

Solicitud de cobertura individual

Para planes fuera del Mercado: para cobertura nueva y renovación

Esta solicitud debe completarse en su totalidad o su tiempo de proceso podría retrasarse. Para ser elegibles para la cobertura, los solicitantes deben residir dentro del área de servicio de AdventHealth Advantage Plans.

Envíe la solicitud original completa a:

AdventHealth Advantage Plans

Attention: Sales

6450 US Highway 1

Rockledge, Florida 32955

myAHplan.com

Departamento de Ventas: número gratuito **1.855.737.4347**

Correo electrónico: individualinsurance@hf.org ■ TDD/TTY:

1.800.955.8771

Desde el 1 de noviembre hasta el 15 de diciembre: llame de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 6:00 p. m.

Desde el 16 de diciembre hasta el 31 de octubre: llame de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 6:00 p. m.

Requisitos e instrucciones para la solicitud

- Esta Solicitud debe completarse por el Solicitante. Usted (el Solicitante) es responsable de garantizar que la información que se provee sea precisa, completa y verdadera. No completar cualquiera de las secciones tendrá como resultado una demora en el procesamiento de su solicitud.
- No cancele ninguna cobertura de seguro de salud que tenga actualmente ni rechace los beneficios de COBRA hasta que reciba un aviso de aceptación de AdventHealth Advantage Plans.** Guarde una copia de esta solicitud para su registro.
- Toda tergiversación de la información en esta Solicitud puede resultar en la cancelación de la cobertura.
- Todo miembro de la familia de un Solicitante que tenga 18 años o más también debe firmar y fechar esta Solicitud.
- Todos los miembros de la familia que sean elegibles deben inscribirse en una solicitud.
- Un dependiente de 26 a 30 años de edad debe cumplir con los requisitos de elegibilidad de acuerdo con la ley de Florida.
- Para obtener la cobertura para el recién nacido o hijo adoptivo de un miembro fuera del período de apertura de inscripción anual, un titular de la póliza debe completar y presentar el Formulario de inscripción individual o de modificación dentro de los sesenta (60) días a partir del nacimiento o ubicación en el hogar de un niño. Envíe la solicitud completa, con el pago de la prima del primer mes, si corresponde, a AdventHealth Advantage Plans a la dirección que figura arriba.
- Tenga en cuenta que AdventHealth Advantage Plans puede ajustar la prima cotizada como resultado de tarifas de inscripción, opciones de facturación, cambios en los beneficios/el plan, fechas de vigencia disponibles, edad/fecha de nacimiento o cualquier otro factor relevante.
- AdventHealth Advantage Plans cumple con todas las regulaciones federales, incluidas las disposiciones sobre la garantía, según se describe en la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros de Salud (HIPAA) y en la Ley del Cuidado de Salud a Bajo Precio (ACA).
- Ingrese su selección de plan de beneficios en la Sección 3 de la Solicitud.
- Toda la información es confidencial.
- El Período de inscripción abierta, o el período anual en que las personas se pueden inscribir en un plan de seguro de salud o realizar cambios, es desde el 1 de noviembre hasta el 15 de diciembre o desde el 1 de noviembre hasta el 31 de diciembre.

Debe completarse con tinta azul o negra.

Sección 1: INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE PRINCIPAL

Nombre/Apellido del Solicitante principal			Nombre		Inicial del segundo nombre
Estado civil <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado			Idioma		
Dirección particular (n.º de casilla postal): Calle		Dpto.	Ciudad	Estado	Código postal
Teléfono particular ()	Teléfono laboral ()	Teléfono celular ()	Otro ()	Mejor hora para llamar <input type="checkbox"/> A. M. <input type="checkbox"/> P. M. <input type="checkbox"/> Cualquiera	
Dirección de correo electrónico _____			Al proporcionar mi dirección de correo electrónico, estoy autorizando a AdventHealth Advantage Plans a enviar todas las comunicaciones relacionadas con esta solicitud por correo electrónico seguro.		

