



Aurora Health Care®

Quartz Medicare Advantage (HMO)

2650 Novation Parkway, Fitchburg, WI 53713

Orientador de Quartz: (800) 394-5566 (TTY: 711)

## Formulario de elección de beneficios del plan para 2025

Fecha:

Nombre del miembro:

Número de identificación del miembro:

### Elección de plan (marque una)

Quiero pasar de mi plan actual al plan que elegí abajo. Entiendo que, si el formulario completado se recibe antes de fin de mes, el nuevo plan normalmente entrará en vigor el primer día del mes siguiente.

Prima mensual del plan

<input type="checkbox"/>	<b>Core D (con cobertura para medicamentos bajo prescripción)</b> Aurora Health Quartz Medicare Advantage	<b>\$0.00</b>
<input type="checkbox"/>	<b>Value D (con cobertura para medicamentos bajo prescripción)</b> Aurora Health Quartz Medicare Advantage	<b>\$23.00</b>
<input type="checkbox"/>	<b>Elite D (con cobertura para medicamentos bajo prescripción)</b> Aurora Health Quartz Medicare Advantage	<b>\$67.00</b>
<input type="checkbox"/>	<b>Value (sin cobertura para medicamentos bajo prescripción)</b> Aurora Health Quartz Medicare Advantage*	<b>\$0.00</b>
<input type="checkbox"/>	<b>Elite (sin cobertura para medicamentos bajo prescripción)</b> Aurora Health Quartz Medicare Advantage*	<b>\$40.00</b>
<input type="checkbox"/>	<b>Beneficio dental suplementario opcional</b> (Disponible solo durante el período de elección anual o durante los primeros 30 días después de su inscripción inicial).	<b>\$44.00</b>

\*Entiendo que puedo estar sujeto a una multa por inscripción tardía si no mantengo una cobertura válida de medicamentos bajo prescripción y elijo agregar los beneficios de Medicare para medicamentos bajo prescripción más adelante.

## Pago de su prima del plan

---

Puede pagar su prima mensual del plan (incluyendo cualquier multa por inscripción tardía que actualmente tenga o pueda adeudar) mediante una deducción automática por parte de Quartz de su cuenta de ahorro o cuenta de cheques, una deducción automática de su cheque del Seguro Social o de su cheque de beneficios de la Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios (Railroad Retirement Board), o puede pagar usted mismo cuando reciba su factura mensual. Si quiere cambiar su opción actual de pago, llame a un orientador de Quartz al **(800) 394-5566 (TTY: 711)**.

Las personas con ingresos limitados pueden calificar para Ayuda Adicional para pagar los costos de sus medicamentos bajo prescripción. Si usted califica, Medicare podría pagar el 75% o más de los costos de sus medicamentos, incluyendo las primas mensuales de los medicamentos bajo prescripción, los deducibles anuales y el coaseguro. Además, las personas que califiquen no estarán sujetas al período sin cobertura ni a una multa por inscripción tardía. Muchas personas son elegibles para estos ahorros y ni siquiera lo saben. Para obtener más información sobre esta Ayuda Adicional, comuníquese con su oficina local del Seguro Social o llame al **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al **1-800-486-2048**.

Si usted califica para Ayuda Adicional con los costos de cobertura de Medicare para sus medicamentos bajo prescripción, Medicare pagará la totalidad o parte de la prima de su plan para este beneficio. Si Medicare solo paga una parte de esta prima, le facturaremos a usted la cantidad que Medicare no cubra. Recibirá una factura si no elige una opción de pago.

**Se exige una firma para completar este formulario.**

---

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_



Aurora Health Care®

**Quartz Medicare Advantage (HMO)**

2650 Novation Parkway, Fitchburg, WI 53713

Orientador de Quartz: (800) 394-5566 (TTY: 711)

**Si usted es el representante autorizado, debe firmar abajo e incluir la siguiente información.**

---

Apellido:

Primer nombre:

Inicial del segundo nombre:

---

Dirección:

---

Relación con la persona inscrita:

Número de teléfono:

---

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**Envíenos este formulario por correo en el sobre adjunto o por email a:**

**[MemberChanges@QuartzBenefits.com](mailto:MemberChanges@QuartzBenefits.com)**

## AVISO DE NO DISCRIMINACIÓN

Quartz Medicare Advantage (HMO) y Quartz Med Advantage Dual Eligible w/Rx son los nombres comerciales con los que operan las entidades de Quartz Health Plan Corporation y Quartz Health Plan MN Corporation. Estas compañías son entidades legales independientes. En este aviso, "nosotros" hace referencia a estas compañías. Nosotros cumplimos las leyes federales aplicables de derechos civiles y no discriminamos por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad, identidad de género ni orientación sexual.

- Ayudamos y prestamos servicios gratuitos a personas con discapacidades para que se comuniquen de manera eficaz con nosotros, como:
  - Intérpretes calificados de lenguaje de señas
  - Información en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos)
- Prestamos servicios gratuitos de idiomas a las personas cuyo idioma principal no sea el inglés, como:
  - Intérpretes calificados
  - Información escrita en otros idiomas

**Si necesita estos servicios**, comuníquese con la línea de **Éxito de los Clientes** llamando al **(800) 362-3310**.

Si cree que no le prestamos estos servicios o que lo discriminamos de otra manera por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, puede presentar una queja formal a:

**Kristie Breunig, Compliance Officer; 2650 Novation Parkway, Fitchburg, WI 53713**  
**Teléfono: (800) 362-3310; (TTY: 711); fax: (608) 644-3500**  
**Email: [AppealsSpecialists@QuartzBenefits.com](mailto:AppealsSpecialists@QuartzBenefits.com)**

Puede presentar la queja formal en persona o por correo, fax o correo electrónico. Si necesita ayuda para presentar una queja formal, Kristie Meier, responsable de Cumplimiento, puede ayudarlo.

También puede presentar una queja de derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles (Office for Civil Rights) del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. (U.S. Department of Health and Human Services) de forma electrónica mediante el Portal de quejas de la Oficina de Derechos Civiles, en **[ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf](https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf)**, o por correo o teléfono:

**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 encontrar los formularios de quejas en **[hhs.gov/ocr/office/file/index.html](https://hhs.gov/ocr/office/file/index.html)**.



## Texto en varios idiomas

### Servicios de interpretación en varios idiomas

**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 1-800-394-5566 (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 1-800-394-5566 (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 1-800-394-5566 (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 1-800-394-5566 (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 1-800-394-5566 (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 1-800-394-5566 (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 1-800-394-5566 (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 1-800-394-5566 (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 1-800-394-5566 (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 1-800-394-5566 (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 1-800-394-5566 (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 1-800-394-5566 (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 1-800-394-5566 (TTY: 711). Un nostro incaricato che parla Italianovi fornirà l'assistenza necessaria. È un servizio gratuito.

**Portuguese:** 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 1-800-394-5566 (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 1-800-394-5566 (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 1-800-394-5566 (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、1-800-394 5566 (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。