



Blue Care[®] Elect Preferred 80

con copago y participación en los costos de la elección del hospital

Winn Management Group

Esta opción de plan de salud incluye una característica de red en niveles llamada Participación en los costos de la elección del hospital. Como miembro de este plan, pagarás diferentes niveles de participación en los costos dentro de la red (como copagos y/o coseguro) para ciertos servicios, dependiendo del hospital general preferido que elijas para obtener esos servicios cubiertos. Para la mayoría de los hospitales generales preferidos, pagarás el nivel de participación en los costos más bajo dentro de la red. Sin embargo, si recibes ciertos servicios cubiertos de cualquiera de los hospitales generales preferidos que se enumeran en este Resumen de beneficios, pagarás el nivel de participación más alto en los costos dentro de la red. El nivel de participación en los costos de un hospital general preferido puede cambiar ocasionalmente. Los cambios globales para agregar otro hospital general preferido al nivel de participación más alto en los costos no se realizarán más de una vez por año calendario. Para obtener ayuda para encontrar un hospital general preferido (no enumerado en este Resumen de beneficios) en el que pagues el nivel de participación más bajo en los costos dentro de la red, revisa el directorio de proveedores más actual de tu opción de plan de salud o visita la herramienta de búsqueda de proveedores en línea en bluecrossma.com/hospitalchoice. Después, haz clic en el enlace Planning Guide (Guía de planificación) que se encuentra en la barra de navegación a la izquierda para descargar una lista para imprimir de los hospitales de la red o acceder a la página de búsqueda de proveedores.

MyBlue es una forma personalizada de acceder y administrar tu plan de salud.

Accede de forma segura a información clave del plan, historial de reclamos y medicamentos recientes. Descarga o envía por correo electrónico una copia de tu tarjeta de identificación digital. Consulta tu tablero de gastos, actualizaciones importantes, alertas y notificaciones. Regístrate o inicia sesión en bluecrossma.com/myblue o descarga la aplicación en iTunes[®] o Google Play[™].



Este plan de salud cumple con los Requisitos mínimos de cobertura acreditable para residentes de Massachusetts en vigencia a partir del 1.º de enero de 2014, como parte de la Ley de Reforma de la Atención Médica de Massachusetts (Massachusetts Health Care Reform Law).

Tu elección

Tu deducible

Tu deducible es la cantidad de dinero que pagas como desembolso directo cada año calendario antes de poder recibir la cobertura para la mayoría de los beneficios en virtud de este plan. El deducible por año calendario comienza el 1.º de enero y finaliza el 31 de diciembre de cada año. Tus deducibles son **\$1,850** por miembro (o **\$3,700** por familia) por servicios dentro de la red y **\$3,700** por miembro (o **\$7,400** por familia) por servicios fuera de la red. Cualquier monto aplicado para el deducible dentro de la red se aplicará también en el deducible fuera de la red (y viceversa).

Cuando eliges proveedores preferidos

Obtienes el nivel más alto de beneficios en virtud de tu plan de atención médica cuando recibes los servicios cubiertos de proveedores preferidos. Estos se denominan tus beneficios “dentro de la red.” Consulta los cuadros para conocer tu participación en los costos.

El plan cuenta con dos niveles de beneficios hospitalarios de proveedores preferidos. Pagarás una participación más alta en los costos cuando recibas determinados servicios en “hospitales de participación más alta en los costos” o a través de estos, incluidas las hospitalizaciones, cirugías en el día para pacientes ambulatorios y algunos otros servicios hospitalarios ambulatorios.

Nota: Si un proveedor preferido te remite a otro proveedor para que te proporcione servicios cubiertos (como un especialista), debes asegurarte de que el proveedor sea un proveedor preferido a fin de recibir los beneficios en el nivel dentro de la red. Si el proveedor que utilizas no es un proveedor preferido, sigues estando cubierto, pero en la mayoría de los casos tus beneficios estarán cubiertos en el nivel fuera de la red, incluso cuando te hayan remitido un proveedor preferido. Es importante que verifiques si el proveedor al que te han remitido está afiliado a uno de los hospitales de participación más alta en los costos que se enumeran a continuación. Tu costo será mayor si recibes determinados servicios en estos hospitales o a través de ellos, incluso cuando tu proveedor preferido te remita.