Sección 2: INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE ADICIONAL

	Sexo	Nombre (Apellido, nombre, segundo nombre)	¿Es ciudadano estadounidense?	Número de Seguro Social	Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA)	¿Consumió tabaco en los últimos 6 meses?
1	M / F	Solicitante principal	Sí / No	____ - ____ - ____	___/___/____	Sí / No
2	M / F	Cónyuge	Sí / No	____ - ____ - ____	___/___/____	Sí / No
3	M / F	Hijo dependiente	Sí / No	____ - ____ - ____	___/___/____	Sí / No
4	M / F	Hijo dependiente	Sí / No	____ - ____ - ____	___/___/____	Sí / No
5	M / F	Hijo dependiente	Sí / No	____ - ____ - ____	___/___/____	Sí / No
6	M / F	Hijo dependiente	Sí / No	____ - ____ - ____	___/___/____	Sí / No
7	M / F	Hijo del hijo dependiente	Sí / No	____ - ____ - ____	___/___/____	Sí / No
8	M / F	Hijo del hijo dependiente	Sí / No	____ - ____ - ____	___/___/____	Sí / No

Declaro que los niños que se enuncian en esta solicitud son mis dependientes legales. Inicial _____

Sección 3: SELECCIÓN DEL PLAN

Plan médico: todos los planes médicos cumplen con la Ley del Cuidado de la Salud a Bajo Precio y cubren todos los Beneficios Médicos Esenciales requeridos, incluidos el beneficio odontológico y de visión pediátricos. Marque su elección de plan.

Nombre del plan: _____ Número del plan (4 dígitos): ____ _ ____ _
 (P. ej., "AdventHealth Bronze HMO 60") (Por ejemplo: "1752")

Fecha de entrada en vigencia solicitada (AdventHealth Advantage Plans intentará proporcionarle la fecha de entrada en vigencia solicitada; sin embargo, esta no está garantizada).

__Ene __Feb __Mar __Abr __May. __Jun __Jul __Ago __Sep __Oct __Nov __Dic

Sección 4: COBERTURA ANTERIOR/OTRA Opcional para los miembros que renuevan

A. ¿Alguna vez usted o algún solicitante fueron miembros de un plan individual o grupal con AdventHealth Advantage Plans?

Si la respuesta es sí, provea el nombre y el número de Póliza del miembro: Sí. No

B. ¿Tuvo usted o cualquiera de los solicitantes cobertura de seguro médico que haya finalizado dentro de los últimos 60 días? Sí. No

Si la respuesta es sí, provea el nombre del Solicitante, la información de la empresa de seguro, el tipo de cobertura, la fecha de entrada en vigencia y la fecha de finalización:

C. ¿Actualmente, tiene usted o cualquiera de los solicitantes cobertura de seguro médico?

Complete esta sección solo si usted o alguno de sus dependientes tienen otra cobertura de salud que no se cancelará cuando la cobertura de esta solicitud entre en vigencia. Escriba los nombres de cada persona cubierta. Si usted o sus dependientes no tendrán otra cobertura, escriba las iniciales _____.

Cobertura grupal __Sí __No		Nombre y dirección de otra compañía aseguradora		
Fecha de entrada en vigencia (MM/DD/AAAA)		Tipo de póliza __Solo el empleado __Empleado/Cónyuge __Empleado/Hijos __Familia		
Nombre del titular de la póliza (primer nombre y apellido)			Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA)	__Masculino __Femenino
Relación con el solicitante __Soy yo __Cónyuge __Dependiente		Nombre del empleador		Fecha de inicio de la cobertura (MM/DD/AAAA)
Número de grupo		Número de póliza		
Información de otra cobertura médica grupal (Solo escriba aquellas cubiertas por otro plan).		Tipo (B/S/F)*	Fecha de entrada en vigencia	Fecha de finalización
Nombre del cónyuge:				
Nombre del dependiente:				
Nombre del dependiente:				
Nombre del dependiente:				
<p>*B. Escriba "B" cuando este dependiente esté cubierto por ambos planes de seguro, el suyo y el de su cónyuge (casados). S. Escriba "S" si es el padre/la madre que tiene la custodia de este dependiente y no hay otra persona que deba pagar los gastos médicos de este dependiente. F. Escriba "F" si este dependiente tiene cobertura por medio de otra persona (que no sea un miembro de su familia) quien debe pagar los gastos médicos de este dependiente.</p>				
<p>Comprendo que cualquier persona que, deliberadamente y con la intención de cometer fraude, perjudicar o engañar a una aseguradora presente reclamaciones o solicitudes que contengan información falsa, incompleta o engañosa será culpable de un delito grave de tercer grado. Inicial _____</p>				

Sección 5: CONDICIONES de INSCRIPCIÓN: lea con atención la información a continuación.

