



El documento Resumen de beneficios y cobertura (SBC) le permitirá escoger un médico [plan](#). En el SBC, se indica cómo comparten el costo correspondiente a los servicios médicos cubiertos usted y el [plan](#). **TENGA EN CUENTA:** La información sobre el costo de este [plan](#) (llamado [prima](#)) se proporcionará aparte. Este es solo un resumen. Para obtener más información sobre la cobertura u obtener una copia de los términos de cobertura completos, visite MolinaMarketplace.com. Consulte el glosario para conocer la definición general de los términos comunes, como [cantidad autorizada](#), [facturación del saldo](#), [coseguro](#), [Copago](#), [deducible](#), [proveedor](#), u otros términos subrayados. Puede ver el Glosario en <https://www.healthcare.gov/sbc-glossary> o llamar al 1-800-318-2596 para solicitar una copia.

Preguntas importantes	Respuestas	¿Por qué es importante?
¿Cuál es el deducible global?	\$0 en un proveedor de atención médica para indígenas (IHCP); o \$6,300 individual; \$12,600 familiar	En general, usted debe pagar todos los costos de los proveedores hasta alcanzar el monto del deducible antes de que el plan comience a pagar. Si usted ha adherido a otros miembros de la familia al plan , cada miembro debe alcanzar el deducible individual hasta que el monto total de los gastos correspondientes al deducible pagados por todos los miembros de la familia alcance el deducible familiar global.
¿Hay servicios cubiertos antes de alcanzar el deducible ?	Sí. Atención médica preventiva , servicios de laboratorio, servicios de habilitación y rehabilitación ambulatorios, y las primeras tres visitas al consultorio que no sean por prevención de cualquier combinación de servicios de atención médica primaria, especialista , Cuidado urgente , salud mental o abuso de sustancias están cubiertos antes de que alcance su deducible .	Este plan cubre algunos artículos y servicios aun cuando usted no haya alcanzado el monto del deducible . Pero puede aplicarse un Copago o un coseguro . Por ejemplo, este plan cubre determinados servicios preventivos sin costo compartido y antes de que alcance su deducible . Obtenga una lista de servicios preventivos cubiertos en https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/ .
¿Hay otros deducibles para servicios específicos?	\$0 con un IHCP; o Sí. \$500/individual o \$1,000/familia por cobertura de medicamentos recetados .	Debe pagar todos los costos correspondientes a estos servicios hasta alcanzar el monto específico del deducible antes de que el deducible comience a pagar por estos servicios.
¿Cuál es el límite de gastos de su bolsillo correspondiente a este plan ?	\$7,550/individual o \$15,100/familia	El límite de gastos de su bolsillo es el monto máximo que usted pagaría en un año por los servicios cubiertos. Si ha adherido a otros miembros de la familia al plan , estos deben alcanzar su propio límites de gastos de su bolsillo hasta que se alcance el límites de gastos de su bolsillo familiar global.
¿Qué no está incluido en el límite de gastos de su bolsillo ?	La Primas y atención médica que este plan no cubre.	Si bien usted paga estos gastos, estos no se computan con respecto al límite de gastos de su bolsillo .
¿Pagará menos si usa un proveedor de la red ?	Sí. Visite MolinaMarketplace.com o llame al 1-888-858-2150 para obtener una lista de los proveedores de la red .	Este plan cuenta con una red de proveedores. Usted pagará menos si usa un proveedor que forme parte de la red del plan. Usted pagará la mayor parte del costo si usa un proveedor fuera de la red , y es posible que el proveedor le facture la diferencia entre lo que él cobra y lo que su plan paga (facturación del saldo). Tenga en cuenta que el proveedor de la red podría recurrir a un proveedor fuera de la red para brindarle algunos servicios (p. ej.: análisis de laboratorio). Consulte con el proveedor antes de obtener los servicios.
¿Necesita una remisión para ver a un especialista ?	Sí.	Este plan pagará parte o todos los costos para consultas con un especialista para los servicios cubiertos, pero sólo si obtiene remisión antes de consultar con el especialista .



Todos los costos correspondientes al [Copago](#) y [coseguro](#) indicados en esta tabla se aplican una vez que usted haya alcanzado el [deducible](#), si hubiera.