Hospitales de participación más alta en los costos

Tu participación en los costos será mayor en los hospitales que se enumeran a continuación. Blue Cross Blue Shield of Massachusetts se encargará de informarte en caso de que esta lista sufra alguna modificación.

- Baystate Medical Center
- Boston Children’s Hospital
- Brigham and Women’s Hospital
- Cape Cod Hospital
- Dana-Farber Cancer Institute
- Fairview Hospital
- Massachusetts General Hospital
- UMass Memorial Medical Center

Nota: Algunos de los hospitales generales indicados anteriormente podrían tener instalaciones en más de una ubicación. En algunas ubicaciones, podría aplicar el menor nivel de participación en los costos.

Cómo buscar un proveedor preferido

Cómo buscar un proveedor preferido:

- Busca un proveedor en el Directorio de proveedores. Si necesitas una copia de tu directorio o ayuda para elegir un proveedor, llama al número de Servicio de Atención al Miembro que aparece en tu tarjeta de identificación.
- Visita el sitio web de Blue Cross Blue Shield of Massachusetts en bluecrossma.com/findadoctor.

Cuando eliges proveedores no preferidos

También puedes obtener servicios cubiertos de proveedores no preferidos, pero tus desembolsos directos serán más altos. Estos se denominan tus beneficios “fuera de la red.” Consulta los cuadros para conocer tu participación en los costos.

Los pagos por los beneficios fuera de la red se basan en el cargo permitido por Blue Cross Blue Shield, según se define en tu certificado de miembro. Es posible que seas responsable del pago de toda diferencia entre el cargo permitido y el cargo efectivo facturado por el proveedor (además del pago de tu deducible y/o coseguro).

Tu desembolso directo máximo

Tu desembolso directo máximo es el importe más alto que podrías pagar durante un año calendario por deducible, copagos (incluso copagos por medicamentos con receta médica) y coseguro de servicios cubiertos. Tus desembolsos directos máximos son de **\$3,500** por miembro (o **\$6,500** por familia) por servicios dentro de la red y **\$7,000** por miembro (o **\$13,000** por familia) por servicios fuera de la red. Cualquier monto aplicado para el pago complementario máximo dentro de la red se aplicará también en el pago complementario máximo fuera de la red (y viceversa).

Servicios en salas de emergencias

En una emergencia, como un posible ataque cardíaco, accidente cerebrovascular o envenenamiento, debes ir directamente al centro médico más cercano o llamar al **911** (o al número telefónico local para emergencias). Pagas un copago por visita para los servicios en la sala de emergencias dentro o fuera de la red. Este copago se anula si eres hospitalizado o permaneces en observación. Consulta el cuadro para conocer tu participación en los costos.

Servicios de telesalud

Estás cubierto para recibir ciertos servicios médicos y de salud mental para afecciones que pueden tratarse con visitas por video por parte de un proveedor de telesalud aprobado. La mayoría de los servicios de telesalud están disponibles mediante el sitio web de Well Connection en wellconnection.com en la computadora o mediante la aplicación de Well Connection en tu dispositivo móvil, cuando prefieras no hacer una visita en persona por cualquier motivo a un médico o un terapeuta. Algunos proveedores ofrecen servicios de telesalud a través de sus propias plataformas de video. Para obtener una lista de los proveedores de telesalud, visita el sitio web de Blue Cross Blue Shield of Massachusetts en bluecrossma.com, consulta el Directorio de proveedores o llama al número de Servicio de Atención al Miembro que figura en tu tarjeta de identificación.

Requisitos de revisión de utilización

Algunos servicios requieren **aprobación previa/autorización previa** a través de Blue Cross Blue Shield of Massachusetts para recibir la cobertura de beneficios; estos incluyen hospitalización que no sea de emergencia ni por maternidad, y pueden incluir ciertos servicios, terapias, procedimientos y medicamentos para pacientes ambulatorios. Deberías trabajar con tu proveedor de atención médica para determinar si se necesita aprobación previa para cualquier servicio que tu proveedor sugiera. Si tu proveedor o tú no obtienen la aprobación previa cuando es obligatoria, tus beneficios se rechazarán y es posible que seas totalmente responsable del pago al proveedor del servicio. Consulta tu certificado de miembro para conocer los requisitos y el proceso que debes seguir para la revisión de utilización, que incluyen la revisión previa a la admisión, la aprobación previa de servicios, la revisión concurrente y la planificación del alta, y la administración de casos individual.

