



El documento del Resumen de Beneficios y Cobertura (SBC, en inglés) lo ayudará a elegir un [plan](#) de salud. En el SBC se muestra de qué manera compartirán usted y el [plan](#) los costos de los servicios de atención médica cubiertos. **NOTA:** La información acerca del costo de este [plan](#) (llamado [prima](#)) se proporcionará por separado. Este es solo un resumen. Para obtener más información acerca de su cobertura o si desea obtener una copia de los términos completos de la cobertura, visite MolinaMarketplace.com o llame al 1-888-858-3492. Consulte el glosario para obtener información acerca de las definiciones generales de términos comunes como [cantidad aprobada](#), [factura con saldo adicional](#), [coseguro](#), [copago](#), [deducible](#), [proveedor](#) u otros términos [subrayados](#). Puede ver el glosario en www.healthcare.gov/sbc-glossary o llame al 1-800-318-2596 para pedir una copia.

Preguntas importantes	Respuestas	¿Por qué es importante?
¿Cuál es el deducible general?	\$0 con un Proveedor de atención médica para indígenas (IHCP) \$6,000 Individual o \$12,000 Familiar El deducible se aplica a los centros para pacientes ambulatorios y a los entornos para pacientes hospitalizados	Por lo general, debe pagar todos los costos de los proveedores hasta el monto del deducible antes de que este plan comience a pagar. Si tiene otros miembros de la familia en el plan , cada miembro debe cumplir con el deducible individual hasta que el monto total de los gastos del deducible pagados por todos los miembros alcance el deducible general familiar.
¿Hay algún servicio cubierto antes de cumplir con el deducible ?	Sí. Los servicios de atención preventiva , planificación familiar, visión pediátrica, hospicio, atención médica a domicilio y los medicamentos recetados preventivos del formulario están cubiertos antes de cumplir con su deducible .	Este plan cubre algunos artículos y servicios incluso si aún no cumple con el monto del deducible . Pero puede aplicarse un copago o coseguro . Por ejemplo, este plan cubre ciertos servicios preventivos sin gastos compartidos y antes de cumplir con su deducible . Consulte la lista de servicios preventivos cubiertos en https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/ .
¿Hay otros deducibles para servicios específicos?	\$0 en IHCP o Sí. \$1,500 Individuales o \$3,000/familiares para cobertura de medicamentos recetados .	Usted debe pagar todos los costos de estos servicios hasta el monto de deducible específico antes de que este plan comience a pagar por estos servicios.
¿Cuál es el límite de gastos de bolsillo para este plan ?	Para proveedores de la red \$8,150 individual/\$16,300 familiar; para proveedores fuera de la red no hay cobertura a menos que Molina Healthcare lo haya Autorizado previamente.	El límite de gastos de bolsillo es lo máximo que podría pagar en un año por servicios cubiertos. Si tiene otros miembros de la familia en este plan , tienen que cumplir con sus propios límites de gastos de bolsillo hasta alcanzar el límite de gastos de bolsillo familiar general.
¿Cuáles son los gastos que no cuentan para el límite de gastos de bolsillo ?	Primas , cargos de facturación de saldo y atención médica que este plan no cubre.	Aunque pague estos gastos, no se los contabiliza para el límite de gastos de bolsillo .
¿Pagará menos si usa un proveedor de la red ?	Sí. Consulte en MolinaMarketplace.com o llame al 1-888-858-3492 para obtener un listado de los proveedores de la red .	Este plan utiliza una red de proveedores. Usted pagará menos si utiliza un proveedor que forma parte de la red del plan. Pagará más si usa un proveedor fuera de la red , y es posible que reciba una factura de un proveedor por la diferencia entre el cargo del proveedor y lo que paga su plan (factura con saldo adicional). Tenga en cuenta que su proveedor de la red puede usar un proveedor fuera de la red para algunos servicios (por ejemplo, análisis de laboratorio). Consulte con su proveedor antes de recibir los servicios.
¿Necesita una remisión para ver a un especialista ?	No.	Puede ver al especialista que usted elija sin una remisión .

 Todos los costos de [copagos](#) y [coseguros](#) que se muestran en este cuadro son después de alcanzar el [deducible](#), en caso de que este se aplique.

