치료 조정 참여를 위한 선출

기록 공개를 위한 동의/승인

CareFirst Family of health care plans

1. 케어퍼스트의 치료 조정

저희는 고객님과 담당 의료진들은 치료 관리를 돕고 더 나은 건강 결과를 내기 위해 현존하고 잠재적인 건강상 위험에 대한 완전한 밑그림을 확보하고 있어야 합니다. 이것은 고객님과 고객님을 담당하는 의료진 그리고 케어퍼스트 사이의 철저한 의사소통으로부터 시작됩니다

케어퍼스트는 이러한 의사소통을 장려하고 개선하기 위해 고객님이 케어퍼스트의 치료 조정 프로그램 및 관련 임상 프로그램에 참여하는 동안 의료진들이 안전하게 의료 정보 공유 소스로 사용할 수 있도록 가입자 비밀 의료 기록(MHR)을 마련합니다. 케어퍼스트의 치료 조정은 프로그램 및 기타 지원 임상 프로그램에 제공자와 참여하기로 선택함으로써, 고객님께서는 이러한 의사소통을 촉진하고 귀하의 건강관리팀 (일차 진료 제공자 및 기타 제공자 및 귀하를위한 서비스를 제공하는 건강 관리 전문가 포함) 및 CareFirst to MHR의 정보를 참조하고 건강 관리를 조정하고 관리하는 데 도움이되도록 안전하고 기밀로 서로 정보를 적절히 공유하시기를 바랍니다. 케어퍼스트는 해당 정보 공개 범위를 이러한 목적을 달성하는 데 필요한 범위까지로 제한합니다.

2. 동의/승인

본인은 다음을 이해합니다.

- 본인의 참여는 자발적입니다. 저는 케어퍼스트의 치료 조정에 참여하지 않기로 하더라도 케어퍼스트의 보험 보장을 유지할 수 있습니다.
- 케어퍼스트는 제가 본 프로그램에 참여하는 대가로 의료 급여나 등록 비용을 지불하거나 의료 급여 수급 자격부여를 조건으로 제시하지않습니다.
- 케어퍼스트는 법에 따라 요청되거나 허락되는 경우 자신의 개인 의료 정보를 공개할 수 있습니다.
- 케어퍼스트는 나 자신에게 치료나 서비스를 제공한 의료진(예: 의료 전문가, 병원, 클리닉, 실험실, 약국 또는 의료 시설)으로부터 받은자료와 정보를 본인을 대신하여 공유할 수 있습니다. 여기에는 케어퍼스트와 계약한 의료 치료 파트너를 통해 제공된 종합 건강 평가 및/또는 건강 검진 결과가 포함될 수 있습니다.
- 정신 건강 및 약물 사용 장애 치료진을 포함한 본인의 의료진들은 본인의 정보를 케어퍼스트와 공유할 수 있습니다.
- 본인와 관련하여 공개될 수 있는 정보라 함은 본인의 일반 의료 기록에 포함된 정보, 약물 사용 장애를 포함한 정신 건강 의료 정보와의료적인 문제, 치료, 진단 검사, 처방, 환자 중심 의료 시설 및 기타 사례 관리 활동에 따른 의료 보험 청구내용 등을 포함합니다.
- 또한 다음과 관련된 의료 기록을 포함할 수 있지만 반드시 이에 국한되지 않는 내용들을 포함할 수 있습니다:
  - 마약, 술, 약물 사용 장애;
  - 심리, 정신 질환 또는 기타 정신 장애 또는 발달 장애 ("심리 치료 요법 내용" 제외);
  - 겸상 적혈구성 빈혈과 같은 대사 장애;
  - 피임 및 가족 계획;
  - 전염성 질병 또는 비 전염성 질병 발현여부를 보여줄 수 있는 기록;
  - 인체 면역 결핍 바이러스/에이즈 또는 성병 관련 기록
  - 유전적 (선천적) 질병 또는 검사, 그리고 임상 실험실에서 직접 입수한 검사 결과.

2. 동의/승인 (계속)

