

FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN

Nombre _____ **Fecha de nacimiento** _____ **Fecha de inscripción** _____

Dirección _____

Teléfono: Fijo _____ **Celular** _____ **Correo electrónico** _____

INSCRIPCIÓN y área de servicio: Quiero convertirme en miembro de America's Best Vision Plan en virtud del plan que se marca a continuación, a partir de la fecha de inscripción. Mi Tarifa de afiliación por única vez se indica para cada plan (no incluye copagos).

☐ Dos pares de anteojos más examen oftalmológico: \$95.00

☐ Exámenes de lentes de contacto durante tres años: \$150.00

He pagado/pagaré la Tarifa de afiliación para acceder a los beneficios de mi plan.

El Departamento de Atención Médica Gestionada exige que los miembros del plan de salud tengan acceso razonable a los servicios médicos dentro del área de servicio del Plan. El área de servicio de America's Best Vision Plan se encuentra a 15 millas o a 30 minutos en automóvil de cada ubicación. Comprendo que puedo recibir mis servicios de beneficios para miembros solo en las sucursales de America's Best, y si resido fuera del área de servicio del America's Best Vision Plan, es posible que tenga que viajar más de las 15 millas o 30 minutos para recibir los servicios.

☐ Acepto la entrega electrónica de mi Contrato de afiliación, que describe completamente los términos de mi afiliación. Entiendo que puedo obtener una copia electrónica en www.abvisionplan.com. Si tengo preguntas o deseo recibir una copia impresa, puedo llamar al (800) 841-2790.

Firma X _____

FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN

IMPORTANT: You can get an interpreter at no cost to talk to your doctor or health plan. To get an interpreter or to ask about written information in your language, first call your health plan's phone number at 1-800-841-2790. Someone who speaks your language can help you. If you need more help, call the HMO Help Center at 1-888-466-2219.

IMPORTANTE: Puede obtener la ayuda de un intérprete sin costo alguno para hablar con su médico o con su plan de salud. Para obtener la ayuda de un intérprete o preguntar sobre información escrita en español, primero llame al número de teléfono de su plan de salud al 1-800-841-2790. Alguien que habla español puede ayudarle. Si necesita ayuda adicional, llame al Centro de ayuda de HMO al 1-888-466-2219. (Spanish)

重要提示：您與您的醫生或保健計畫交談時，可獲得免費口譯服務。如欲請翻譯員提供口譯，或欲查詢中文書面資料，請先致電您的保健計畫，電話號碼：1-800-841-2790。講粵語或國語人士將為您提供協助。

如需更多協助，請致電HMO協助中心 1-888-466-2219。(Cantonese or Mandarin)

هام: يمكنك الحصول على خدمات مترجم فوري مجاناً للتحدث مع طبيبك أو الجهة المعنية بالخطة الصحية. للحصول على خدمة مترجم فوري أو لطلب معلومات مكتوبة باللغة العربية، اتصل أولاً بالجهة المعنية بخطتك الصحية على الرقم 1-800-841-2790، ويمكن أن يساعدك شخص يتحدث باللغة العربية. وإذا احتجت إلى المزيد من المساعدة، اتصل بمركز المساعدة HMO على الرقم 1-888-466-2219. (Arabic)

ԿԱՐԵՎՈՐ ՏԵՂԵԿՈՒԹՅՈՒՆ. Դուք կարող եք օգտվել թարգմանչի անվճար ծառայություններից՝ Ձեր բժշկի կամ բժշկական ապահովագրության պլանի հետ զրուցելու համար: Թարգմանիչ տրամադրելու կամ հայերեն լեզվով գրավոր տեղեկատվություն հայցելու համար նախ զանգահարեք Ձեր բժշկական ապահովագրության պլանին 1-800-841-2790 հեռախոսահամարով: Հայերեն իմացող որևէ անձ կարող է օգնել Ձեզ: Հավելյալ օգնության անհրաժեշտության դեպքում զանգահարեք բժշկական ապահովության կազմակերպության (HMO) օգնության կենտրոն՝ 1-888-466-2219 հեռախոսահամարով: (Armenian)