Evento médico común	Los servicios que podría necesitar	Qué pagará usted		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor participante * (Usted pagará un mínimo)	Proveedor no participante (Usted pagará la mayor parte)	
Si usted visita la clínica o el consultorio de un del proveedor de atención médica	Consulta de atención primaria para tratar una lesión o una enfermedad	\$75 copago /visita al consultorio; se aplica el deducible .	No cubierto	Incluye visitas de ginecología u obstetricia y al pediatra no de prevención.
	Visita a Especialista	\$105 copago /visita al consultorio; se aplica el deducible .	No cubierto	Se podría requerir Autorización previa para cubrir los servicios.
	Atención médica preventiva / exámenes de detección / vacunación	Sin cargo; no se aplica el deducible .	No cubierto	Incluye la mayor parte de los servicios prenatales. Es posible que deba pagar por servicios que no sean preventivos . Pregúntele a su proveedor si los servicios que necesita son preventivos. Y luego verifique qué pagará su plan .
Si tiene que hacerse un examen	Pruebadediagnóstico (radiografías, análisis de sangre)	100% coseguro , radiografía; se aplica el deducible . \$40 copago /prueba, laboratorio; no se aplica el deducible .	No cubierto	Radiografía costo compartido también se aplica a servicios de ecografía.
	Imagenología (TC / tomografía PET, IRM)	100% coseguro ; se aplica deducible .	No cubierto	Se podría requerir Autorización previa para cubrir los servicios.
Si necesita medicamentos para tratar su enfermedad o afección Encontrará más información acerca de la cobertura de medicamentos recetados disponible en MolinaMarketplace.com/CAformulary2019	Nivel 1	100% coseguro ; se aplica deducible .	No cubierto	Cubre un suministro de hasta 30 días (receta minorista); suministro de 31-90 días (receta para pedidos por correo).
	Nivel 2	100% coseguro ; se aplica deducible .	No cubierto	costo compartido máximo de \$200 para un suministro de hasta 30 días de medicamentos para quimioterapia oral, y no se aplica el deducible .
	Nivel 3	100% coseguro ; se aplica deducible .	No cubierto	costo compartido máximo de \$500 para un suministro de 30 días de medicamentos recetados, después del deducible . Se podría requerir Autorización previa para

* Sin cargo por los servicios cubiertos en el proveedor participante de atención médica para indígenas (IHCP)

Evento médico común	Los servicios que podría necesitar	Qué pagará usted		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor participante * (Usted pagará un mínimo)	Proveedor no participante (Usted pagará la mayor parte)	
	Nivel 4	100% coseguro (minorista); se aplica deducible . No cubierto (pedidos por correo).	No cubierto	<p> cubrir los servicios.</p> <p>El Costo compartido por cualquier medicamento recetado que se obtenga con el uso de una tarjeta o cupón de descuento provisto por un fabricante de medicamentos recetados no se aplicará para ningún deducible o para el límite de gastos de su bolsillo.</p>
Si le practican una cirugía ambulatoria	Tarifa del centro (p. ej.: centro de cirugía ambulatoria)	100% coseguro ; se aplica deducible .	No cubierto	Se podría requerir Autorización previa para cubrir los servicios.
	Tarifa del médico/cirujano	100% coseguro ; se aplica deducible .	No cubierto	
Si necesita atención médica inmediata	Atención en la sala de emergencias	100% coseguro ; se aplica deducible .	100% coseguro ; se aplica deducible .	Este costo no se aplica si es internado directamente para recibir atención hospitalaria. (Consulte “Si lo internan en el hospital” para obtener los costos aplicables). El servicio de un proveedor no participante está cubierto solo hasta que el paciente se estabilice y se coordine la transferencia a un proveedor participante.
	Transporte médico de emergencia	100% coseguro ; se aplica deducible .	100% coseguro ; se aplica deducible .	Ninguno.
	Cuidado urgente	\$75 copago /visita; se aplica el deducible .	No cubierto	Ninguno.
Si lo internan en el hospital	Tarifa del hospital (p. ej.: habitación de hospital)	100% coseguro ; se aplica deducible .	No cubierto	Se requiere Autorización previa para cubrir los servicios.
	Tarifa del médico/cirujano	100% coseguro ; se aplica deducible .	No cubierto	

* Sin cargo por los servicios cubiertos en el proveedor participante de atención médica para indígenas (IHCP)