Beneficios para dependientes

Este plan cubre a los dependientes hasta el final del mes calendario en que el dependiente cumple los 26 años de edad, independientemente de la dependencia económica, la condición de estudiante o la condición de empleo del dependiente. Para obtener detalles exactos sobre la cobertura, consulta tu certificado de miembro (y las cláusulas adicionales, si corresponde).

Tus beneficios médicos

Servicios cubiertos	Tu costo dentro de la red	Tu costo fuera de la red
Atención preventiva Exámenes de control para niños sanos, incluidos los análisis relacionados, según el siguiente cronograma en función de la edad: <ul style="list-style-type: none"> • 10 visitas durante el primer año de vida • Tres visitas durante el segundo año de vida (de 1 a 2 años) • Dos visitas durante los 2 años • Una visita por año calendario a partir de los 3 años 	Ninguno, sin deducible	20% de coseguro después del deducible
Exámenes físicos de rutina para adultos, incluidos los análisis relacionados (uno por año calendario)	Ninguno, sin deducible	20% de coseguro después del deducible
Exámenes ginecológicos de rutina, incluidos los análisis de laboratorio relacionados (uno por año calendario)	Ninguno, sin deducible	20% de coseguro después del deducible
Exámenes de la audición de rutina, incluidos los análisis relacionados	Ninguno, sin deducible	20% de coseguro después del deducible
Audífonos (hasta \$2,000 por oído cada 36 meses para miembros hasta los 21 años)	Todos los cargos que superen el máximo, sin deducible	20% de coseguro después del deducible y todos los cargos que superen el máximo
Exámenes de rutina de la vista (uno cada 24 meses)	Ninguno, sin deducible	20% de coseguro después del deducible
Servicios de planificación familiar, visitas al consultorio	Ninguno, sin deducible	20% de coseguro después del deducible
Atención para pacientes ambulatorios Visitas a la sala de emergencias	\$200 por visita, sin deducible (se anula en caso de hospitalización o permanencia en observación)	\$200 por visita, sin deducible (se anula en caso de hospitalización o permanencia en observación)
Visitas a consultorios y centros de salud, cuando son realizadas por: <ul style="list-style-type: none"> • Médico general o de familia, internista, médico obstetra o ginecólogo, pediatra, especialista geriátrico, enfermera obstétrica, clínica de servicios limitados, grupo de proveedores de múltiples especialidades, o asistente médico o enfermero practicante que se designe como atención primaria • Otros proveedores cubiertos, incluido un asistente médico o un enfermero practicante que se designe como atención especializada 	\$30 por visita, sin deducible \$45 por visita, sin deducible	20% de coseguro después del deducible 20% de coseguro después del deducible
Tratamiento de salud mental o por consumo de sustancias	Ninguno, sin deducible	20% de coseguro después del deducible
Servicios de telesalud para afecciones médicas simples o salud mental	\$30 por visita, sin deducible	20% de coseguro después del deducible
Visitas al consultorio de quiroprácticos	\$45 por visita, sin deducible	20% de coseguro después del deducible
Visitas de acupuntura (hasta 12 visitas por año calendario)	\$45 por visita, sin deducible	20% de coseguro después del deducible
Terapia de rehabilitación física y ocupacional de corto plazo (hasta 60 visitas por año calendario*) <ul style="list-style-type: none"> • En otros hospitales o por otros proveedores cubiertos • En hospitales de participación más alta en los costos o a través de estos 	\$45 por visita, sin deducible \$80 por visita, sin deducible	20% de coseguro después del deducible 20% de coseguro después del deducible
Tratamiento para los trastornos del habla, la audición y el lenguaje (terapia del habla) <ul style="list-style-type: none"> • En otros hospitales o por otros proveedores cubiertos • En hospitales de participación más alta en los costos o a través de estos 	\$45 por visita, sin deducible \$80 por visita, sin deducible	20% de coseguro después del deducible 20% de coseguro después del deducible
Radiografías de diagnóstico y pruebas de laboratorio <ul style="list-style-type: none"> • En otros hospitales o por otros proveedores cubiertos • En hospitales de participación más alta en los costos o a través de estos 	20% de coseguro después del deducible 30% de coseguro después del deducible	40% de coseguro después del deducible 40% de coseguro después del deducible
Resonancias magnéticas, tomografías computarizadas, tomografías por emisión de positrones y estudios cardíacos nucleares de diagnóstico por imágenes <ul style="list-style-type: none"> • En otros hospitales o por otros proveedores cubiertos • En hospitales de participación más alta en los costos o a través de estos 	20% de coseguro después del deducible 30% de coseguro después del deducible	40% de coseguro después del deducible 40% de coseguro después del deducible
Atención médica domiciliaria y servicios de hospicio	20% de coseguro después del deducible	40% de coseguro después del deducible
Oxígeno y equipo para su administración	20% de coseguro después del deducible	40% de coseguro después del deducible
DME, equipo médico duradero, y reparaciones, como sillas de ruedas, muletas y camas de hospital	20% de coseguro después del deducible**	40% de coseguro después del deducible**
Dispositivos protésicos	20% de coseguro después del deducible	40% de coseguro después del deducible
Cirugía y anestesia relacionada en un consultorio o un centro de salud, cuando son realizadas por: <ul style="list-style-type: none"> • Médico general o de familia, internista, médico obstetra o ginecólogo, pediatra, especialista geriátrico, enfermera obstétrica, grupo de proveedores de múltiples especialidades, o asistente médico o enfermero practicante que se designe como atención primaria • Otros proveedores cubiertos, incluido un asistente médico o un enfermero practicante que se designe como atención especializada 	\$30 por visita***, sin deducible \$45 por visita***, sin deducible	20% de coseguro después del deducible 20% de coseguro después del deducible
Cirugía y anestesia relacionada en un centro quirúrgico ambulatorio, un departamento de servicios ambulatorios de un hospital o una unidad de atención quirúrgica de día <ul style="list-style-type: none"> • En otros hospitales o por otros proveedores cubiertos • En hospitales de participación más alta en los costos o a través de estos 	20% de coseguro después del deducible 30% de coseguro después del deducible	40% de coseguro después del deducible 40% de coseguro después del deducible

