



El Resumen de beneficios y cobertura (SBC) lo ayudará a escoger un plan de salud. El SBC muestra cómo usted y el plan compartirían los costos de los servicios de atención médica cubiertos. **NOTA:** La información sobre el costo de este plan (denominado prima) se proporcionará por separado. Este es solo un resumen. Para obtener más información sobre su cobertura u obtener una copia de los términos completos de la cobertura, visite [bluecrossma.org/coverage-info](http://bluecrossma.org/coverage-info). Para ver las definiciones de términos frecuentes, como cantidad permitida, facturación de saldo, coseguro, copago, deducible, proveedor u otros términos subrayados, consulte el glosario. Puede consultar el glosario en [bluecrossma.org/sbcglossary](http://bluecrossma.org/sbcglossary) o llamar al 1-888-456-1351 para pedir una copia.

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué es importante:
¿Cuánto es el <u>deducible</u> total?	\$0	Consulta el cuadro de Circunstancia médica común a continuación para ver tus costos de servicio que cubre este <u>plan</u> .
¿Hay servicios cubiertos antes de alcanzar su <u>deducible</u> ?	No.	Tendrás que pagar el <u>deducible</u> antes de que el <u>plan</u> pague algún servicio.
¿Hay otros <u>deducibles</u> para servicios específicos?	No.	No tiene que pagar <u>deducibles</u> para servicios específicos.
¿Cuánto es el <u>límite de gastos de bolsillo</u> para este <u>plan</u> ?	Para beneficios médicos, \$2,000 por miembro / \$4,000 por familia; y para beneficios de medicamentos con receta médica, \$1,000 por miembro / \$2,000 por familia.	El <u>límite de gastos de bolsillo</u> es el máximo que podría pagar en un año por servicios cubiertos. Si hay otros miembros de la familia cubiertos por este <u>plan</u> , ellos deben pagar sus propios <u>límites de gastos de bolsillo</u> hasta alcanzar el <u>límite de gastos de bolsillo</u> familiar general.
¿Qué es lo que no está incluido en el <u>límite de gastos de bolsillo</u> ?	Las <u>primas</u> , los cargos por <u>facturación de saldo</u> y la atención médica que este <u>plan</u> no cubre.	Aunque usted pague estos costos, no cuentan para el <u>límite de gastos de bolsillo</u> .
¿Pagará menos si acude a un <u>proveedor dentro de la red</u> ?	Sí. Vea <a href="http://bluecrossma.com/findadoctor">bluecrossma.com/findadoctor</a> o llame al número de Servicios al Miembro que figura en su tarjeta de identificación para obtener una lista de <u>proveedores dentro de la red</u> .	Este <u>plan</u> tiene una <u>red de proveedores</u> . Usted pagará menos si acude a un <u>proveedor</u> dentro de la <u>red del plan</u> . Pagará el máximo si acude a un <u>proveedor fuera de la red</u> , y es posible que reciba una factura de un <u>proveedor</u> por la diferencia en el costo del <u>proveedor</u> y lo que su <u>plan</u> paga ( <u>facturación de saldo</u> ). Tenga en mente que su <u>proveedor dentro de la red</u> podría utilizar un <u>proveedor fuera de la red</u> para algunos servicios (como análisis de laboratorio). Consulte con su <u>proveedor</u> antes de obtener servicios.
¿Necesita una <u>derivación</u> para atenderse con un <u>especialista</u> ?	Sí.	Este <u>plan</u> pagará algunos o todos los costos de acudir a un <u>especialista</u> por servicios cubiertos, pero solo si tiene una <u>derivación</u> antes de acudir al <u>especialista</u> .