Evento médico común	Los servicios que podría necesitar	Qué pagará usted		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor participante * (Usted pagará un mínimo)	Proveedor no participante (Usted pagará la mayor parte)	
Si necesita servicios de salud mental, salud conductual o por abuso de sustancias	Servicios para pacientes ambulatorios	\$75 copago /visita al consultorio; se aplica el deducible .	No cubierto	Se podría requerir Autorización previa para cubrir los servicios. Incluye programas individuales, de evaluación grupal, de asesoramiento, ambulatorios intensivos, de tratamiento diurno.
	Servicios con internación.	100% coseguro ; se aplica deducible .	No cubierto	Se requiere Autorización previa para cubrir los servicios.
Si está embarazada	Visitas al consultorio	\$75 copago /visita, visita al médico de atención primaria; se aplica el deducible . \$105 copago /visita, especialista visita; se aplica el deducible . Sin cargo/visita, atención médica preventiva visita, incluidas visitas obstétricas prenatales de rutina; no se aplica el deducible .	No cubierto	No se aplica el Costo compartido a determinados servicios preventivos . Según el tipo de servicios, puede aplicarse un copago , coseguro o deducible . La atención de maternidad puede incluir exámenes y servicios descritos en el SBC (como el ultrasonido). Notificación previa requerida, o los servicios no se cubrirán.
	Servicios profesionales de obstetricia (parto o trabajo de parto)	100% coseguro ; se aplica deducible .	No cubierto	
	Servicios de centro de obstetricia (parto o trabajo de parto)	100% coseguro ; se aplica deducible .	No cubierto	
Si necesita servicios de recuperación o tiene otras necesidades médicas especiales	Atención médica domiciliaria	100% coseguro ; se aplica deducible .	No cubierto	Limitado a: <ul style="list-style-type: none"> • 100 visitas por año. • 2 horas/visita para un enfermero, trabajador social, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional o del habla. • 4 horas/visita para ayuda para un auxiliar médico domiciliario. Se requiere Autorización previa para cubrir los servicios.
	Servicios de rehabilitación	\$75 copago /visita al consultorio; no se aplica el deducible .	No cubierto	Se requiere Autorización previa para cubrir los

* Sin cargo por los servicios cubiertos en el proveedor participante de atención médica para indígenas (IHCP)

Evento médico común	Los servicios que podría necesitar	Qué pagará usted		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor participante * (Usted pagará un mínimo)	Proveedor no participante (Usted pagará la mayor parte)	
	Servicios de recuperación de habilidades	\$75 copago /visita al consultorio; no se aplica el deducible .	No cubierto	servicios.
	Atención de enfermería especializada	100% coseguro ; se aplica deducible .	No cubierto	Límite de 100 días/año. Se requiere Autorización previa para cubrir los servicios.
	Equipo médico duradero	100% coseguro ; se aplica deducible .	No cubierto	Se requiere Autorización previa para cubrir equipo médico duradero de más de \$500, o los servicios no se cubrirán.
	Servicios de cuidados paliativos	Sin cargo; no se aplica el deducible .	No cubierto	Notificación previa requerida.
Si su hijo necesita servicios dentales o de la vista	Examen de la vista para niños	Sin cargo; no se aplica el deducible .	No cubierto	Límite de 1 examen/año.
	Anteojos para niños	Sin cargo; no se aplica el deducible .	No cubierto	Se limita a 1 par de anteojos recetados (lentes y marcos) o lentes de contacto en lugar de anteojos, cada 12 meses. Se encuentran disponibles cantidades mayores para determinados tipos de lentes de contacto.
	Chequeo dental para niños	Sin cargo; no se aplica el deducible .	No cubierto	plan paga el 100% por exámenes de prevención dos veces por año. Vea su póliza o su documento del plan para obtener información adicional sobre los servicios.

* Sin cargo por los servicios cubiertos en el proveedor participante de atención médica para indígenas (IHCP)

Servicios excluidos y otros servicios cubiertos:

Servicios que su [plan](#) generalmente NO cubre (consulte su póliza o el documento del [plan](#) para obtener más información y una lista de los otros [servicios excluidos](#)).