* No se aplica ningún límite de visitas cuando la terapia de rehabilitación a corto plazo se proporciona como parte de la atención médica a domicilio cubierta o para tratar los trastornos del espectro autista.

** No se aplica participación en los costos dentro de la red por un sacaleches por nacimiento (20% de coseguro después del deducible fuera de la red).

*** No se aplica el copago para servicios dentales de restauración y tratamiento de ortodoncia o terapia para el manejo de prótesis para miembros menores de 18 años a fin de tratar afecciones de labio leporino y paladar hendido.

Servicios cubiertos	Tu costo dentro de la red	Tu costo fuera de la red
Atención de pacientes hospitalizados (incluida la atención por maternidad) en:		
• Otros hospitales generales (tantos días como sea necesario desde el punto de vista médico)	20% de coseguro después del deducible	40% de coseguro después del deducible
• Hospitales de participación más alta en los costos (tantos días como sea necesario desde el punto de vista médico)	30% de coseguro después del deducible	40% de coseguro después del deducible
Atención hospitalaria para enfermedades crónicas (tantos días como sea médicamente necesario)	20% de coseguro después del deducible	40% de coseguro después del deducible
Atención en un hospital psiquiátrico o centro para el tratamiento de consumo de sustancias (tantos días como sea médicamente necesario)	20% de coseguro después del deducible	40% de coseguro después del deducible
Atención en un hospital de rehabilitación (hasta 60 días por año calendario)	20% de coseguro después del deducible	40% de coseguro después del deducible
Atención en un centro de enfermería especializada (hasta 100 días por año calendario)	20% de coseguro después del deducible	40% de coseguro después del deducible
Beneficios de medicamentos con receta médica*		
En farmacias minoristas designadas (suministro de la lista de medicamentos aprobados para un máximo de 30 días por cada receta o reposición)**	Sin deducible \$15 para Nivel 1 \$30 para Nivel 2 \$60 para Nivel 3	Sin cobertura
A través de farmacias designadas con envío de medicamentos por correo (suministro de la lista de medicamentos aprobados para un máximo de 90 días por cada receta o reposición)**	Sin deducible	Sin cobertura
• Ciertos medicamentos cubiertos para: asma, diabetes, enfermedad coronaria o riesgo de enfermedad cardiovascular (uso simultáneo de medicamentos para la presión arterial alta y medicamentos para el colesterol alto), y depresión asociada con cualquiera de estas afecciones***	\$15 para el Nivel 1† \$30 para el Nivel 2 \$120 para el Nivel 3	
• Todos los otros medicamentos y suministros cubiertos	\$30 para Nivel 1† \$60 para Nivel 2 \$120 para Nivel 3	