Circunstancia médica común	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Dentro de la red (Usted pagará el mínimo)	Fuera de la red (Usted pagará el máximo)	
<b>Si acude al consultorio o clínica del <u>proveedor</u></b>	Consulta con su médico de atención primaria para tratar una afección o lesión	\$20 por visita	Sin cobertura	Puede aplicarse un <u>costo compartido</u> de telesalud
	Consulta con un <u>especialista</u>	\$30 por visita; \$30 por visita al quiropráctico; \$30 por visita de acupuntura	Sin cobertura	Limitado a 12 visitas de acupuntura por año calendario; puede aplicarse un <u>costo compartido</u> de telesalud
	<u>Atención preventiva</u> / <u>evaluación</u> / vacunas	Sin cargo	Sin cobertura	Limitada a un examen ginecológico por año calendario; puede aplicarse un <u>costo compartido</u> de telesalud. Tendrá que pagar los servicios que no sean preventivos. Consulte con su <u>proveedor</u> si los servicios necesarios son preventivos. Luego verifique lo que su <u>plan</u> pagará.
<b>Si se realiza un examen</b>	<u>Exámenes de diagnóstico</u> (radiografías, análisis de sangre)	Sin cargo	Sin cobertura	Se requiere <u>autorización previa</u> para determinados servicios
	Diagnóstico por imágenes (tomografía computarizada / tomografía por emisión de positrones, imágenes por resonancia magnética)	Sin cargo	Sin cobertura	Se requiere <u>autorización previa</u> para determinados servicios

Circunstancia médica común	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Dentro de la red (Usted pagará el mínimo)	Fuera de la red (Usted pagará el máximo)	
<b>Si necesita un medicamento para tratar su enfermedad o condición médica.</b> Hay más información disponible sobre la <b>cobertura de medicamentos con receta médica</b> en <a href="http://bluecrossma.org/medication">bluecrossma.org/medication</a>	Medicamentos genéricos	\$10 por suministro por venta minorista o \$20 por suministro por pedido por correo	Sin cobertura	Suministro de hasta 30 días por venta minorista (90 días por pedido por correo); es posible que no se aplique o que se reduzca el <u>costo compartido</u> para determinados medicamentos y suministros cubiertos; se requiere <u>autorización previa</u> para determinados medicamentos
	Medicamentos de marca preferidos	\$30 por suministro por venta minorista o \$60 por suministro por pedido por correo	Sin cobertura	
	Medicamentos de marca no preferidos	\$50 por suministro por venta minorista o \$100 por suministro por pedido por correo	Sin cobertura	
	<u>Medicamentos de especialidad</u>	<u>Costos compartidos</u> aplicables (genéricos, preferidos y no preferidos)	Sin cobertura	Cuando se obtienen de una farmacia de especialidad designada; es posible que no se aplique o que se reduzca el <u>costo compartido</u> para determinados medicamentos y suministros cubiertos; se requiere <u>autorización previa</u> para determinados medicamentos
<b>Si le hacen una cirugía ambulatoria</b>	Tarifa del centro (p. ej., centro de cirugía ambulatoria)	\$150 por admisión	Sin cobertura	El <u>copago</u> se limita a \$500 por servicios dentro de los 30 días de la misma enfermedad o una relacionada; se requiere <u>autorización previa</u> para determinados servicios
	Tarifas del médico / cirujano	Sin cargo	Sin cobertura	Se requiere <u>autorización previa</u> para determinados servicios

Circunstancia médica común	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Dentro de la red (Usted pagará el mínimo)	Fuera de la red (Usted pagará el máximo)	
Si necesita atención médica inmediata	<u>Atención en la sala de emergencias</u>	\$75 por visita	\$75 por visita	No se abona <u>copago</u> si el miembro es admitido en el hospital o para una estadía de observación
	<u>Transporte médico de emergencia</u>	Sin cargo	Sin cargo	Ninguna
	<u>Atención de urgencia</u>	\$30 por visita	\$30 por visita	La cobertura fuera de la red está limitada a áreas fuera del servicio; puede aplicarse un <u>costo compartido</u> de telesalud
Si necesita hospitalización	Tarifa del centro (p. ej., habitación del hospital)	\$250 por admisión	Sin cobertura	El <u>copago</u> se limita a \$500 por servicios dentro de los 30 días de la misma enfermedad o una relacionada; se requiere <u>autorización previa</u> / autorización para determinados servicios
	Tarifas del médico / cirujano	Sin cargo	Sin cobertura	Se requiere <u>autorización previa</u> / autorización para determinados servicios
Si necesita servicios de salud mental, salud conductual o de abuso de sustancias	Servicios para pacientes ambulatorios	\$20 por visita	Sin cobertura	Puede aplicarse un <u>costo compartido</u> de telesalud; se requiere <u>autorización previa</u> para determinados servicios
	Servicios para pacientes hospitalizados	\$250 por admisión	Sin cobertura	El <u>copago</u> se limita a \$500 por servicios dentro de los 30 días de la misma enfermedad o una relacionada; se requiere <u>autorización previa</u> / autorización para determinados servicios
Si está embarazada	Visitas al consultorio	Sin cargo	Sin cobertura	El <u>copago</u> se limita a \$500 por servicios dentro de los 30 días de la misma enfermedad o una relacionada; el <u>costo compartido</u> no se aplica a los <u>servicios preventivos</u> ; la atención por maternidad puede incluir pruebas y servicios descritos en otra parte del SBC (es decir, ecografía); puede aplicarse un <u>costo compartido</u> de telesalud
	Servicios profesionales para el nacimiento y el parto	Sin cargo	Sin cobertura	
	Servicios hospitalarios para el nacimiento y el parto	\$250 por admisión	Sin cobertura	