CONDICIONES GENERALES: la cobertura solo se aplicará a los servicios provistos en la fecha de entrada en vigencia de la cobertura y posteriores a esta.

PAGO DE LA PRIMA: tenga en cuenta que esta cobertura no se vende como una póliza comercial de grupo. Si es aceptado para recibir la cobertura, cada Solicitante es responsable de la prima inicial, así como también de los pagos futuros. Si obtengo los fondos de una cuenta de empresa, certifico que soy el propietario de la empresa y los pagos son para mí y/o para otros solicitantes en calidad de individuos y no de empleados. Comprendo que los pagos de una cuenta de empresa no son para empleados u otros que no pertenezcan a mi familia inmediata. El reembolso de la prima se paga solo al Solicitante principal. Si su póliza se cancela debido a la falta de pago de la prima, AdventHealth Advantage Plans tiene el derecho de solicitar los montos adeudados de las primas vencidas; el pago inicial de la prima realizado para la nueva cobertura dentro del período de 12 meses y los saldos vencidos acumulados dentro del período anterior de 12 meses previo a la fecha de inicio de la cobertura pueden ser requeridos antes de que comience cualquier cobertura nueva.

ACUERDO VINCULANTE: el Certificado de Cobertura correspondiente de AdventHealth Advantage Plans y esta solicitud (en conjunto el "Contrato") constituirán el acuerdo completo entre los solicitantes y AdventHealth Advantage Plans. El o los Solicitantes acuerdan por medio del presente a regirse por los términos y condiciones como se establecen en el Contrato si se lo/los acepta para la cobertura de acuerdo con lo aquí provisto. **GUARDE UNA COPIA DE ESTA SOLICITUD PARA SU REGISTRO.**

La firma del Solicitante a continuación constituirá la aceptación del Contrato en nombre de dicho Solicitante y la firma del Solicitante principal constituirá la aceptación del Contrato para cualquier Solicitante dependiente que tenga menos de 18 años, según se describe en la Sección 2.

Por el presente acepto que el Contrato se renovará automáticamente el 1 de enero de cada año y cualquier cambio en los beneficios necesario para cumplir con la Ley del Cuidado de Salud a Bajo Precio o los estatutos estatales se incluirá a partir de esa fecha de entrada en vigencia, sujeto a todas y cada una de las modificaciones al Contrato, incluidos los cambios en la tasa o los beneficios, según lo determine AdventHealth Advantage Plans o según yo elija en nombre mío y de todos los solicitantes, sin mi consentimiento expreso a menos que yo, alguno de los solicitantes o AdventHealth Advantage Plans decidan finalizar el Contrato de acuerdo con sus términos.

CLÁUSULA DE OMISIÓN: afirmo que todas las declaraciones y respuestas provistas en este documento, por cualquiera sea la persona que las haya escrito incluido el dorso y en cualquiera de los papeles adjuntos, están completas, son verdaderas y correctas a mi leal saber y entender. Estoy de acuerdo en que esta será la base para la aceptación de la inscripción en AdventHealth Advantage Plans por parte mía y de todos los solicitantes. Entiendo que AdventHealth Advantage Plans rescindiré la cobertura solo debido a un acto o práctica que constituya fraude o una tergiversación intencional de un hecho material.

CONTRAPARTES: esta solicitud puede ejecutarse en múltiples duplicados, cada uno de los cuales se considerará original y todos juntos constituirán un único acuerdo.

USO Y DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA

Lea con atención lo siguiente antes de completar su solicitud. Este aviso describe cómo puede usarse y divulgarse su información de salud.

