolina Street • Sauk City, WI 53583-1374
(800) 362-3310 • (608) 644-3430
Fax (608) 643-2564 • QuartzBenefits.com

PASO 2: Tell us about anyone else who needs health coverage.

(If you have more people to include, make a copy of this page and attach.)

PASO 2: PERSONA 2

| | | |
|--|---|--|
| 1. Primer y Segundo Nombre, Apellido y Sufijo: | | 2. Relación con usted: |
| 3. Número de Seguro Social o Número de Identificación de Contribuyente (TIN, por sus siglas en inglés): _____ - _____ - _____ | 4. Fecha de Nacimiento: (mm / dd / aaaa): ____/____/____ | 5. Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino |
| 6. ¿La Persona 2 vive en la misma dirección que usted? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si no, por favor ponga la dirección: | | |
| 7. ¿La Persona 2 consume tabaco (requerido si es mayor de 18 años en adelante)? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <i>El consumo de tabaco se define como el uso de tabaco en promedio de cuatro o más veces por semana en los últimos seis meses.</i> | | |

PASO 2: PERSONA 3

| | | |
|--|---|--|
| 1. Primer y Segundo Nombre, Apellido y Sufijo: | | 2. Relación con usted: |
| 3. Número de Seguro Social o Número de Identificación de Contribuyente (TIN, por sus siglas en inglés): _____ - _____ - _____ | 4. Fecha de Nacimiento: (mm / dd / aaaa): ____/____/____ | 5. Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino |
| 6. ¿La Persona 3 vive en la misma dirección que usted? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si no, por favor ponga la dirección: | | |
| 7. ¿La Persona 3 consume tabaco (requerido si es mayor de 18 años en adelante)? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <i>El consumo de tabaco se define como el uso de tabaco en promedio de cuatro o más veces por semana en los últimos seis meses.</i> | | |

PASO 2: PERSONA 4

| | | |
|--|---|--|
| 1. Primer y Segundo Nombre, Apellido y Sufijo: | | 2. Relación con usted: |
| 3. Número de Seguro Social o Número de Identificación de Contribuyente (TIN, por sus siglas en inglés): _____ - _____ - _____ | 4. Fecha de Nacimiento: (mm / dd / aaaa): ____/____/____ | 5. Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino |
| 6. ¿La Persona 4 vive en la misma dirección que usted? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si no, por favor ponga la dirección: | | |
| 7. ¿La Persona 4 consume tabaco (requerido si es mayor de 18 años en adelante)? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <i>El consumo de tabaco se define como el uso de tabaco en promedio de cuatro o más veces por semana en los últimos seis meses.</i> | | |

Información del Solicitante

Ofrecido por:
Quartz Health Benefit Plans Corporation

840 Carolina Street • Sauk City, WI 53583-1374
(800) 362-3310 • (608) 644-3430
Fax (608) 643-2564 • QuartzBenefits.com

PASO 3: Lea y firme esta solicitud.

Yo reconozco que he leído y completado toda la solicitud. Si recibí ayuda para leer o llenar esta Solicitud, he identificado a la persona(s) que me ayudó. Acepto que las respuestas son, a lo mejor de mi conocimiento y habilidad, completas y verdaderas.

Entiendo que mis respuestas, junto con todos los suplementos o páginas adicionales, son la base para el certificado o póliza que se emita. Estoy de acuerdo que ningún seguro entrará en vigencia hasta la fecha especificada por la compañía de seguros en el certificado la póliza.

Entiendo que cualquier declaración falsa intencional invocada por el asegurador podrá utilizarse para negar una reclamación. Entiendo, además, que este contrato puede ser anulado si dentro de los primeros 24 meses desde la fecha de la póliza o certificado que se determine que yo o un miembro de la familia hizo una declaración falsa intencional en la solicitud.

Entiendo que puede ser un crimen el presentar una demanda o una reclamación sobre la base de una declaración falsa o engañosa. Además, entiendo que puede ser un crimen presentar una solicitud que está destinada a engañar a una aseguradora u ocultar información importante sobre el solicitante.

Entiendo que puedo solicitar una copia de esta Solicitud y la notificación de prácticas de privacidad de la compañía. Estoy de acuerdo en que una fotocopia es tan válida como el original. Un facsímil legible o firma electrónica tendrá la misma validez que el original.

Entiendo que debo pagar todas las cantidades pendientes de pago de las primas a Quartz durante los últimos 12 meses para que la cobertura entre en vigencia.

Firma: _____ Fecha de la Firma: _____

PASO 4: Envíe por correo tradicional o correo electrónico su aplicación completada.