Circunstancia médica común	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Dentro de la red (Usted pagará el mínimo)	Fuera de la red (Usted pagará el máximo)	
<b>Si necesita servicios de recuperación o tiene otras necesidades especiales de salud</b>	<u>Atención médica en el hogar</u>	Sin cargo	Sin cobertura	Se requiere <u>autorización previa</u>
	<u>Servicios de rehabilitación</u>	\$30 por visita para servicios para pacientes ambulatorios; Sin cargo para servicios para pacientes hospitalizados	Sin cobertura	Limitado a 60 visitas ambulatorias por año calendario (diferentes para autismo, <u>atención médica en el hogar</u> y terapia del lenguaje); limitado a 60 días por año calendario para admisiones de pacientes hospitalizados; puede aplicarse un <u>costo compartido</u> de telesalud; se requiere <u>autorización previa</u> para determinados servicios
	<u>Servicios de habilitación</u>	\$30 por visita	Sin cobertura	Se aplican los límites de cobertura de la terapia de rehabilitación para pacientes ambulatorios; no se aplican los límites de cobertura y <u>costo compartido</u> para los servicios de intervención temprana para niños que reúnan los requisitos; puede aplicarse un <u>costo compartido</u> de telesalud; se requiere <u>autorización previa</u> para determinados servicios
	<u>Atención de enfermería especializada</u>	Sin cargo	Sin cobertura	Límite de 100 días por año calendario; se requiere <u>autorización previa</u>
	<u>Equipo médico duradero</u>	20% de <u>coseguro</u>	Sin cobertura	No se aplica el <u>costo compartido</u> para un extractor de leche por nacimiento, incluidos los suministros
	<u>Servicios en un programa de cuidados paliativos</u>	Sin cargo	Sin cobertura	Se requiere <u>autorización previa</u> para determinados servicios
	<b>Si su hijo necesita servicios dentales o de la vista</b>	Examen de la vista para niños	Sin cargo	Sin cobertura
Anteojos para niños		Sin cobertura	Sin cobertura	Ninguna
Control dental para niños		Sin cargo	Sin cobertura	Limitado para niños menores de 12 años de edad (cada 6 meses) y menores de 18 años de edad con fisura palatina / labio leporino

## Servicios excluidos y otros servicios cubiertos:

### Servicios que su Plan, por lo general, NO cubre (consulte la póliza o documento del plan para obtener más información y una lista de otros servicios excluidos).

- Anteojos para niños
- Cirugía estética
- Atención dental (adultos)
- Atención a largo plazo
- Atención que no sea de emergencia durante viajes fuera de los Estados Unidos
- Servicios de enfermería privada

### Otros servicios cubiertos (es posible que se apliquen limitaciones a estos servicios. Esta no es una lista completa. Consulte el documento del plan).