AdventHealth Advantage Plans se compromete a proteger la privacidad de su información médica e información de miembro, también conocida como Información de salud protegida (PHI). Recopilamos y conservamos esta información para administrar nuestro negocio, para brindarle productos, servicios, información de importancia y para cumplir con ciertos requisitos legales. En este aviso se le informa sobre las maneras en que podemos usar y divulgar su información. También se describen sus derechos y ciertas obligaciones que tenemos respecto del uso y la divulgación de su información.

La ley nos exige proteger la privacidad de su información, notificarles a las personas afectadas de acuerdo con un compromiso de Información protegida de salud (PHI), proporcionar este aviso acerca de nuestras prácticas de privacidad y respetar las prácticas de privacidad que se describen en este aviso.

Podemos usar y divulgar su PHI sin su autorización por los siguientes motivos. A continuación, no se incluyen todos los usos y divulgaciones. No obstante, todas las formas en las que podemos utilizar y divulgar la información pertenecen a una de las categorías.

Para brindar tratamiento: es posible que divulguemos su PHI a sus proveedores de salud (médicos, dentistas, farmacias y otros cuidadores) que pueden solicitarla en relación con su tratamiento. También es posible que divulguemos Su PHI a Proveedores de atención médica (incluidos sus empleados y socios comerciales) en relación con la salud preventiva, detección temprana y los programas de administración de enfermedades y casos.

Con fines de pago: es posible que usemos o divulguemos su PHI para administrar su póliza de atención médica o contrato que puede involucrar: determinar su elegibilidad para los beneficios, pagar las reclamaciones por servicios que recibió, realizar determinaciones de necesidad médica, coordinar su atención de otros servicios y coordinar su Cobertura con otros planes.

Para las operaciones de atención médica: podemos usar y/o divulgar su PHI para respaldar actividades comerciales diarias para las operaciones de atención médica, las cuales pueden incluir actividades como administración de la calidad, administración de la atención, coordinación de la atención, acreditación, revisión médica, auditorías, servicios legales, planificación y desarrollo comercial, actividades de salud pública, abuso o negligencia, procedimientos legales, actividades de funcionarios de cumplimiento de la ley, indemnización laboral y otras, según lo requiera la ley.

Es posible que divulguemos su PHI a un representante que actúa en su nombre. Debe designar a su representante por escrito y proporcionar la designación por escrito a AdventHealth Advantage Plans a la dirección que se incluye a continuación.

Es posible que divulguemos su PHI a un amigo o familiar que está involucrado o que ayuda a pagar su atención. Además, podemos divulgar su PHI a una entidad que se encuentre ayudando en caso de desastre para que le notifique a su familia sobre su afección, situación y ubicación. Tiene derecho a objetar la divulgación de su PHI a un amigo o miembro de la familia en este caso.

Excepto por los usos y divulgaciones descritos anteriormente, no divulgaremos su PHI sin su autorización por escrito. El Plan de salud requiere su autorización por escrito para la mayoría de los usos y divulgaciones de notas de psicoterapia (las notas de psicoterapia son notas que realiza un profesional de salud mental durante una sesión de terapia privada, grupal o familiar y que se mantienen separadas de su historia clínica), para fines de marketing (que no sea una comunicación cara a cara entre usted y un miembro del personal del Plan de salud o un obsequio promocional con valor nominal) por lo cual se recibe un pago económico o antes de vender su información protegida de salud, lo que daría como resultado un pago económico o no económico. Además, los usos y divulgaciones de información médica que no estén cubiertos por este aviso o por las leyes aplicables solo se realizarán con su permiso por escrito. Si nos concede permiso para usar o divulgar su información médica, puede revocar ese permiso por escrito en cualquier momento. Si revoca su permiso, ya no usaremos ni divulgaremos su información médica por los motivos indicados en su autorización por escrito. Usted comprende que no podemos retractarnos de ninguna divulgación que ya hayamos hecho con su permiso y que debemos conservar nuestros registros de la atención que le hemos suministrado.