* En general, el Nivel 1 se refiere a medicamentos genéricos; el Nivel 2 se refiere a medicamentos de marca preferidos; el Nivel 3 se refiere a medicamentos de marca no preferidos. Tu cobertura de farmacia incluye el Programa de Entrega a Domicilio Selecto. Para obtener una descripción completa del programa, consulta tu certificado de miembro y las cláusulas adicionales. Para saber qué medicamentos de mantenimiento se encuentran en la lista de medicamentos del Programa de Entrega a Domicilio Selecto (Select Home Delivery Pharmacy), llama al número del Servicio de Atención al Miembro que aparece en tu tarjeta de identificación o visita nuestro sitio web en bluecrossma.com/90daymeds.

** Es posible que no se aplique el costo compartido para determinados medicamentos y suministros cubiertos.

*** Para obtener una lista de estos medicamentos, comunícate con Blue Cross Blue Shield of Massachusetts o visita la página Beneficios basados en el valor de la sección Cobertura de Farmacias en bluecrossma.com.

† Ciertos medicamentos genéricos están disponibles a través de farmacias de envío de medicamentos por correo por \$9. Para obtener más información, visita bluecrossma.com/mail-order-pharmacy.

Aprovecha tu plan al máximo

Visítanos en bluecrossma.com o llama al **1-800-588-5507** para obtener información sobre descuentos, ahorros, recursos y programas especiales, como los que aparecen a continuación, que tenemos a tu disposición.

Programa de participación de bienestar Reembolso por acondicionamiento físico: un beneficio que recompensa la participación en programas de acondicionamiento físico calificados Este beneficio de acondicionamiento físico se aplica a los cargos pagados en: un club de salud con equipo para realizar entrenamiento de fuerza y cardiovascular; o un gimnasio que ofrece clases grupales a cargo de un instructor para determinados programas de entrenamiento de fuerza y cardiovasculares. (Para obtener detalles, consulta tu certificado de miembro).	\$150 por año calendario por póliza
Reembolso por programa para bajar de peso: un beneficio que recompensa la participación en un programa de pérdida de peso calificado Este beneficio de programa para perder peso se aplica a los cargos pagados en: programas hospitalarios o no hospitalarios para perder peso que se enfocan en hábitos alimenticios y de actividad física, y asesoramiento de comportamiento/estilo de vida con profesionales de la salud certificados. (Para obtener detalles, consulta tu certificado de miembro).	\$150 por año calendario por póliza
Línea para atención de enfermería durante las 24 horas, los 7 días de la semana: una línea telefónica atendida por personal de enfermería que responderá tus preguntas de atención médica las 24 horas del día. Llama al 1-888-247-BLUE (2583)	Sin cargo adicional

¿Tienes preguntas?

Si tienes preguntas sobre Blue Cross Blue Shield of Massachusetts, llama al **1-800-588-5507** o visítanos en línea en bluecrossma.com.

Regístrate o inicia sesión en MyBlue, una forma personalizada de acceder a tu información de atención médica, reclamos y más, en bluecrossma.com/myblue.

Limitaciones y exclusiones. En estas páginas se resumen los beneficios de tu plan de atención médica. Tu certificado de suscriptor y las cláusulas adicionales definen todos los términos y condiciones de forma más detallada. Si surgiera alguna duda respecto de los beneficios, prevalecerán el certificado de miembro y las cláusulas adicionales. Algunos de los servicios sin cobertura son: cirugía estética, atención de custodia, la mayoría de los servicios de atención dental y los servicios cubiertos por la ley de compensación del trabajador. Para obtener una lista completa de las limitaciones y las exclusiones, consulta tu certificado de miembro y las cláusulas adicionales.