مهم: شما می توانید برای گفتگو با پزشک تان یا طرح بهداشتی بطور رایگان یک مترجم را بدست بیاورید. بمنظور کسب یک مترجم یا تقاضا درباره اطلاعات کتبی بزبان فارسی، اول به این شماره تلفن 1-800-841-2790 به طرح بهداشتی ای زنگ بزنید. کسی که بفارسی حرف می زند می تواند بشما کمک بکند. اگر شما احتیاج به کمک بیشتری دارید، به این شماره مرکز کمک HMO 1-888-466-2219 تماس بگیرید. (Farsi)

महत्वपूर्ण: आप अपने चिकित्सक या स्वास्थ्य योजना से बात करने के लिए निशुल्क एक दुभाषिया प्राप्त कर सकते हैं। दुभाषिया प्राप्त करने या (अपनी भाषा में) लिखित जानकारी का अनुरोध करने के लिए, पहले अपनी स्वास्थ्य योजना के फ़ोन नंबर 1-800-841-2790 पर कॉल करें। आपकी भाषा बोलने वाला कोई व्यक्ति आपकी मदद कर सकता है। अगर आपको और मदद चाहिए, तो 1-888-466-2219 पर HMO सहायता केंद्र को कॉल करें। (Hindi)

FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN

TSEEM CEEB: Muaj tus neeg txhais lus pub dawb rau koj kom koj tham tau nrog koj tus kws kho mob los yog nrog lub chaw pab them nqi kho mob rau koj. Yog xav tau ib tug neeg txhais lus los yog xav nug txog tej ntaub ntawv sau ua lus Hmoob, xub hu rau koj lub chaw pab them nqi kho mob tus xov tooj ntawm 1-800-841-2790. Yuav muaj ib tug neeg hais lus Hmoob pab tau koj. Yog koj xav tau kev pab ntxiv, hu rau HMO Qhov Chaw Txais Tos Pab Neeg ntawm 1-888-466-2219. (Hmong)

重要: 医師または健康保険機関に相談する際に、無料で通訳を利用することができます。通訳を利用したい場合、書面の情報について母国語で質問をしたい場合は、まず健康保険機関の番号(1-800-841-2790)までお電話ください。母国語を話す担当者がサポートいたします。さらにサポートが必要な場合は、HMOヘルプセンター(1-888-466-2219)までお電話ください。(Japanese)

សំខាន់: លោកអ្នកអាចទទួលបានអ្នកបកប្រែផ្ទាល់មាត់ ដើម្បីនិយាយជាមួយវេជ្ជបណ្ឌិត ឬផែនការសុខភាពរបស់លោកអ្នកដោយឥតគិតថ្លៃ។ ដើម្បី ទទួលបានអ្នកបកប្រែផ្ទាល់មាត់ ឬស្ម័គ្រចិត្តមានជំនាញលក្ខណ៍អក្សរជាភាសាខ្មែរ សូមលោកអ្នកទូរស័ព្ទទៅកាន់ផែនការសុខភាពរបស់លោកអ្នក តាមរយៈ 1-800-841-2790 ជាមុនសិន។ អ្នកនិយាយភាសាខ្មែរ អាចជួយលោកអ្នកបាន។ ប្រសិនបើលោកអ្នកត្រូវការជំនួយបន្ថែម សូមទូរស័ព្ទមកកាន់មជ្ឈមណ្ឌលជំនួយរបស់អង្គការថែរក្សាសុខភាព (HMO) តាមរយៈលេខ 1-888-466-2219។ (Khmer)

중요사항: 의사나 건강 보험 회사와 상담 시 무료로 통역사를 이용할 수 있습니다. 통역사를 이용하거나 한국어로 된 서면 정보에 관해 문의하려면 먼저 건강 보험 회사 전화번호 1-800-841-2790번으로 전화하십시오. 한국어 구사자가 도와 드릴 수 있습니다. 도움이 더 필요하면 HMO 헬프 센터 1-888-466-2219번으로 전화하십시오. (Korean)