Usted tiene derechos relacionados con el uso y la divulgación de su PHI. Para ejercer estos derechos, puede comunicarse con las ubicaciones que figuran a continuación:

AdventHealth Advantage Plans
6450 US Highway 1
Rockledge, FL 32955
Tel.: 1.855.443.4735

ACUSE DE RECIBO y ACUERDO: comprendo y acuerdo regirme por todos los términos, condiciones y disposiciones del Contrato. He leído y comprendo esta Solicitud, incluidas las condiciones de inscripción. Comprendo que, si esta Solicitud se acepta, será parte del Contrato. Mi firma (ya sea firmada a continuación o entregada electrónicamente) indica mi aceptación de estos términos y que la información ingresada en esta Solicitud está completa, es verdadera y correcta.

Al marcar esta casilla e ingresar mi nombre y la fecha debajo, indico mi intención de firmar esta Solicitud de manera electrónica y doy garantía de que toda la información que he brindado es verdadera, precisa y completa. Reconozco que se me brindaron los formularios requeridos durante el proceso de solicitud.

Nombre en letra de imprenta	<input type="text"/>	Fecha	<input type="text"/>	X	<input type="text"/>
	Solicitante principal				Firma del Solicitante principal
Nombre en letra de imprenta	<input type="text"/>	Fecha	<input type="text"/>	X	<input type="text"/>
	Cónyuge (si solicita la cobertura)				Firma del Cónyuge
Nombre en letra de imprenta	<input type="text"/>	Fecha	<input type="text"/>	X	<input type="text"/>
	Dependiente (requerido si es mayor de 18 años)				Firma del Dependiente
Nombre en letra de imprenta	<input type="text"/>	Fecha	<input type="text"/>	X	<input type="text"/>
	Dependiente (requerido si es mayor de 18 años)				Firma del Dependiente
Nombre en letra de imprenta	<input type="text"/>	Fecha	<input type="text"/>	X	<input type="text"/>
	Dependiente (requerido si es mayor de 18 años)				Firma del Dependiente
Nombre en letra de imprenta	<input type="text"/>	Fecha	<input type="text"/>	X	<input type="text"/>
	Dependiente (requerido si es mayor de 18 años)				Firma del Dependiente

Sección 6: ACUSE DE RECIBO

ES IMPORTANTE QUE REVISE Y COMPRENDA LO SIGUIENTE ANTES DE QUE FIRME. Al presentar una solicitud de beneficios, acuerdo con todos los enunciados que figuran a continuación:

- Declaro que la información presentada en esta Solicitud es verdadera y precisa a mi leal saber y entender. Cualquier persona que, deliberadamente y con la intención de cometer fraude, perjudicar o engañar a una aseguradora presente reclamaciones o solicitudes que contengan información

Autorización para la firma electrónica

Al marcar esta casilla e ingresar mi nombre debajo, indico mi intención de firmar esta Solicitud de manera electrónica y doy garantía de que toda la información que he brindado es verdadera, precisa y completa. Reconozco que se me brindaron los formularios requeridos durante el proceso de solicitud.

falsa, incompleta o engañosa será culpable de un delito grave de tercer grado.

- Una vez que los beneficios estén vigentes, dependen del pago preciso y a tiempo de las primas y de cualquier otro costo compartido como se detalla en la póliza. Si el pago no es preciso y no se realiza a tiempo, mi cobertura finalizará. Si se produce la cancelación por falta de pago, es posible que ya no sea elegible para inscribirme en AdventHealth Advantage Plan.

Primer nombre del Solicitante principal

Apellido del Solicitante principal

Fecha

Sección 7. DECLARACIÓN de RESPONSABILIDAD *Completar si el Solicitante no puede o no ha completado la solicitud.*

He leído y completado personalmente la Solicitud individual para el solicitante porque:

- El Solicitante es menor y soy el/la padre/madre o tutor legal del solicitante.
- El Solicitante no tiene dominio del idioma para poder completar esta solicitud.
- El Solicitante está legalmente incapacitado y no puede completar esta solicitud.