<ul style="list-style-type: none">• Atención quiropráctica• Cirugía cosmética• Atención dental (adultos)• Audífonos	<ul style="list-style-type: none">• Tratamiento de infertilidad• Cuidado a largo plazo• Atención médica que no sea de emergencia cuando viaja fuera de los EE. UU.	<ul style="list-style-type: none">• Enfermería de guardia privada• Atención de la vista de rutina (adultos)• Cuidado de los pies de rutina• Programas para la pérdida de peso
--	--	--

Otros servicios cubiertos (estos servicios pueden estar sujetos a limitaciones. Esta no es una lista completa. Consulte el documento del [plan](#).)

<ul style="list-style-type: none">• Aborto	<ul style="list-style-type: none">• Acupuntura (si se indica para náuseas o dolor crónico)	<ul style="list-style-type: none">• Cirugía bariátrica
--	--	--

Su derecho a continuar la cobertura: Hay agencias que pueden ayudarlo si desea continuar la cobertura una vez que finalice. A continuación, encontrará la información de contacto de esas agencias: Departamento de Atención Médica Administrada, al 1 (888) HMO-2219 (1-888-466-2219) o hmohelp.ca.gov, y Covered California al 1 (800) 300-1506 o coveredca.com. Puede tener otras opciones de cobertura también, incluso puede comprar un seguro individual en el [Marketplace](#) de Seguros Médicos. Para obtener más información sobre el [Marketplace](#), visite www.HealthCare.gov o llame al 1-800-318-2596.

Su derecho a presentar una queja o una apelación: Hay organismos que pueden ayudarlo si tiene alguna queja contra el [plan](#) debido a la denegación de un [reclamo](#). Este reclamo se denomina [queja](#) o [apelación](#). Para obtener más información sobre sus derechos, lea la Descripción de Beneficios que recibirá por ese [reclamo](#) médico. Los documentos de su [plan](#) también le brindan información completa sobre cómo presentar un [reclamo](#), [apelación](#) o una [queja](#), por cualquier motivo, ante su [plan](#). Para obtener más información sobre sus derechos, esta notificación o asistencia, comuníquese con: Departamento de Atención Médica Administrada, al 1 (888) HMO-2219 (1-888-466-2219) o hmohelp.ca.gov.

¿Este plan ofrece cobertura esencial mínima? Sí.

Si no tiene [cobertura esencial mínima](#) por un mes, deberá efectuar un pago al momento de presentar la declaración de impuestos; excepto que califique para ser eximido respecto del requisito de que debe tener cobertura médica durante ese mes.

¿Este plan cumple con los estándares de valor mínimo? Sí.

Si su [plan](#) no cumple con los [estándares de valor mínimo](#), usted puede ser elegible para obtener un [crédito fiscal de prima](#), que le permite pagar un [plan](#) a través del [Marketplace](#).

—————Para ver ejemplos sobre cómo este plan cubriría los costos en una situación médica hipotética, consulte la siguiente sección.—————

Sobre los ejemplos de cobertura:



Esto no es un estimador de costos. Los tratamientos indicados solo ilustran cómo este [plan](#) cubriría la atención médica. Sus costos reales serán diferentes según la atención que efectivamente reciba, los precios que cobren los [proveedores](#) y muchos otros factores. Observe los montos correspondientes al [costo compartido](#) ([deducibles](#), [copagos](#) y [coseguro](#)) y los [servicios excluidos](#) en virtud del [plan](#). Use esta información para comparar el porcentaje de costos que usted pagaría en virtud de otros [planes](#) médicos. Tenga en cuenta que

Peg va a tener un bebé

(9 meses de atención prenatal y parto en el hospital dentro de la red)

■ deducible global del del plan	\$6,300
■ Especialista Copago	\$105
■ coseguro de hospital (centro)	100%
■ Otro coseguro	100%

Este caso hipotético incluye servicios como estos:

Visitas al consultorio del especialista (*atención prenatal*)
 Servicios profesionales de obstetricia (parto o trabajo de parto)
 Servicios de centro de obstetricia (parto o trabajo de parto)
 Exámenes de diagnóstico (*ultrasonido, análisis de sangre*)
 Visita a especialista (*anestesia*)

Costo total de ejemplo	\$12,700
-------------------------------	-----------------

En este ejemplo, Peg pagaría:

<i>Costo compartido</i>	
Deducibles	\$40
Copagos	\$300
Coseguro	\$6,800
<i>Servicios que no están cubiertos</i>	
Límites o exclusiones	\$60
El total que Peg pagaría sería	\$7,200

Control de la diabetes tipo 2 de Joe

(un año de atención de rutina dentro de la red para controlar la afección eficazmente)