Envíe la solicitud completa:

Quartz - Sales Department
840 Carolina St.
Sauk City, WI 53583

O

Escanee y envíe por correo electrónico (email) su aplicación completada a:

IndividualSales@QuartzBenefits.com

Información del Solicitante

Ofrecido por:
Quartz Health Benefit Plans Corporation

840 Carolina Street • Sauk City, WI 53583-1374
(800) 362-3310 • (608) 644-3430
Fax (608) 643-2564 • QuartzBenefits.com

PASO 5: Por favor firme el Aviso al Solicitante.

AVISO AL SOLICITANTE REFERENTE AL REEMPLAZO DEL SEGURO DE ACCIDENTES Y DE ENFERMEDAD

De acuerdo con la información proporcionada por usted en su solicitud de cobertura de seguro, usted tiene la intención de caducar o terminar su póliza actual y reemplazarla con una póliza emitida por Quartz. Para su propia información y protección, ciertos hechos deben ser señalados a usted que se debe considerar antes de realizar este cambio.

1. Las preguntas en la solicitud de la nueva póliza deben ser contestadas de manera veraz y completa; de lo contrario, la vigencia de la póliza y el pago de cualquier beneficio en virtud del mismo pueden ser anulados.
2. La nueva póliza será emitida basada en su edad actual la cual puede ser mayor a la edad cuando su póliza anterior fue emitida; por lo tanto, el costo de la nueva póliza, dependiendo de los beneficios, puede ser más alto de lo que está pagando actualmente por su póliza.
3. Las condiciones de renovación de la nueva póliza deben ser revisados a fin de asegurarse de que sus derechos a renovar periódicamente la póliza.
4. Puede ser una ventaja a su favor el conseguir un consejo de su compañía actual de seguros o de su agente con respecto a la propuesta de sustitución de su póliza actual. Usted debe estar seguro de que entiende todos los factores relevantes que intervienen en la sustitución de su cobertura actual.

El "Aviso al Solicitante" fue entregado a mí el día _____
(Fecha)

(Firma del Solicitante)

Nombre del Agente: _____ Fecha: _____

Nombre de la Agencia: _____ Número Nacional del Productor: _____

Firma del Agente: _____

POR FAVOR MANTENGA UNA COPIA DE ESTE AVISO PARA SUS ARCHIVOS

Información del Solicitante

Ofrecido por:
Quartz Health Benefit Plans Corporation

840 Carolina Street • Sauk City, WI 53583-1374
(800) 362-3310 • (608) 644-3430
Fax (608) 643-2564 • QuartzBenefits.com

PASO 6: Asistencia para completar esta solicitud (si es aplicable).

USTED PUEDE ELEGIR UN REPRESENTANTE AUTORIZADO.

Usted puede autorizar a una persona de su confianza para hablar sobre esta Solicitud con nosotros, consultar su Solicitud, y actuar en su nombre en los asuntos relacionados con esta Solicitud, incluyendo la obtención de información acerca de su Solicitud y de firmar su Solicitud en nombre de usted. Esta persona se llama un "representante autorizado". Si alguna vez necesita cambiar su representante autorizado, póngase en contacto con nosotros. Si usted es un representante legalmente designado para alguien en esta solicitud, presente una prueba junto con esta solicitud.

1. Nombre del Representante Autorizado (Primer y Segundo Nombre, Apellido):

2. Dirección:

3. Número de Departamento:

4. Ciudad:

5. Estado:

6. Código Postal:

7. Número de Teléfono:

8. Nombre de la Organización:

9. Número de Identificación (en caso de aplicar)

Al firmar, usted autoriza a esta persona firmar su Solicitud, obtener información oficial sobre esta Solicitud, y actuar en su nombre en todos los asuntos futuros relacionados con la Solicitud.

10. Su firma:

11. Fecha (mm / dd / aaaa):

____/____/____

PARA CONSEJEROS CERTIFICADOS DE SOLICITUDES, FACILITADORES, AGENTES Y CORREDORES DE SEGUROS SOLAMENTE.

Complete esta sección si usted es consejero certificado de solicitudes, facilitador, un agente o corredor de seguros llenando esta solicitud para otra persona.

1. Fecha de comienzo de la aplicación (mm / dd / aaaa):

2. Primer y Segundo Nombre, Apellido y Sufijo:

4. Nombre de la Organización:

4. Número de Identificación si es aplicable)



No Discriminación & Acceso a Lenguajes

Quartz es el nombre de la marca de un grupo de compañías comprometidas para su salud: Quartz Health Benefit Plans Corporation, Quartz Health Insurance Corporation, Quartz Health Plan Corporation, y Quartz Health Plan MN Corporation. Estas compañías son entidades legales separadas. En esta notificación “nosotros” nos referimos a todas las compañías de Quartz.