He leído y explicado en detalle los contenidos de esta solicitud. Si tradujo, traduje los contenidos de este formulario y a mi leal saber y entender obtuve y enuncié toda la información personal solicitada divulgada por _____.

 Nombre del apoderado/traductor (en imprenta) Fecha: _____ X _____
 Firma del apoderado/traductor

Sección 8: INFORMACIÓN DE LA ASEGURADORA

He leído la Solicitud y respondido exhaustivamente todas las preguntas. **Las Solicitudes incompletas se devolverán.** Verifico que el Solicitante ha firmado, ya sea físicamente o electrónicamente, esta Solicitud. Iniciales: _____

Nombre de la agencia: _____

Dirección de la agencia: _____

	Calle/n.º Suite	Ciudad	Estado	Código postal
Nombre del Agente:	_____ Imprenta	_____ Fecha	X	_____ Firma
Número de teléfono:	_____	Fax: _____	Dirección de correo electrónico: _____	

N.º NPN: _____ Número de licencia del agente: _____

Sección 9: INFORMACIÓN DEL REPRESENTANTE DEL PLAN DE SALUD (para uso interno exclusivamente)

Nombre en letra de imprenta: _____
 Apellido Nombre

X _____ Fecha: _____
 Firma

N.º de NPN: _____ Número de licencia del agente: _____

AdventHealth Advantage Plans suscribe mediante Health First Commercial Plans, Inc. Health First Commercial Plans no discrimina por cuestiones de raza, color, nacionalidad, discapacidad, edad, sexo, identidad de género, orientación sexual o estado de salud en la administración del plan, incluidas las determinaciones en cuanto a la inscripción y los beneficios. AdventHealth Advantage Plans acepta no vender jamás su información. Al proporcionar su dirección de correo electrónico, usted acepta expresamente recibir información promocional de AdventHealth Advantage Plans, los subcontratistas y filiales sobre novedades, eventos, promociones, ofertas especiales y encuestas de satisfacción del paciente. También comprende que tiene derecho a “dejar de participar” en cualquier momento a través de una solicitud enviada como respuesta al correo electrónico. En caso de que exista discrepancia en la versión traducida, prevalecerá la versión en inglés del presente documento.



Underwritten by Health First Commercial Plans

Aviso de no discriminación

AdventHealth Advantage Plans cumple con las leyes federales sobre derechos civiles aplicables y no discrimina por cuestiones de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. AdventHealth Advantage Plans no excluye a las personas ni las trata de manera diferente por cuestiones de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo.

AdventHealth Advantage Plans:

- Ofrece asistencia y servicios gratuitos para las personas con discapacidades para que se comuniquen eficazmente con nosotros, como los siguientes:
 - Intérpretes calificados de lenguaje de signos.
 - Información escrita en otros formatos (tamaño de letra grande, formatos electrónicos accesibles).
- Ofrece servicios de idiomas gratuitos para las personas cuyo idioma principal no es el inglés, como los siguientes:
 - Intérpretes calificados.
 - Información escrita en otros idiomas.

Si necesita estos servicios, comuníquese con nuestro coordinador de derechos civiles.

Si cree que AdventHealth Advantage Plans no proporcionó estos servicios o lo discriminó de algún otro modo por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, puede presentar una queja ante el coordinador de derechos civiles: Civil Rights Coordinator, 6450 US Highway 1, Rockledge, FL 32955, 321-434-4521, 1-800-955-8771 (TTY), Fax: 321-434-4362, civilrightscordinator@hf.org. Puede presentar una queja personalmente o por correo, fax o correo electrónico. Si necesita ayuda para presentar una queja, nuestro coordinador de derechos civiles está disponible para ayudarlo.

También puede presentar un reclamo de derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos de forma electrónica a través del portal de reclamos de la Oficina de Derechos Civiles, disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, por correo o por teléfono a: U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue SW., Room 509F, HHH Building, Washington, DC 20201, 1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD).

Los formularios de reclamos están disponibles en <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

AdventHealth Advantage Plans suscribe mediante Health First Commercial Plans, Inc. Health First Commercial Plans no discrimina por cuestiones de raza, color, nacionalidad, discapacidad, edad, sexo, identidad de género, orientación sexual o estado de salud en la administración del plan, incluidas las determinaciones en cuanto a la inscripción y los beneficios. En caso de que exista discrepancia en la versión traducida, prevalecerá la versión en inglés del presente documento.