MASSACHUSETTS

Aviso de no discriminación

Blue Cross Blue Shield of Massachusetts cumple con las leyes de derechos civiles federales aplicables y no discrimina según la raza, el color, el origen nacional, la edad, la discapacidad, el sexo, la orientación sexual o la identidad de género. No excluye a las personas ni las trata de manera diferente debido a su raza, color, origen nacional, edad, discapacidad, sexo, orientación sexual o identidad de género.

Blue Cross Blue Shield of Massachusetts proporciona lo siguiente:

- Ayuda y servicios gratuitos a personas con discapacidades para comunicarse con nosotros de manera efectiva, como intérpretes de lenguaje de señas calificados e información escrita en otros formatos (letra de imprenta grande u otros formatos).
- Servicios lingüísticos gratuitos a personas cuyo idioma materno no sea el inglés, como intérpretes calificados e información escrita en otros idiomas.

Si necesita estos servicios, comuníquese con el Servicio de Atención al Miembro llamando al número que aparece en su tarjeta de identificación.

Si considera que Blue Cross Blue Shield of Massachusetts no le proporcionó estos servicios o se sintió discriminado de algún modo por su raza, color, origen nacional, edad, discapacidad, sexo, orientación sexual o identidad de género, puede presentar una queja ante el coordinador de derechos civiles por correo a Civil Rights Coordinator, Blue Cross Blue Shield of Massachusetts, One Enterprise Drive, Quincy, MA 02171-2126; por teléfono al **1-800-472-2689 (TTY: 711)**; por fax al **1-617-246-3616** o por correo electrónico a **civilrightscoordinator@bcbsma.com**.

Si necesita ayuda para presentar una queja, el coordinador de derechos civiles está disponible para ayudarle.

También puede presentar un reclamo por derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos (US Department of Health and Human Services) en línea en **ocrportal.hhs.gov**; por correo a U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue, SW Room 509F, HHH Building Washington, DC 20201; por teléfono al **1-800-368-1019** o al **1-800-537-7697 (TDD)**.

Los formularios para reclamos están disponibles en **hhs.gov**.



MASSACHUSETTS

Translation Resources

Proficiency of Language Assistance Services

Spanish/Español: ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia con el idioma. Llame al número de Servicio al Cliente que figura en su tarjeta de identificación (TTY: **711**).

Portuguese/Português: ATENÇÃO: Se fala português, são-lhe disponibilizados gratuitamente serviços de assistência de idiomas. Telefone para os Serviços aos Membros, através do número no seu cartão ID (TTY: **711**).

Chinese/简体中文: 注意: 如果您讲中文, 我们可向您免费提供语言协助服务。请拨打您 ID 卡上的号码联系会员服务部 (TTY 号码: **711**)。

Haitian Creole/Kreyòl Ayisyen: ATANSYON: Si ou pale kreyòl ayisyen, sèvis asistans nan lang disponib pou ou gratis. Rele nimewo Sèvis Manm nan ki sou kat Idantifikasyon w lan (Sèvis pou Malantandan TTY: **711**).

Vietnamese/Tiếng Việt: LƯU Ý: Nếu quý vị nói Tiếng Việt, các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ được cung cấp cho quý vị miễn phí. Gọi cho Dịch vụ Hội viên theo số trên thẻ ID của quý vị (TTY: **711**).

Russian/Русский: ВНИМАНИЕ: если Вы говорите по-русски, Вы можете воспользоваться бесплатными услугами переводчика. Позвоните в отдел обслуживания клиентов по номеру, указанному в Вашей идентификационной карте (телетайп: **711**).

Arabic/العربية:

انتباه: إذا كنت تتحدث اللغة العربية، فتتوفر خدمات المساعدة اللغوية مجاناً بالنسبة لك. اتصل بخدمات الأعضاء على الرقم الموجود على بطاقة هويتك (جهاز الهاتف النصي للصم والبكم "TTY": **711**).