- Acupuntura (12 visitas por año calendario)
- Cirugía bariátrica
- Atención quiropráctica
- Audífonos (\$2,000 por cada oído cada 36 meses para miembros hasta los 21 años)
- Tratamiento de infertilidad
- Atención de la vista de rutina para adultos (limitado a un examen por año calendario)
- Atención de los pies de rutina (solo para pacientes con enfermedad circulatoria sistémica)
- Programas de pérdida de peso (\$150 por póliza por año calendario)

**Su derecho a continuar con la cobertura:** Hay organismos que pueden ayudarlo si quiere mantener la cobertura después de que esta finalice. La información de contacto de esos organismos es: Administración de Seguridad de Beneficios del Empleado del Departamento de Trabajo de los EE. UU. al 1-866-444-EBSA (3272) o en [www.dol.gov/ebsa/healthreform](http://www.dol.gov/ebsa/healthreform) y con el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. al 1-877-267-2323 x61565 o [www.cciio.cms.gov](http://www.cciio.cms.gov). Su Departamento Estatal de Seguros también puede ayudarlo. Si es un residente de Massachusetts, puede comunicarse con la División de Seguros de Massachusetts al 1-877-563-4467 o en [www.mass.gov/doi](http://www.mass.gov/doi). Es posible que haya otras opciones de cobertura disponibles para usted, como contratar una cobertura de seguro individual a través del Mercado de Seguros Médicos. Para más información sobre el Mercado, visite [www.HealthCare.gov](http://www.HealthCare.gov) o llame al 1-800-318-2596. Para obtener más información sobre la posible compra de la cobertura individual a través del intercambio estatal, puede comunicarse con el mercado de su estado, si corresponde. Si usted es un residente de Massachusetts, comuníquese con el Conector de Salud de Massachusetts al visitar [www.mahealthconnector.org](http://www.mahealthconnector.org). Para obtener más información sobre sus derechos a continuar con la cobertura de su empleador, comuníquese con el patrocinador de su plan. (El patrocinador del plan es generalmente el empleador del miembro o la organización que brinda cobertura médica grupal al miembro).

**Su derecho a presentar una queja o una apelación:** Hay organismos que pueden ayudarlo si tiene una queja contra su plan por la denegación de una reclamación. Esta queja se denomina queja formal o apelación. Para obtener más información sobre sus derechos, consulte la explicación de beneficios que recibirá por dicha reclamación médica. Los documentos de su plan también dan toda la información para presentar una reclamación, una apelación o una queja formal por cualquier motivo a su plan. Para obtener más información sobre sus derechos, sobre este aviso o si necesita ayuda, comuníquese con el patrocinador de su plan o llame al 1-800-472-2689. (El patrocinador del plan es generalmente el empleador del miembro o la organización que brinda cobertura médica grupal al miembro). También puede comunicarse con la Oficina de protección de pacientes al 1-800-436-7757 o en [www.mass.gov/hpc/opp](http://www.mass.gov/hpc/opp).

#### **¿Este plan proporciona cobertura esencial mínima? Sí.**

La cobertura esencial mínima generalmente incluye planes, seguros médicos disponibles a través del Mercado u otras pólizas de mercado individuales, Medicare, Medicaid, CHIP, TRICARE y otras coberturas específicas. Si usted es elegible para determinados tipos de cobertura esencial mínima, tal vez no sea elegible para el crédito fiscal para primas del plan.

#### **¿Cumple este plan el valor mínimo estándar? Sí.**

Si su plan no cumple con el valor mínimo estándar, es posible que cumpla con los requisitos para recibir un crédito fiscal para primas del plan que lo ayudará a pagar un plan en el Mercado.

**Aviso de exención:** Este documento contiene solo una descripción parcial de los beneficios, las limitaciones, exclusiones y otras disposiciones del plan de atención médica. No es una póliza. Es una visión general solamente. No brinda todos los detalles de esta cobertura, incluidos los beneficios, las exclusiones y limitaciones de la póliza. En caso de que haya discrepancias entre este documento y la póliza, regirán los términos y condiciones de la póliza.

*Para ver ejemplos de cómo este plan podría cubrir los costos de una situación médica de ejemplo, consulta la siguiente sección.*

Acerca de estos ejemplos de cobertura:



**Esta no es una herramienta de cálculo de costos.** Los tratamientos que se muestran son solo ejemplos de cómo puede este plan cubrir la atención médica. Tus costos reales pueden variar según el tratamiento real que recibas, los precios que tus proveedores cobren y muchos otros factores. Fíjate en las cantidades de costo compartido (deducibles, copagos y coseguro) y en los servicios excluidos por el plan. Usa esta información para comparar la parte de los costos que podrías pagar con los distintos planes médicos. Ten presente que estos ejemplos de cobertura se basan solo en una cobertura individual.