AHAP Individual HMO_POS Nondiscrimination Notice (1_2020)_SP



Underwritten by Health First Commercial Plans

English:

This Notice has Important Information. This notice has important information about your application or coverage through AdventHealth Advantage Plans. Look for key dates in this notice. You may need to take action by certain deadlines to keep your health coverage or help with costs. You have the right to get this information and help in your language at no cost. Call 844-522-5279.

Spanish:

Este Aviso contiene información importante. Este aviso contiene información importante acerca de la solicitud o cobertura que usted tiene con AdventHealth Advantage 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 844-522-5279.

Haitian Creole:

Avi sila a gen Enfòmasyon Enpòtan ladann. Avi sila a gen enfòmasyon enpòtan konsènan aplikasyon w lan oswa konsènan kouvèti asirans lan atravè AdventHealth Advantage Plans. Chèche dat ki enpòtan nan avi sila a. Ou ka gen pou pran kèk aksyon avan sèten dat limit pou ka kenbe kouvèti asirans sante w la oswa pou yo ka ede w avèk depans yo. Se dwa w pou resevwa enfòmasyon sa a ak asistans nan lang ou pale a, san ou pa gen pou peye pou sa. Rele nan 844-522-5279.

Vietnamese:

Thông báo này cung cấp thông tin quan trọng. Thông báo này có thông tin quan trọng về đơn đăng ký hoặc hợp đồng bảo hiểm qua chương trình AdventHealth Advantage Plans của Quý vị. Xin xem các ngày quan trọng 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 844-522-5279.

Portuguese:

Este aviso contém informações importantes. Este aviso contém informações importantes a respeito da sua solicitação ou cobertura por meio dos AdventHealth Advantage Plans. Consulte datas importantes neste aviso. Talvez seja necessário que você tome providências dentro de determinados prazos para manter a sua cobertura de plano de saúde ou ajuda com custos. Você tem o direito de obter estas informações e ajuda no seu idioma e sem custos. Ligue para 844-522-5279.

Chinese:

本通知包含重要的資訊。本通知包含關於您透過 AdventHealth Advantage Plans 提交的申請或保險的重要資訊。請留意本通知內的重要日期。您可能需要在截止日期之前採取行動，以保留您的健康保險或費用補貼。您有權以您的母語免費取得本資訊及幫助。請撥電話 844-522-5279。

French:

Cet avis a d'importantes informations. Cet avis a d'importantes informations sur votre demande ou la couverture par l'intermédiaire AdventHealth Advantage 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 844-522-5279.

Tagalog:

Ang Paunawa na ito ay naglalaman ng Mahalagang Impormasyon. Ang paunawa na ito ay naglalaman ng mahalagang impormasyon tungkol sa iyong aplikasyon o pagkakasaklaw sa AdventHealth Advantage Plans. Tingnan ang mga mahalagang petsa dito sa paunawa. Maaring mangailangan kang magsagawa ng hakbang sa ilang mga itinakdang panahon upang mapanatili ang iyong pagkakasaklaw sa kalusugan o makatulong sa mga gastusin. May karapatan kang makuha ang impormasyon at tulong na ito sa iyong wika nang libre. Tumawag sa 844-522-5279.

Russian:

Настоящее уведомление содержит важную информацию. Это уведомление содержит важную информацию о вашем заявлении или страховом покрытии через AdventHealth Advantage 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 844-522-5279.

Arabic:

يحتوي هذا الإشعار معلومات هامة. يحوي هذا الإشعار معلومات مهمة بخصوص طلبك للحصول على التغطية من خلال AdventHealth Advantage Plans. ابحث عن التواريخ الهامة في هذا الإشعار. قد تحتاج لاتخاذ إجراء في تواريخ معينة للحفاظ على تغطيتك الصحية أو للمساعدة في دفع التغطية الصحية أو للمساعدة في دفع التكاليف. لك الحق في الحصول على معلومات والمساعدة بلغتك من دون أي تكلفة. اتصل بالرقم 844-522-5279.

