



**Quartz Medicare Advantage (HMO)**  
 840 Carolina Street, Sauk City, WI 53583  
 Atención al Cliente: (800) 394-5566

SwedishAmerican es ahora UW Health

## Formulario de elección de beneficios del plan de 2022

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

Nombre del miembro: \_\_\_\_\_

Número de id. de miembro: \_\_\_\_\_

### Elección de plan (marque una opción)

Quiero pasar de mi plan actual al plan que elegí abajo. Entiendo que si se recibe este formulario completo antes de fin de mes, mi nuevo plan generalmente estará vigente a partir del 1.º día del mes siguiente.

	<b>Prima mensual del plan</b>
<input type="checkbox"/> Plan <b>Value</b> de UW Health Illinois Quartz Medicare Advantage*	<b>\$0.00</b>
<input type="checkbox"/> Plan <b>Elite</b> de UW Health Illinois Quartz Medicare Advantage*	<b>\$30.00</b>
<input type="checkbox"/> Plan <b>Core D</b> de UW Health Illinois Quartz Medicare Advantage <b>(con beneficios para medicamentos)</b>	<b>\$0.00</b>
<input type="checkbox"/> Plan <b>Value D</b> de UW Health Illinois Quartz Medicare Advantage <b>(con beneficios para medicamentos)</b>	<b>\$32.00</b>
<input type="checkbox"/> Plan <b>Elite D</b> de UW Health Illinois Quartz Medicare Advantage <b>(con beneficios para medicamentos)</b>	<b>\$72.00</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>\$48.10</b>

\* Entiendo que puedo estar sujeto a una multa por inscripción tardía si no mantengo una cobertura válida de medicamentos bajo prescripción.

### Pago de su prima del plan

Usted puede pagar su prima mensual del plan (incluyendo las multas por inscripción tardía que actualmente tenga o pueda adeudar) mediante una deducción automática por parte de Quartz de su cuenta de ahorros o de su cuenta corriente, una deducción automática de su cheque del Seguro Social o de su cheque de beneficios de la Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios, o puede hacer sus propios pagos cuando reciba su factura mensual. Si quiere cambiar su opción de pago actual, comuníquese con Atención al Cliente de Quartz llamando al 711 o al (800) 394-5566 (TTY).

Las personas con ingresos limitados pueden calificar para recibir 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 a una etapa 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 recibir Ayuda Adicional para 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 paga solo una parte de esta prima, le facturaremos la cantidad que Medicare no cubra. Si no elige una opción de pago, recibirá una factura.

---

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

---

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha de hoy: \_\_\_\_\_

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

---

Apellido:	Nombre:	Inicial del segundo nombre:
-----------	---------	-----------------------------

Dirección: \_\_\_\_\_

Relación con el afiliado: \_\_\_\_\_

Número de teléfono: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha de hoy: \_\_\_\_\_

**Envíenos este formulario en el sobre adjunto o por correo electrónico a:  
MemberChanges@quartzbenefits.com.**

## Multi-Language Insert

### Multi-Language Interpreter Services

**Spanish:** ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-800-394-5566 (TTY: 711).

**Hmong:** LUS CEEV: Yog tias koj hais lus Hmoob, cov kev pab txog lus, muaj kev pab dawb rau koj. Hu rau 1-800-394-5566 (TTY: 711).

**Chinese:** 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 1-800-394-5566 (TTY : 711)。

**German:** ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung. Rufnummer: 1-800-394-5566 (TTY: 711).

**Arabic:** ملاحظة: إذا كنت تتحدث اللغة العربية، فإن خدمات المساعدة اللغوية المجانية متاحة من أجلك، يُرجى الاتصال على الرقم 1-800-394-5566 (TTY: 711).

**Russian:** ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 1-800-394-5566 (телетайп: 711).

**Korean:** 주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 1-800-394-5566 (711)번으로 전화해 주십시오.

**Vietnamese:** CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 1-800-394-5566 (TTY: 711).

**Pennsylvania Dutch:** Wann du [Deutsch (Pennsylvania German / Dutch)] schwetzsch, kannscht du mitaus Koschte ebber gricke, ass dihr helft mit die englisch Schprooch. Ruf selli Nummer uff: Call 1-800-394-5566 (TTY: 711).

**Laotian:** ໂປດຊາບ: ຖ້າວ່າ ທ່ານເວົ້າພາສາ ລາວ, ການບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາ, ໂດຍບໍ່ເສັຽຄ່າ, ແມ່ນມີພ້ອມໃຫ້ທ່ານ. ໂທ 1-800-394-5566 (TTY: 711).

**French:** ATTENTION : Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le 1-800-394-5566 (ATS : 711).

**Amharic:** ማሳሰቢያ: የሚናገሩት ቋንቋ አማርኛ ከሆነ የትርጉም አርዳታ ድርጅቶች፣ በነጻ ሊያገለግሉት ተዘጋጅተዋል። ወደ ሚከተለው ቁጥር ይደውሉ 1-800-394-5566 (መስማት ለተሳናቸው: 711)።

**Hindi:** ध्यान दें: यदि आप हिंदी बोलते हैं तो आपके लिए मुफ्त में भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध हैं। 1-800-394-5566 (TTY: 711) पर कॉल करें।

**Serbo-Croatian:** OBAVJEŠTENJE: Ako govorite srpsko-hrvatski, usluge jezičke pomoći dostupne su vam besplatno. Nazovite 1-800-394-5566 (TTY- Telefon za osobe sa oštećenim govorom ili sluhom: 711).

**Tagalog:** PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 1-800-394-5566 (TTY: 711).

## AVISO DE NO DISCRIMINACIÓN

Quartz Medicare Advantage (HMO) es el nombre comercial bajo el que operan las entidades Quartz Health Plan Corporation y Quartz Health Plan MN Corporation. Estas compañías son entidades legales individuales. En este aviso, “nosotros” hace referencia a estas compañías. Nosotros cumplimos con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discriminamos por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo.

- Nosotros damos ayuda y servicios gratis a personas con discapacidades para que se comuniquen eficazmente con nosotros, como:
  - Intérpretes calificados de lenguaje de señas
  - Información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos)
- Nosotros prestamos servicios de idioma gratis a las personas cuyo idioma nativo no sea el inglés, como:
  - Intérpretes calificados
  - Información escrita en otros idiomas

Si necesita estos servicios, comuníquese con el Servicio de Atención al Cliente llamando al **(800) 362-3310**.

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

**Kristie Meier, Compliance Officer; 840 Carolina Street, Sauk City, WI 53583**  
**Teléfono: (800) 362-3310; TTY: 711 o llame gratis al (800) 877-8973; fax: (608) 644-3500**  
**Correo electrónico: [AppealsSpecialists@QuartzBenefits.com](mailto:AppealsSpecialists@QuartzBenefits.com)**

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

También puede presentar una queja de derechos civiles de manera electrónica ante la Oficina de Derechos Civiles (Office for Civil Rights) del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. (U.S. Department of Health and Human Services) 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, en:

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