Evento médico común	Los servicios que podría necesitar	Qué deberá pagar			Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Su costo si utiliza un Proveedor de atención médica para indígenas (IHCP) participante	Su costo si utiliza un Proveedor participante de Molina HMO	Su costo si utiliza un Proveedor no participante	
Si visita el consultorio de un proveedor de atención médica o una clínica	Consulta con su médico principal para tratar una enfermedad o herida	Sin cargo	\$25 de copago /visita de consulta	No cubierto	Ninguno
	Consulta con un especialista	Sin cargo	\$75 de copago /consulta	No cubierto	Es posible que se requiera una autorización previa o que los servicios no estén cubiertos.
	Atención preventiva/evaluaciones/inmunización	Sin cargo	Sin cargo	No cubierto	Es posible que deba pagar por servicios que no sean preventivos. consulte con su proveedor si los servicios que usted necesita son preventivos. Luego, consulte lo que pagará su plan .
Si tiene que hacerse un examen	Exámenes de diagnóstico (radiografías, análisis de sangre)	Sin cargo	\$40 de copago /prueba de sangre 40% del coseguro luego del deducible /prueba de radiografía	No cubierto	Ninguno
	Imágenes (CT/PET scan, MRI)	Sin cargo	40% de coseguro luego del deducible	No cubierto	Se requiere una autorización previa o los servicios de Imágenes no están cubiertos
Si requiere medicamentos para tratar su enfermedad o afección Más información sobre la cobertura de medicamentos recetados está disponible en http://MolinaMarketplace.com/WIFormulary2020.com	Categoría 1: Medicamentos genéricos preferidos	Sin cargo	\$15 de copago /receta	No cubierto	Es posible que se requiera una autorización previa o que los servicios no estén cubiertos. Los medicamentos recetados para pedidos por correo están disponibles en un suministro de 90 días y se ofrecen al doble del Gasto compartido de las recetas al por menor para 30 días. Dependiendo del nivel de la categoría esto será un copago o un coseguro . Para medicamentos de marca con un equivalente genérico, los cupones o cualquier otra forma de asistencia con los gastos compartidos de medicamentos recetados de terceros no se aplicarán
	Categoría 2: Medicamentos de marca preferidos	Sin cargo	\$60 de copago /receta	No cubierto	
	Categoría 3: Medicamentos genéricos y de marca no preferidos	Sin cargo	40% de coseguro luego del deducible	No cubierto	

Evento médico común	Los servicios que podría necesitar	Qué deberá pagar			Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Su costo si utiliza un Proveedor de atención médica para indígenas (IHCP) participante	Su costo si utiliza un Proveedor participante de Molina HMO	Su costo si utiliza un Proveedor no participante	
					hacia cualquier deducible o límites anuales de gastos de bolsillo .
	Categoría 4: Medicamentos especializados genéricos y de marca	Sin cargo	40% de coseguro luego del deducible	No cubierto	Se requiere una autorización previa o los servicios no están cubiertos. El pedido por correo no está disponible.
Si requiere una cirugía ambulatoria	Arancel del centro (p. ej. clínica de cirugía ambulatoria)	Sin cargo	40% de coseguro luego del deducible	No cubierto	Es posible que se requiera una autorización previa o que los servicios no estén cubiertos.
	Tarifa del médico/cirujano	Sin cargo	40% de coseguro luego del deducible	No cubierto	Es posible que se requiera una autorización previa o que los servicios no estén cubiertos.
Si requiere atención médica inmediata	Atención de la sala de emergencias	Sin cargo	40% de coseguro luego del deducible	40% de coseguro luego del deducible	Si es admitido en el hospital, el coseguro de atención de la sala de emergencias no aplica. -
	Traslado médico de emergencia	Sin cargo	40% de coseguro	40% de coseguro	
	Atención médica urgente	Sin cargo	\$25 de copago /visita	No cubierto	
Si tiene una estadía en un hospital	Arancel del hospital (p. ej. habitación)	Sin cargo	40% de coseguro luego del deducible	No cubierto	Se requiere una autorización previa o los servicios no están cubiertos.
	Tarifa del médico/cirujano	Sin cargo	40% de coseguro luego del deducible	No cubierto	Se requiere una autorización previa o los servicios no están cubiertos.
Si necesita atención de salud mental, del comportamiento o tratamiento para el abuso de sustancias	Servicios para pacientes no hospitalizados	Sin cargo	\$25 de copago /visita de consulta	No cubierto	Se requiere una autorización previa para la atención de pacientes hospitalizados o los servicios no están cubiertos.
	Servicios para pacientes hospitalizados	Sin cargo	40% de coseguro luego del deducible	No cubierto	
Si está embarazada	Visitas al consultorio	Sin cargo	Sin cargo	No cubierto	Los gastos compartidos no se aplican a la atención prenatal de rutina ni a la primera consulta postnatal, ni a ciertos servicios preventivos . Según el tipo de servicios, puede aplicarse coseguro . La atención en maternidad puede incluir pruebas y servicios descritos en otra sección del SBC (por ejemplo, ultrasonido).
	Servicios profesionales de parto/nacimiento	Sin cargo	40% de coseguro luego del deducible	No cubierto	
	Servicios de parto/nacimiento en el centro	Sin cargo	40% de coseguro luego del deducible	No cubierto	