Italian:

Questo avviso contiene informazioni importanti. Questo avviso contiene informazioni importanti sulla sua domanda o copertura attraverso AdventHealth Advantage Plans. Cerchi le date chiave in questo avviso. Potrebbe essere necessario un suo intervento entro una scadenza determinata per consentirle di mantenere la sua copertura o sovvenzione. Ha il diritto di ottenere queste informazioni e assistenza nella sua lingua gratuitamente. Chiami il numero 844-522-5279.

German:

Diese Benachrichtigung enthält wichtige Informationen. Diese Benachrichtigung enthält wichtige Informationen bezüglich Ihres Antrags auf Krankenversicherungsschutz durch AdventHealth Advantage Plans. Suchen Sie nach wichtigen Terminen in dieser Benachrichtigung. Sie könnten bis zu bestimmten Stichtagen handeln müssen, um Ihren Krankenversicherungsschutz oder Anspruch auf Hilfe mit den Kosten zu behalten. Sie haben das Recht, kostenlose Hilfe und Informationen in Ihrer Sprache zu erhalten. Rufen Sie an unter 844-522-5279.

Korean:

본 통지서에는 중요한 정보가 들어 있습니다. 즉 이 통지서는 귀하의 신청에 관하여 그리고 AdventHealth Advantage Plans를 통한 보장에 관한 정보를 포함하고 있습니다. 본 통지서에서 핵심이 되는 날짜들을 확인하십시오. 귀하는 건강 보장을 계속 유지하거나 비용을 절감하기 위해서 일정한 마감일까지 조치를 취해야 할 수 있습니다. 귀하는 이러한 정보와 도움을 귀하의 언어로 비용 부담없이 얻을 수 있는 권리가 있습니다. 844-522-5279로 전화하십시오.

Polish:

Niniejsze ogłoszenie zawiera ważne informacje. Niniejsze ogłoszenie zawiera ważne informacje dotyczące Państwa wniosku lub zakresu świadczeń realizowanych poprzez AdventHealth Advantage Plans. Może zaistnieć potrzeba podjęcia przez Państwa pewnych działań w określonym terminie w celu zachowania ubezpieczenia zdrowotnego lub otrzymania pomocy związanej z kosztami. Macie Państwo prawo do bezpłatnego uzyskania informacji i pomocy w języku ojczystym. Prosimy zadzwonić pod numer 844-522-5279.

Gujarati:

આ સૂચનામાં અગત્યની માહિતી છે. આ સૂચનામાં ફ્લોરિડા હોસ્પિટલ કેર એડવાંટેજ દ્વારા તમારી અરજી અથવા ક્વેરેજ વિશેની અગત્યની માહિતી છે. આ સૂચનામાંની ખાસ તારીખો જુઓ. તમારા આરોગ્ય ક્વેરેજને જાતલી રાખવા અથવા ખર્ચ અંગે મદદ મેળવવા માટે ચોક્કસ સમયમર્યાદા સુધીમાં તમારે કાર્યવાહી કરવાની જરૂર પડી શકે છે. તમને આ માહિતી અને મદદ તમારી ભાષામાં વિના મૂલ્યે મેળવવાનો અધિકાર છે. 844-522-5279 પર કોલ કરો.

Thai:

ประกาศนี้มีข้อมูลสำคัญ ประกาศนี้มีข้อมูลที่สำคัญเกี่ยวกับการสมัครหรือขอขเขตการประกันสุขภาพของคุณผ่าน AdventHealth Advantage Plans โปรดดูกำหนดการสำคัญในประกาศนี้

คุณอาจจะต้องดำเนินการภายในเวลาที่กำหนดเพื่อจะรักษาการประกันสุขภาพของคุณหรือการช่วยเหลือที่มีค่าใช้จ่าย คุณมีสิทธิที่จะได้รับข้อมูลและความช่วยเหลือนี้ในภาษาของคุณโดยไม่มีค่าใช้จ่าย โทร 844-522-5279.