■ deducible global del del plan	\$6,300
■ Especialista Copago	\$105
■ coseguro de hospital (centro)	100%
■ Otro coseguro	100%

Este caso hipotético incluye servicios como estos:

Visitas al consultorio del médico de atención primaria (*incluso educación sobre la enfermedad*)
 Exámenes de diagnóstico (*análisis de sangre*)
 Medicamentos recetados
 Equipo médico duradero (*medidor de glucosa*)

Costo total de ejemplo	\$7,400
-------------------------------	----------------

En este ejemplo, Joe pagaría:

<i>Costo compartido</i>	
Deducibles	\$2,800
Copagos	\$100
Coseguro	\$4,200
<i>Servicios que no están cubiertos</i>	
Límites o exclusiones	\$60
El total que Joe pagaría sería	\$7,160

Fractura simple de Mia

(visita a la sala de emergencias y atención de seguimiento dentro de la red)

■ deducible global del del plan	\$6,300
■ Especialista Copago	\$105
■ coseguro de hospital (centro)	100%
■ Otro coseguro	100%

Este caso hipotético incluye servicios como estos:

Atención en la sala de emergencias (*incluso suministros médicos*)
 Exámenes de diagnóstico (*radiografía*)
 Equipo médico duradero (*muletas*)
 Servicios de rehabilitación (*fisioterapia*)

Costo total de ejemplo	\$1,900
-------------------------------	----------------

En este ejemplo, Mia pagaría:

<i>Costo compartido</i>	
Deducibles	\$900
Copagos	\$200
Coseguro	\$800
<i>Servicios que no están cubiertos</i>	
Límites o exclusiones	\$0
El total que Mia pagaría sería	\$1,900



Your Extended Family.

Molina Healthcare (Molina) cumple con todas las leyes federales de derechos civiles relacionadas a los servicios de atención médica. Molina ofrece servicios de atención médica a todo miembro y no discrimina por motivos de raza, color, origen nacional, ascendencia, edad, discapacidad o sexo.

Molina también cumple con las leyes estatales aplicables y no discrimina por motivos de credo, género, identidad o expresión de género, orientación sexual, estado civil, religión, veteranos retirados honorablemente o estado militar, o el uso de un perro guía entrenado o un animal de servicio por una persona con una discapacidad.

Para ayudarle a hablar con nosotros, Molina proporciona los siguientes servicios sin costo alguno y de manera oportuna:

- Ayuda y servicios para personas con discapacidades
 - Intérpretes capacitados en lenguaje de señas
 - Materiales escritos en otros formatos (letra de molde grande, audio, formatos electrónicos accesibles, sistema braille)
- Servicios de idiomas para personas que hablan otro idioma o que tienen aptitudes limitadas en idioma inglés
 - Intérpretes capacitados
 - Material escrito traducido a su idioma

Si necesita estos servicios, comuníquese con los Servicios para Miembros de Molina. El número de teléfono de Servicios para Miembros de Molina se encuentra en el reverso de su tarjeta de identificación de miembro. (TTY: 711).

Si siente que Molina no le proporcionó estos servicios o lo discriminó por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, puede presentar una queja. Puede presentar su queja en persona, por correo, fax o correo electrónico. Si usted necesita ayuda para escribir su queja, le podemos ayudar. Llame a nuestro Coordinador de Derechos Civiles al (866) 606-3889 o TTY al 711.

Envíe su queja por correo a la siguiente dirección: Civil Rights Coordinator, 200 Oceangate, Long Beach, CA 90802.

Usted también puede enviar su queja por correo electrónico a civil.rights@molinahealthcare.com.

También puede presentar una queja ante Molina Healthcare AlertLine, las 24 horas, todos los días de la semana, en <https://molinahealthcare.alertline.com>.

También puede presentar una queja relacionada con los derechos civiles al Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU., en la Oficina de Derechos Civiles. Los formularios de queja están disponibles en <http://www.hhs.gov/oct/office/file/index.html>. Puede enviarlo por correo a:

U.S. Department of Health and Human Services,
200 Independence Avenue, SW
Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201

También puede enviarla a un sitio web a través del Portal de la Oficina de Quejas de Derechos Civiles en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>.

Si necesita ayuda, llame al (800) 368-1019; TTY (800) 537-7697.