Evento médico común	Los servicios que podría necesitar	Qué deberá pagar			Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Su costo si utiliza un Proveedor de atención médica para indígenas (IHCP) participante	Su costo si utiliza un Proveedor participante de Molina HMO	Su costo si utiliza un Proveedor no participante	
Si requiere ayuda para su recuperación u otras necesidades médicas específicas	Atención médica en el hogar	Sin cargo	Sin cargo	No cubierto	60 consultas/año. Los servicios deben ser proporcionados por una agencia de salud a domicilio de la red.
	Servicios de rehabilitación	Sin cargo	40% de coseguro luego del deducible/ visita	No cubierto	20 consultas/año: el monto de coseguro por Terapia del habla, física y ocupacional refleja únicamente servicios para pacientes no hospitalizados.
	Servicios de recuperación de las habilidades	Sin cargo	40% de coseguro luego del deducible/ visita	No cubierto	20 consultas/año: el monto de coseguro por Terapia del habla, física y ocupacional refleja únicamente servicios para pacientes no hospitalizados.
	Atención de enfermería especializada	Sin cargo	40% de coseguro luego del deducible	No cubierto	30 días/año calendario. Se requiere una autorización previa o los servicios no están cubiertos.
	Equipo médico duradero	Sin cargo	40% de coseguro	No cubierto	1 compra por tipo de dispositivo cada tres años.
	Atención médica para pacientes terminales	Sin cargo	Sin cargo	No cubierto	<u>No se requiere autorización previa. Notifique a Molina antes de que se presten los servicios.</u>
Si su hijo necesita prestaciones dentales u oculares	Examen de la vista para niños	Sin cargo	Sin cargo	No cubierto	Cobertura limitada a un examen/año.
	Anteojos para niños	Sin cargo	Sin cargo	No cubierto	Cobertura limitada a un par de anteojos/año.
	Chequeo dental para niños	No cubierto	No cubierto	No cubierto	No aplica. La cobertura se puede comprar como un producto independiente; no está cubierta por esta póliza.

Servicios excluidos y otros servicios cubiertos:

Servicios que su Plan generalmente NO cubre (consulte su póliza o los documentos del plan para obtener más información y una lista de otros servicios excluidos).		
<ul style="list-style-type: none"> • Acupuntura • Cirugía bariátrica • Cirugía cosmética • Atención dental (adultos) 	<ul style="list-style-type: none"> • Atención dental (niños) • Tratamiento de infertilidad • Atención médica a largo plazo • Atención no urgente para viajes fuera de los Estados Unidos 	<ul style="list-style-type: none"> • Servicio de enfermería privado • Cuidado de rutina de los pies • Programas de pérdida de peso

Otros servicios cubiertos (estos servicios pueden estar sujetos a limitaciones. Esta es una lista parcial. Consulte los documentos de su plan).		
<ul style="list-style-type: none"> • Visión de rutina para adultos 	<ul style="list-style-type: none"> • Atención quiropráctica 	<ul style="list-style-type: none"> • Audífonos

Su derecho para continuar con la cobertura: Si desea continuar con su cobertura una vez que esta finalice existen agencias que pueden ayudarlo. La información de contacto de esas agencias es la siguiente: Molina Healthcare al 1-888-560-2043 o a la Oficina del Comisionado de Seguros de Wisconsin al 1-800-236-8517. Otras opciones de cobertura pueden estar disponibles también para usted, incluida la compra de cobertura de seguro individual a través del [Marketplace de Seguros de Salud](#). Para obtener más información acerca del [Marketplace](#), visite www.HealthCare.gov o llame al 1-800-318-2596.