Para asistencia entendiendo estos materiales en otro idioma que no sea inglés, llame al (800) 362-3310 y un representante de Servicio al Cliente lo asistirá. Usuarios TTY deben llamar al 711 o al (800) 877-8973.

Nosotros cumplimos con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discriminamos por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo.

Proporcionamos asistencia y servicios gratuitos a las personas con discapacidades para que se comuniquen de manera eficaz con nosotros, como los siguientes –

- Intérpretes de lenguaje de señas capacitados
- Información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos)

Proporcionamos servicios lingüísticos gratuitos a personas cuya lengua materna no es el inglés, como los siguientes –

- Intérpretes capacitados
- Información escrita en otros idiomas

Si necesita recibir estos servicios, comuníquese con el Departamento de Servicio al Cliente de Quartz al (800) 362-3310.

Si considera que Quartz no le proporcionó estos servicios o lo discriminó de otra manera por motivos de origen étnico, color,

nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, puede presentar un reclamo a la siguiente persona –

Kristie Meier, Oficial de Control / Compliance Officer
840 Carolina Street
Sauk City, WI 53583
Teléfono: (800) 362-3310
TTY: 711 o llamada gratuita (800) 877-8973
Fax: (608) 644-3500
Correo electrónico: AppealsSpecialists@quartzbenefits.com

Puede presentar el reclamo en persona o por correo postal, fax o correo electrónico. Si necesita ayuda para hacerlo, Kristie Meier, Oficial de Control / Compliance Officer, está a su disposición para brindársela. También puede presentar un reclamo de derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles (Office for Civil Rights) del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE.UU. (Department of Health and Human Services), de manera electrónica a través del portal electrónico Office for Civil Rights Complaint Portal, disponible en ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf o por correo postal a la siguiente dirección o por teléfono a los números que figuran a continuación –

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

Puede obtener los formularios de reclamo en el sitio web hhs.gov/ocr/office/file/index.html

Quartz en ciertos estados es un emisor Calificado de Planes de Salud en el Mercado de Seguros Médicos. Para conocer más visite la página web del Mercado de Seguros Médicos en HealthCare.gov.

For help to translate or understand this, please call (800) 362-3310, TTY: 711 / (800) 877-8973.

Spanish – Este Aviso contiene información importante. Este aviso contiene información importante acerca de su solicitud o cobertura a través de Quartz. 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 (800) 362-3310. TTY / TDD: 711 / (800) 877-8973.

Hmong – Tsaab ntawv tshaj xo no muaj cov ntshiab lus tseem ceeb. Tsaab ntawv tshaj xo no muaj cov ntsiab lus tseem ceeb txog koj daim ntawv thov kev pab los yog koj qhov kev pab cuam los ntawm Quartz. Saib cov caij nyoo los yog tej hnub tseem ceeb uas sau rau hauv daim ntawv no kom zoo. Tej zaum koj kuj yuav tau ua qee yam uas peb kom koj ua tsis pub dhau cov caij nyoo uas teev tseg rau hauv daim ntawv no mas koj thiaj yuav tau txais kev pab cuam kho mob los yog kev pab them tej nqi kho mob ntawd. Koj muaj cai kom lawv muab cov ntshiab lus no uas tau muab sau ua koj hom lus pub dawb rau koj. Hu rau (800) 362-3310. TTY / TDD: 711 / (800) 877-8973.

Vietnamese – Thông báo này cung cấp thông tin quan trọng. Thông báo này có thông tin quan trọng bản về đơn nộp hoặc hợp đồng bảo hiểm qua chương trình Quartz. Xin xem ngày then chốt trong thông báo này. Quý vị có thể phải thực hiện theo thông báo đúng trong 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 miễn phí. Xin gọi số (800) 362-3310. TTY / TDD: 711 / (800) 877-8973.

Chinese – 本通知含有重要的訊息 本通知對於您透過 Quartz 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 (800) 362-3310 : 711 / (800) 877-8973.

Russian – Настоящее уведомление содержит важную информацию. Это уведомление содержит важную информацию о вашем заявлении или страховом покрытии через Quartz. 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 (800) 362-3310. TTY / TDD: 711 / (800) 877-8973.