Mon-Khmer, Cambodian/ខ្មែរ: ការជូនដំណឹង: ប្រសិនបើអ្នកនិយាយភាសា ខ្មែរ សេវាជំនួយភាសាឥតគិតថ្លៃ គឺអាចរកបានសម្រាប់អ្នក។ សូមទូរស័ព្ទទៅផ្នែកសេវាសមាជិកតាមលេខ នៅលើប័ណ្ណសម្គាល់ខ្លួនរបស់អ្នក (TTY: **711**)។

French/Français: ATTENTION : si vous parlez français, des services d'assistance linguistique sont disponibles gratuitement. Appelez le Service adhérents au numéro indiqué sur votre carte d'assuré (TTY : **711**).

Italian/Italiano: ATTENZIONE: se parlate italiano, sono disponibili per voi servizi gratuiti di assistenza linguistica. Chiamate il Servizio per i membri al numero riportato sulla vostra scheda identificativa (TTY: **711**).

Korean/한국어: 주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 귀하의 ID 카드에 있는 전화번호(TTY: **711**)를 사용하여 회원 서비스에 전화하십시오.

Greek/λληνικά: ΠΡΟΣΟΧΗ: Εάν μιλάτε Ελληνικά, διατίθενται για σας υπηρεσίες γλωσσικής βοήθειας, δωρεάν. Καλέστε την Υπηρεσία Εξυπηρέτησης Μελών στον αριθμό της κάρτας μέλους σας (ID Card) (TTY: **711**).

Polish/Polski: UWAGA: Osoby posługujące się językiem polskim mogą bezpłatnie skorzystać z pomocy językowej. Należy zadzwonić do Działu obsługi ubezpieczonych pod numer podany na identyfikatorze (TTY: 711).

Hindi/हिंदी: ध्यान दें: यदि आप हिन्दी बोलते हैं, तो भाषा सहायता सेवाएँ, आप के लिए निःशुल्क उपलब्ध हैं। सदस्य सेवाओं को आपके आई.डी. कार्ड पर दिए गए नंबर पर कॉल करें (टी.टी.वाई.: 711).

Gujarati/ગુજરાતી: ધ્યાન આપો: જો તમે ગુજરાતી બોલતા હો, તો તમને ભાષાકીય સહાયતા સેવાઓ વિના મૂલ્યે ઉપલબ્ધ છે. તમારા આઈડી કાર્ડ પર આપેલા નંબર પર Member Service ને કોલ કરો (TTY: 711).

Tagalog/Tagalog: PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng wikang Tagalog, mayroon kang magagamit na mga libreng serbisyo para sa tulong sa wika. Tawagan ang Mga Serbisyo sa Miyembro sa numerong nasa iyong ID Card (TTY: 711).

Japanese/日本語: お知らせ:日本語をお話しになる方は無料の言語アシスタンスサービスをご利用いただけます。IDカードに記載の電話番号を使用してメンバーサービスまでお電話ください (TTY: 711)。

German/Deutsch: ACHTUNG: Wenn Sie Deutsche sprechen, steht Ihnen kostenlos fremdsprachliche Unterstützung zur Verfügung. Rufen Sie den Mitgliederdienst unter der Nummer auf Ihrer ID-Karte an (TTY: 711).

Persian/پارسیان:

توج: اگر زبان شما فارسی است، خدمات کمک زبانی ب صورت رایگان در اختیار شما قرار می گیرد. با شماره تلفن مندرج بروی کارت شناسایی خود با بخش «خدمات اعضا» تماس بگیرید (TTY: 711).

Lao/ພາສາລາວ: ຂໍ້ຄວນໃສ່ໃຈ: ຖ້າເຈົ້າເວົ້າພາສາລາວໄດ້, ມີການບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາໃຫ້ທ່ານໂດຍບໍ່ເສຍຄ່າ. ໂທຫາຝ່າຍບໍລິການສະມາຊິກທີ່ໝາຍເລກໂທລະສັບຢູ່ໃນບັດຂອງທ່ານ (TTY: 711).

Navajo/Diné Bizaad: BAA ÁKOHWIINDZIN DOOÍGÍ: Diné k'ehjí yánílt'i'go saad bee yát'i' éí t'áájíík'e bee níká'a'doowołgo éí ná'ahoot'i'. Díí bee anítahígí ninaaltsoos bine'déé' nóomba biká'ígíjij' béeesh bee hodíílnih (TTY: 711).