Sus derechos a presentar una queja o una apelación: Existen agencias que pueden ayudar si usted tiene alguna queja contra su [plan](#) por una denegación de una [reclamación](#). [Esta](#) queja se denomina [queja](#) o [apelación](#). [Para](#) obtener más información acerca de sus derechos, consulte la explicación de beneficios que recibirá por esa [reclamación](#) médica. Además de los documentos de su [plan](#) proporcionan información completa para presentar una [reclamación](#), [apelación](#), o [queja](#) a su [plan](#) por cualquier motivo. Para más información acerca de sus derechos, este aviso o necesita asistencia, puede comunicarse con: Molina Healthcare of Wisconsin al 1-888-560-2043.

¿Ofrece este plan cobertura esencial mínima? Sí.

Si usted no tiene [cobertura esencial mínima](#) durante un mes, deberá realizar un pago al momento de presentar su declaración anual de ingresos a menos que califique para una exención del requisito de que usted cuenta con cobertura médica durante ese mes.

¿Cumple este plan el estándar de valor mínimo? Sí.

Si su [plan](#) no cumple con el [estándar de valor mínimo](#), usted puede ser elegible para obtener un [crédito fiscal para las primas](#) que lo ayudará a pagar por un [plan](#) a través del [Marketplace](#).

Servicios de asistencia en otros idiomas:

Español: Para obtener asistencia en español, llame al 1-888-560-2043

Tagalog (Tagalog): Kung kailangan ninyo ang tulong sa Tagalog tumawag sa 1-888-560-2043

Chino (中文): 如果需要中文的帮助, 请拨打这个号码 1-888-560-2043

Navajo (Dine): Dinek'ehgo shika at'ohwol ninisingo, kwijigo holne' 1-888-560-2043

—————*Para ver ejemplos sobre cómo este plan puede cubrir los costos en una situación médica específica consulte la siguiente sección.*—————

Sobre estos ejemplos de cobertura:



Esta no es una herramienta de cálculo de costos. Los tratamientos que se muestran solo son ejemplos de cómo este [plan](#) cubriría los servicios de atención médica. Sus costos reales dependerán de los servicios médicos que reciba, del precio del [proveedor](#) y de muchos otros factores. Enfóquese en los montos de los [gastos compartidos](#) (deducibles, [copagos](#) y [coseguro](#)) y en los [servicios excluidos](#) según el [plan](#). Utilice esta información para comparar la parte de los costos que debe pagar según los diferentes planes de salud. Tenga en cuenta que estos ejemplos de cobertura se basan solo en una cobertura individual.

Peg tendrá un bebé

(9 meses de cuidado prenatal en la red y parto en un hospital)

■ El deducible general del plan	\$0
■ Copago de especialistas	\$0
■ Coseguro del hospital (centro)	0%
■ Otro coseguro	0%

Este EJEMPLO incluye los siguientes

servicios: Visitas al consultorio del especialista (*atención prenatal*) Servicios profesionales de parto/nacimiento Servicios de parto/nacimiento en el centro Pruebas de diagnóstico (*ultrasonidos y análisis de sangre*) Consulta con un especialista (*anestesia*)

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

En este ejemplo, Peg debe pagar:

<i>Gastos compartidos</i>	
Deducibles*	\$0
Copagos	\$0
Coseguro	\$0
<i>Qué servicios no cubre el plan</i>	
Límites o exclusiones	\$60
El total que debe pagar Peg es	\$60

Cuidado de diabetes tipo 2 de Joe

(un año de atención de rutina en la red para la enfermedad bien controlada)

■ El deducible general del plan	\$0
■ Copago de especialistas	\$0
■ Coseguro del hospital (centro)	0%
■ Otro coseguro	0%

Este EJEMPLO incluye los siguientes

servicios: Visitas al consultorio del médico de cabecera (*incluye información sobre la enfermedad*) Pruebas de diagnóstico (*análisis de sangre*) Medicamentos recetados Equipo médico duradero (*medidor de glucosa*)

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

En este ejemplo, Joe debe pagar:

<i>Gastos compartidos</i>	
Deducibles*	\$0
Copagos	\$0
Coseguro	\$0
<i>Qué servicios no cubre el plan</i>	
Límites o exclusiones	\$60
El total que debe pagar Joe es	\$60

Fractura simple de Mia

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

■ El deducible general del plan	\$0
■ Copago de especialistas	\$0
■ Coseguro del hospital (centro)	0%
■ Otro coseguro	0%

Este EJEMPLO incluye los siguientes

servicios: Atención en la sala de emergencias (*incluye suministros médicos*) Pruebas de diagnóstico (*radiografías*) Equipo médico duradero (*muletas*) Servicios de rehabilitación (*terapia física*)