ਜ਼ਰੂਰੀ: ਤੁਸੀਂ ਆਪਣੇ ਡਾਕਟਰ ਜਾਂ ਹੈਲਥ ਪਲੈਨ ਨਾਲ ਗੱਲ ਕਰਨ ਲਈ ਮੁਫਤ ਵਿੱਚ ਇੱਕ ਦੁਭਾਸ਼ੀਆ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ। ਇੱਕ ਦੁਭਾਸ਼ੀਆ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰਨ ਲਈ ਜਾਂ (ਆਪਣੀ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ) ਲਿਖਤ ਜਾਣਕਾਰੀ ਮੰਗਣ ਲਈ, ਪਹਿਲਾਂ ਆਪਣੇ ਹੈਲਥ ਪਲੈਨ ਦੇ ਫੋਨ ਨੰਬਰ 1-800-841-2790 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ ਤੁਹਾਡੀ ਭਾਸ਼ਾ ਬੋਲਣ ਵਾਲਾ ਕੋਈ ਵਿਅਕਤੀ ਤੁਹਾਡੀ ਮਦਦ ਕਰ ਸਕਦਾ ਹੈ। ਜੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਹੋਰ ਮਦਦ ਚਾਹੀਦੀ ਹੈ, ਤਾਂ HMO Help Center ਨੂੰ 1-888-466-2219 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ। (Punjabi)

ВАЖНО: Чтобы запросить переводчика или спросить о наличии печатных материалов на русском языке, сначала позвоните по телефону вашего страхового плана 1-800-841-2790. Вам окажет помощь русскоговорящий сотрудник. Если вам потребуется дополнительная помощь, позвоните в справочный центр Организации медицинского обеспечения (HMO) по телефону 1-888-466-2219. (Russian)

MAHALAGA: Maaari kang kumuha ng isang tagasalin nang walang bayad upang makipag-usap sa iyong doktor o sa planong pangkalusugan. Upang makakuha ng isang tagasalin o magtanong tungkol sa nakasulat na impormasyon sa Tagalog, mangyaring tawagan muna ang numero ng telepono ng iyong planong pangkalusugan sa 1-800-841-2790. Ang isang tao na nakapagsasalita ng Tagalog ay maaaring tumulong sa iyo. Kung kailangan mo ng dagdag na tulong, tawagan ang HMO Help Center sa 1-888-466-2219. (Tagalog)

FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN

สำคัญ:

คุณสามารถขอใช้บริการล่ามเพื่อพูดคุยกับแพทย์หรือแผนสุขภาพของคุณได้โดยไม่มีค่าใช้จ่ายในการขอล่ามหรือสอบถามข้อมูลที่เป็นลายลักษณ์อักษร (ในภาษาของคุณ)

อันดับแรกให้โทรไปที่หมายเลขโทรศัพท์ของแผนสุขภาพของคุณที่ 1-800-841-2790

บุคลากรที่พูดภาษาของคุณจะให้ความช่วยเหลือแก่คุณ หากต้องการความช่วยเหลือเพิ่มเติมโปรดโทรไปที่ศูนย์ช่วยเหลือ HMO ที่หมายเลข 1-888-466-2219 (Thai)

CHÚ Ý QUAN TRỌNG: Quý vị có thể nhận được dịch vụ thông dịch miễn phí khi khám tại bác sĩ hoặc khi liên hệ với chương trình bảo hiểm sức khỏe của quý vị. Để nhận được dịch vụ thông dịch hoặc yêu cầu văn bản thông tin bằng tiếng Việt, trước tiên hãy gọi số điện thoại chương trình bảo hiểm sức khỏe của quý vị theo số 1-800-841-2790. Sẽ có người nói tiếng Việt để giúp đỡ quý vị. Nếu quý vị cần được giúp đỡ thêm, hãy gọi Trung tâm Hỗ trợ HMO theo số 1-888-466-2219. (Vietnamese)