Laotian – ແຈ້ງການສະບັບນີ້ມີຂໍ້ມູນທີ່ສໍາຄັນ. ແຈ້ງການສະບັບນີ້ມີຂໍ້ມູນທີ່ສໍາຄັນກ່ຽວກັບໃບສະໜັກ ຫຼື ການຄຸ້ມຄອງຂອງທ່ານຜ່ານ Quartz. ຊອກຫາວັນທີ່ສໍາຄັນ ໃນໜັງສືແຈ້ງການສະບັບນີ້. ທ່ານອາດຈຳເປັນຕ້ອງປະຕິບັດຕາມເວລາ ທີ່ກຳນົດໄວ້ທີ່ແນ່ນອນເພື່ອຮັກສາໄວ້ການຄຸ້ມຄອງສະພາບຂອງທ່ານ ຫຼື ຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານຄ່າໃຊ້ຈ່າຍ. ທ່ານມີສິດທີ່ຈະໄດ້ຮັບຂໍ້ມູນນີ້ ແລະ ຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອໃນພາສາຂອງທ່ານໂດຍບໍ່ເສຍຄ່າ. ໂທຫາເບີ (800) 362 3310. TTY / TDD: 711 / (800) 877 8973.

German – Diese Benachrichtigung enthält wichtige Informationen. Diese Benachrichtigung enthält wichtige Informationen bezüglich Ihres Antrags auf Krankenversicherungsschutz durch Quartz. 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 (800) 362-3310. TTY / TDD: 711 / (800) 877-8973.

Arabic – يحتوي هذا الإشعار على معلومات مهمة. يتضمن هذا الإشعار معلومات هامة حول طلبك أو تغطيتك عبر Quartz. ابحث عن التواريخ الرئيسية في هذا الإشعار. قد تحتاج إلى إجراء تدابير معينة وفقاً لمواعيد معينة من أجل الحفاظ على تغطيتك الصحية أو المساعدة في التكاليف. لديك الحق في الحصول على هذه المعلومات وتلقي المساعدة في لغتك دون أي تكلفة. اتصل على TTY / TDD: 711 / (800) 877-8973 / (800) 362-3310.

French – Cet avis a d'importantes informations. Cet avis a d'importantes informations sur votre demande ou la couverture par l'intermédiaire de Quartz. 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 (800) 362-3310. TTY / TDD: 711 / (800) 877-8973.

Korean – 본 통지서에는 중요한 정보가 들어 있습니다. 즉 이 통지서는 귀하의 신청에 관하여 그리고 Quartz을 통한 커버리지에 관한 정보를 포함하고 있습니다. 본 통지서에서 핵심이 되는 날짜들을 찾으십시오. 귀하의 건강 커버리지를 계속유지하거나 비용을 절감하기 위해서 일정한 마감일까지 조치를 취해야 할 필요가 있을 수 있습니다. 귀하는 이러한 정보와 도움을 귀하의 언어로 비용 부담없이 얻을 수 있는 권리가 있습니다. (800) 362-3310로 전화하십시오. TTY / TDD: 711 / (800) 877-8973.

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 Quartz. 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 (800) 362-3310. TTY / TDD: 711 / (800) 877-8973.

Cushite – Oroomiffa XIYEEFFANNA: Afaan dubbattu Oroomiffa, tajaajila gargaarsa afaanii, kanfaltiidhaan ala, ni argama. Bilbilaa (800) 362-3310. TTY / TDD: 711 / (800) 877-8973.

Amharic – ማስታወሻ: የሚናገሩት ቋንቋ አማርኛ ከሆነ የትርጉም እርዳታ ድርጅቶች፣ በነጻ ሊያገዝዎት ተዘጋጅተዋል፡ ወደ ሚከተለው ቁጥር ይደውሉ (800) 362-3310. (መስማት ለተሳናቸው፡ 711 / (800) 877-8973)።

Karen – ၵၢ်သ့ၵ်သံး- နမ့ၢ်ကတိၢ် ကညိၣ် ကျိၣ်ဆယိၣ်, နမ့ၢ်န့ၢ် ကျိၣ်ဆတၢ်မၤစၢၤလၢ တလၢၣ်သ့ၵ်သံးန့ၢ်န့ၢ်လိၤ, ကိး (800) 362-3310. TTY / TDD: 711 / (800) 877-8973.

Mon-Khmer, Cambodian – ប្រយ័ត្ន៖ បើសិនជាអ្នកនិយាយភាសាខ្មែរ, សេវាជំនួយផ្នែកភាសា ដោយមិនគិតលុយ គឺអាចមានសំរាប់អ្នក។ ចូរ ទូរស័ព្ទ (800) 362-3310. TTY / TDD: 711 / (800) 877-8973.