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

En este ejemplo, Mia debe pagar:

<i>Gastos compartidos</i>	
Deducibles*	\$0
Copagos	\$0
Coseguro	\$0
<i>Qué servicios no cubre el plan</i>	
Límites o exclusiones	\$0
El total que debe pagar Mia es	\$0

Nota: Estos números asumen que el paciente recibió atención médica de un proveedor IHCP o con una remisión de un IHCP a un centro que no es IHCP. Si recibe atención médica de un proveedor que no es IHCP sin una remisión de un IHCP, sus costos pueden ser más altos. *Nota: Este plan tiene otros [deducibles](#) para servicios específicos incluidos en este ejemplo de cobertura. Consulte "¿Hay otros deducibles para servicios específicos?" en la fila anterior.



Your Extended Family.

Aviso de No Discriminación Molina Healthcare

Molina Healthcare (Molina) cumple con todas las leyes federales de derechos civiles que se relacionan con los servicios de salud. Molina ofrece servicios de atención médica a todos los miembros y no discrimina en base a raza, color, origen nacional, ascendencia, edad, discapacidad o sexo.

Molina también cumple con las leyes estatales aplicables y no discrimina en base a credo, género, expresión o identidad de género, orientación sexual, estado civil, religión, veterano licenciado honorablemente o estado militar, o el uso de una guía de perros o animal de servicio entrenado por una persona con una discapacidad.

Para ayudarle a hablar con nosotros, Molina ofrece servicios gratuitos, de manera oportuna:

- Ayudas y servicios para personas con discapacidad
 - Intérpretes especializados en lenguaje de señas
 - Material escrito en otros formatos (impresión grande, audio, formatos electrónicos accesibles, braille)
- Servicio de lenguaje a personas que hablan otro idioma o tienen habilidades de inglés limitadas
 - Intérpretes especializados
 - Material escrito traducido en su idioma

Si necesita estos servicios, póngase en contacto con los Servicios para Miembros de Molina. El número de Servicios para Miembros de Molina está en la parte posterior de su tarjeta de Identificación para Miembros. (TTY: 711).

Si piensa que Molina no le proporcionó estos servicios o que fue discriminado por su raza, color, origen nacional, edad, discapacidad o sexo, puede presentar una queja. Puede hacerlo en persona, por correo, fax o correo electrónico. Si necesita ayuda para escribir su queja, le ayudaremos. Llame a nuestro Coordinador de Derechos Civiles al (866) 606-3889, o al TTY: 711.

Envíe su queja a: Civil Rights Coordinator, 200 Oceangate, Long Beach, CA 90802. También puede enviar su queja por correo electrónico a civil.rights@molinahealthcare.com.

También puede presentar su queja ante Molina Healthcare AlertLine, veinticuatro horas al día, siete días a la semana en: <https://molinahealthcare.alertline.com>.

También puede presentar una queja de derechos civiles ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU., Oficina de Derechos Civiles. Los formularios de quejas están disponibles en <http://www.hhs.gov/ocr/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 enviarlo a un sitio web a través del Portal de Quejas de la Oficina de Derechos Civiles en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>. Si necesita ayuda, llame al (800) 368-1019; TTY (800) 537-7697.

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)

فألدوجوم اذهفتاهلما مقرور. ءاضعلأ تاملد مسقبل صئا إكل، ءماجاد، المساعدة اللغوية تاملد حاتت، ءمببرعلا ءمظلا مدختسنتك اذإ: بمببنت
(Arabic) إكب ءمصاخلا وضعلا فببرعت ءمقاطب

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)

ՈՒՇՈՒԴՐՈՒԹՅՈՒՆ. 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)

هرامش دبريگي سامت اضعا تاملد اب دنتسه امش سر تسد رد ءنيزه نودب، ءنايز كسك تاملد، دبنكي م تبصدي سراف ن ايز مبرگا؛ ءجوت
(Farsi) ت سا هشد جرد امش ت بوضعي ياسانش تراك تشب يور نفلت

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

អ្នកមានសិទ្ធិទទួលបានព័ត៌មាននេះក្នុងទម្រង់ផ្សេង ដូចជា ទម្រង់ជាសម្លេង អក្សរស្នាប ទំហំអក្សរធំដោយសារតែតម្រូវការជាពិសេសរបស់អ្នក ឬជាភាសារបស់អ្នកដោយមិនគិតតម្លៃបន្ថែមឡើយ។ (Cambodian)