**Peg va a tener un bebé**  
(9 meses de atención prenatal dentro de la red y parto en el hospital)

- El deducible general del plan \$0
- Copago de la tarifa por parto \$0
- Copago de la tarifa del centro \$250
- Copago de exámenes de diagnóstico \$0

Este EJEMPLO de evento incluye servicios como:  
 Visitas al consultorio del especialista (*atención prenatal*)  
 Servicios profesionales para el nacimiento y el parto  
 Servicios hospitalarios para el nacimiento y el parto  
Exámenes de diagnóstico (*ecografías y análisis de sangre*)  
 Consulta con un especialista (*anestesia*)

**Costo total del ejemplo \$12,700**

En este ejemplo, Peg pagaría:

<u>Costos compartidos</u>	
<u>Deducibles</u>	\$0
<u>Copagos</u>	\$300
<u>Coseguro</u>	\$0

<i>Lo que no está cubierto</i>	
Límites o exclusiones	\$60
<b>El total que Peg pagaría es</b>	<b>\$360</b>

**Control de la diabetes tipo 2 de Joe**  
(un año de atención de rutina dentro de la red de una condición bien controlada)

- El deducible general del plan \$0
- Copago por consulta con un especialista \$30
- Copago por visita de atención primaria \$20
- Copago de exámenes de diagnóstico \$0

Este EJEMPLO de evento incluye servicios como:  
 Visitas en el consultorio del médico de atención primaria (*incluye la educación sobre enfermedades*)  
Exámenes de diagnóstico (*análisis de sangre*)  
Medicamentos con receta médica  
Equipo médico duradero (*glucómetro*)

**Costo total del ejemplo \$5,600**

En este ejemplo, Joe pagaría:

<u>Costos compartidos</u>	
<u>Deducibles</u>	\$0
<u>Copagos</u>	\$1,200
<u>Coseguro</u>	\$0

<i>Lo que no está cubierto</i>	
Límites o exclusiones	\$20
<b>El total que Joe pagaría es</b>	<b>\$1,220</b>

**Fractura simple de Mia**  
(visita a la sala de emergencias dentro de la red y atención de seguimiento)

- El deducible general del plan \$0
- Copago por consulta con un especialista \$30
- Copago de la sala de emergencias \$75
- Copago de servicios de ambulancia \$0

Este EJEMPLO de evento incluye servicios como:  
Atención en la sala de emergencias (*incluye suministros médicos*)  
Exámenes de diagnóstico (*radiografías*)  
Equipo médico duradero (*muletas*)  
Servicios de rehabilitación (*fisioterapia*)

**Costo total del ejemplo \$2,800**

En este ejemplo, Mia pagaría:

<u>Costos compartidos</u>	
<u>Deducibles</u>	\$0
<u>Copagos</u>	\$200
<u>Coseguro</u>	\$0

<i>Lo que no está cubierto</i>	
Límites o exclusiones	\$0
<b>El total que Mia pagaría es</b>	<b>\$200</b>

El plan sería responsable de los demás costos de los servicios cubiertos de este EJEMPLO.

® Registered Marks of the Blue Cross and Blue Shield Association. © 2024 Blue Cross and Blue Shield of Massachusetts, Inc., or Blue Cross and Blue Shield of Massachusetts HMO Blue, Inc.

002905145 (5/24) DD





Este plan de salud cumple con los requisitos mínimos de cobertura acreditable (Minimum Creditable Coverage, MCC) 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).



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 **[civilrightscordinator@bcbsma.com](mailto:civilrightscordinator@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](https://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](https://www.hhs.gov)**.

# 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/Ελληνικά:** 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 yáníłt'i'go saad bee yát'i' éí t'áájíík'e bee níká'a'doowólgo éí ná'ahoot'i'. Díí bee anítahígí ninaaltsoos bine'déé' nóomba biká'ígíjij' béésh bee hodíílnih (TTY: 711).