Serbocroatian – OBAVJEŠTENJE: Ako govorite srpskohrvatski, usluge jezičke pomoći dostupne su vam besplatno. Nazovite (800) 362-3310 TTY- Telefon za osobe sa oštećenim govorom ili sluhom: 711 / (800) 877-8973.

Thai – เร็ยณ: ถ้ำ คุณพศุ ภาษาไทยคุณสามารถใข้ บริการช่วยเหลือทางภาษาได้ฟรี โทร (800) 362-3310. TTY / TDD: 711 / (800) 877-8973.

Gujarati – સુચન: જો તમે ગુજરાતી બોલતા છો, તો બિ:શુલ્ક ભાષા સહાય સેવાઓ તમારા માટે ઉપલબ્ધ છે. ફોન કરો (800) 362-3310. TTY / TDD: 711 / (800) 877-8973.

Urdu – خبردار: اگر آپ اردو بولتے ہیں، تو آپ کو زبان کی مدد کی خدمات مفت میں دستیاب ہیں۔ کال کریں (800) 362-3310. TTY / TDD: 711 / (800) 877-8973.

Italian – ATTENZIONE: In caso la lingua parlata sia l'italiano, sono disponibili servizi di assistenza linguistica gratuiti. Chiamare il numero (800) 362-3310. TTY / TDD: 711 / (800) 877-8973.

Greek – ΠΡΟΣΟΧΗ: Αν μιλάτε ελληνικά, στη διάθεσή σας βρίσκονται υπηρεσίες γλωσσικής υποστήριξης, οι οποίες παρέχονται δωρεάν. Καλέστε (800) 362-3310. TTY / TDD: 711 / (800) 877-8973.

Pennsylvanian Dutch – Die Bekanntmachung gebt wichdichi Auskunft. Die Bekanntmachung gebt wichdichi Auskunft baut dei Application oder Coverage mit Quartz. Geb Acht fer wichdiche Daadem in die Bekanntmachung. Es iss meeglich, ass du ebbes duh muscht, an beschtimme Deadlines, so ass du dei Health Coverage bhalde kannscht, odder bezaahle helfe kannscht. Du hoscht es Recht fer die Information un Hilf in deinre eegne Schprooch griegie, un die Hilf koschtet nix. Kannscht du (800) 362-3310 uffrufe. TTY / TDD: 711 / (800) 877-8973.

Polish – To ogłoszenie zawiera ważne informacje. To ogłoszenie zawiera ważne informacje odnośnie Państwa wniosku lub zakresu świadczeń poprzez Quartz. Prosimy zwrócić uwagę na kluczowe daty zawarte w tym ogłoszeniu aby nie przekroczyć terminów w przypadku utrzymania polisy ubezpieczeniowej lub pomocy związanej z kosztami. Macie Państwo prawo do bezpłatnej informacji we własnym języku. Zadzwońcie pod (800) 362-3310. TTY / TDD: 711 / (800) 877-8973.

Hindi – इस सूचना में महत्वपूर्ण जानकारी शामिल है। इस सूचना में Quartz से जुड़े आपके आवेदन या कवरेज के बारे में महत्वपूर्ण जानकारी शामिल है। इस सूचना में महत्वपूर्ण तारीखों को देखना न भूलें। स्वास्थ्य कवरेज जारी रखने या खर्च में मदद के लिए आपको कुछ तय तारीखों तक कार्रवाई करनी ज़रूरी है। आपके पास अपनी भाषा में, बिना किसी शुल्क के इस जानकारी और सहायता को पाने का अधिकार है। (800) 362-3310. TTY / TDD: 711 / (800) 877-8973 पर कॉल करें।

Albanian – Ky njoftim përmban informacion të rëndësishëm. Ky njoftim përmban informacion të rëndësishëm për aplikimin ose mbulimin tuaj nëpërmjet Quartz. Kontrolloni për data të rëndësishme në këtë njoftim. Mund t'ju duhet të ndërmerri veprim brenda afatave të caktuara për të mbajtur mbulimin tuaj shëndetësor ose për ndihmën me koston. Keni të drejtë ta merrni këtë informacion dhe ndihmë falas në gjuhën tuaj. Telefononi numrin (800) 362-3310. TTY / TDD: 711 / (800) 877-8973.

Somali – FIIRO GAAR AH: Haddii aad ku hadashid af Soomaali, adeegyada caawimada luuqada, ayaa waxaa laguugu siinayaa bilaash, waa lagu heli karaa. 1-800-362-3310 (TTY: 1-800-877-8973) bilbilaa.