Quejas: el procedimiento de quejas está disponible en la sección del Acuerdo llamada “Quejas y apelaciones”. Consulte dicha sección para saber cómo presentar una queja, cómo incluir el nombre del representante del plan y su número de teléfono, dirección y correo electrónico para que podamos ponernos en contacto con él en relación con dicha queja, y cómo presentar una queja ante el Departamento de Atención Médica Administrada (DMHC) para su revisión una vez finalizado el proceso de queja o la participación en el proceso durante 30 días, como mínimo.

You have the right to get this information in a different format, such as audio, Braille, or large font due to special needs or in your language at no additional cost. Usted tiene derecho a recibir esta información en un formato distinto, como audio, braille, o letra grande, debido a necesidades especiales; o en su idioma sin costo adicional.

ATTENTION: If you speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call Member Services. The number is on the back of your Member ID card. (English)

ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame a Servicios para Miembros. El número de teléfono está al reverso de su tarjeta de identificación del miembro. (Spanish)

注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電會員服務。電話號碼載於您的會員證背面。(Chinese)

CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Hãy gọi Dịch vụ Thành viên. Số điện thoại có trên mặt sau thẻ ID Thành viên của bạn. (Vietnamese)

PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa Mga Serbisyo sa Miyembro. Makikita ang numero sa likod ng iyong ID card ng Miyembro. (Tagalog)

주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 회원 서비스로 전화하십시오. 전화번호는 회원 ID 카드 뒷면에 있습니다. (Korean)

(Arabic) تنبيه: إذا كنت تستخدم اللغة العربية، تتاح خدمات المساعدة اللغوية، مجاناً، لك. اتصل بقسم خدمات الأعضاء. ورقم الهاتف هذا موجود خلف بطاقة تعريف العضو الخاصة بك.

ATANSYON: Si w pale Kreyòl Ayisyen, gen sèvis èd pou lang ki disponib gratis pou ou. Rele Sèvis Manm. W ap jwenn nimewo a sou do kat idantifikasyon manm ou a. (French Creole)

ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, вы можете бесплатно воспользоваться услугами переводчика. Позвоните в Отдел обслуживания участников. Номер телефона указан на обратной стороне вашей ID-карты участника. (Russian)

ՈՒՇԱԴՐՈՒԹՅՈՒՆ. Եթե դուք խոսում եք հայերեն, կարող եք անվճար օգտվել լեզվի օժանդակ ծառայություններից: Ձանգահարե՛ք Հաճախորդների սպասարկման բաժին: Հեռախոսի համարը նշված է ձեր Անդամակցության նույնականացման քարտի ետևի մասում: (Armenian)

注意事項：日本語を話される場合、無料の言語支援をご利用いただけます。

会員サービスまでお電話ください。電話番号は会員IDカードの裏面に記載されております。(Japanese)

توجه؛ اگر به زبان فارسی صحبت می‌کنید، خدمات کمک زبانی، بدون هزینه در دسترس شما هستند. با خدمات اعضا تماس بگیرید. شماره تلفن روی پشت کارت شناسایی عضویت شما درج شده است. (Farsi)

ਧਿਆਨ ਦਿਓ: ਜੇਕਰ ਤੁਸੀਂ ਪੰਜਾਬੀ ਬੋਲਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਭਾਸ਼ਾ ਸਹਾਇਤਾ ਸੇਵਾਵਾਂ ਮੁਫਤ ਉਪਲਬਧ ਹਨ। ਮੈਂਬਰ ਸਰਵਿਸਜ

(Member Services) ਨੂੰ ਫੋਨ ਕਰੋ। ਨੰਬਰ ਤੁਹਾਡੇ Member ID (ਮੈਂਬਰ ਆਈ.ਡੀ.) ਕਾਰਡ ਦੇ ਪਿਛਲੇ ਪਾਸੇ ਹੈ। (Punjabi)

ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung. Wenden Sie sich telefonisch an die Mitgliederbetreuungen. Die Nummer finden Sie auf der Rückseite Ihrer Mitgliedskarte. (German)

ATTENTION : Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez les Services aux membres. Le numéro figure au dos de votre carte de membre. (French)

LUS CEEV: Yog tias koj hais lus Hmoob, cov kev pab txog lus, muaj kev pab dawb rau koj. Cov npawb xov tooj nyob tom qab ntawm koj daim npav tswv cuab. (Hmong)