- 관리 및 치료 목적의 내 정보 공유는 1996년 발효된 건강 보험 이동성 및 책임법 상의 개인 정보 보호 규칙("HIPPA")에 근거하여제공되며 허용됩니다.
- 본인의 치료 조정팀의 구성원 전원은 오직 본인의 진료와 치료를 위해서만 본인의 의료 정보에 접근할 수 있습니다. 의료진과케어퍼스트의 의료 치료 관련 계약을 맺은 파트너들은 관련법에 의거해 HIPPA 개인 정보 보호 규칙을 포함한 적용가능한 모든 연방 및주 개인 정보 보호법을 준수하고 본인의 의료 정보의 개인 정보를 보호해야 합니다. 케어퍼스트는 케어퍼스트가 공개한 정보를 받은 자가차후에 본인의 정보를 무단으로 재 공개 하는 것을 규제할 수 없습니다.
- 본인은 굳이 추가적인 참가 양식에 서명하지 않더라도 의료진 요청에 의해 임상 프로그램에 참여할 수 있습니다. 본인은 이러한 서비스에참여하는 것을 언제든지 거부할 수 있습니다.
- 본인은 현재 진행 중인 의료 진료, 만성질환에 대한 치료 및 건강 상태 개선과 관련한 결정 시 적극적으로 참여하기로 합니다.
- 본인은 정신건강의료정보에 관한 어떠한 기록도 검토할 수 있는 권리를 가집니다.
- 본인은 약물 사용 장애 관련 기록이 공개되었던 기관 명단을 내가 요청하는 경우 42 CFR 파트 2에 근거하여 제공받을 수 있음을이해합니다.
- 본인은 carefirst.com/memberpcmh에 있는 철회 양식을 작성하여 불이익 없이 언제든 이 승인을 취소할 수 있다는 것을 이해합니다. Participate in PCMH를 클릭하세요. 이러한 취소는 향후 보호된 의료 정보의 사용과 공개와 관련해 그 효력을 가집니다. 하지만, 본인은이러한 취소가 다음의 경우에는 적용되지 않음을 이해합니다. (1) 본 승인에 의해 이미 자신의 의료 보험에 활용되었거나 공개된 정보또는 (ii) 만일 자신의 의료보험보장조건의 일부로 허가가 내려진 경우 및 법에 따라 의료 보험사가 보장과 관한 이의를 제기할 권리를가지는 경우
- 이 동의는 취소하지 않는 경우 1년 후에 만료됩니다.
- 본인의 전화번호와 이메일 주소를 제공함으로써, 케어퍼스트와 그 파트너들이 본인의 의료 서비스에 관해 전화, 휴대폰, 문자메시지또는 이메일로 연락할 수 있다는 것을 이해합니다. 본인이 다른 방법으로 동의를 취소하지 않는 한 본인에게 연락할 수 있도록 한 동의는이번에 참여하기로 한 선택이 만료되더라도 유지된다는 것을 이해합니다.

3. 클레임

본인은 케어코(CareCo)와 자신의 다른 정신 건강 및 약물 사용 장애 치료자들이 클레임 처리를 위해 필요한 약물 사용 장애를 포함한 자신의 정신 건강 의료 정보를 케어퍼스트에 공개할 수 있도록 허가합니다. 공개될 정보는 다음으로 제한합니다.

- 행정 정보
- 진단 정보
- 자신의 상태(자발적 또는 비자발적)
- 입원 또는 지속적인 치료 사유
- 예후는 지속적으로 치료가 이루어 질 것으로 예상되는 기간으로 한정합니다.

4. 서명

본 양식의 사본을 보관해 주시기를 바랍니다. 본 양식에 대한 문의는 케어퍼스트 치료 조정자에게 해 주시기를 바랍니다.

가입자 서명*	가입자 이름 기입	
가입자 생년월일	가입자 아이디	날짜
부모/보호자 서명	부모/보호자 이름 기입	
전화 번호	휴대폰 번호	날짜
이메일 주소		

5. 수령인에 대한 고지

이 정보는 연방 및/또는 주법에 의해 보호될 수 있는 비밀 기록으로 귀하에게 공개되었습니다.. 메릴랜드 법은 가입자의 허가없는 의료 정보 재공개를 금지하고 있습니다. 정신 건강 의료 정보를 무단으로 공개하는 것은 1978년 콜롬비아 특별구 정신 건강 의료 정보 법 조항(§ § 7-1201.01부터 7-1207.02까지) 위반입니다. 42 CFR 파트 2는 이러한 무단 기록 공개를 금지합니다.

6. 미성년자 또는 보호자에 의한 실행

이 양식에 서명한 사람이 가입자, 부모 또는 18세 미만인 피부양자의 보호자가 아닌 경우에는 위 주소로 가입자 대신 서명할 법적 권한을 나타내는 공문서 사본 전체를 제출해야 합니다. (예: 위임장, 법원이 선임한 보호자, 인격 대리인 등)

*부모나 보호자가 서비스 제공에 동의하지 않고 대신 미성년자가 법적으로 충분한 동의를 제공한 경우, 미성년자는 스스로 공개를 허가할 수 있습니다. 특정 법적 요건에 의한 경우를 제외하고 미성년자가 그러한 치료에 동의한 경우라면 성병, 약물 사용, 임신, 정서적 질환에 관한 어떠한 정보도 미성년자와 공공의 건강을 위해 필요하고 해당 미성년자의 신원을 비밀에 부치지 아니하면 공개할 수 없습니다. D.C.와 버지니아주에서는 이러한 동의가 정신 건강 의료 정보(미성년자가 14세 또는 그 이상미며 입원에 동의한 경우 정신병동 입원 사실 포함)와 관련된 경우, 그리고 이 동의가 적용되는 환자가 14세 이상 18세 미만인 경우는 해당 미성년자와 그를 보호하는 부모는 반드시 공동 명의로 동의서를 제출해야 합니다. D.C.에서는 환자가 14세 미만일 경우, 반드시 부모나 보호자만이 동의서를 제출해야 합니다. 버지니아에서는 입원 환자 약물 사용 장애 기록을 공개하는 경우 미성년자와 보호자의 부모가 동시에 동의해야 합니다.

CareFirst BlueCross BlueShield는 CareFirst of Maryland, Inc. 및 Group Hospitalization and Medical Services, Inc.의 공유 비즈니스 이름입니다. CareFirst BlueCross BlueShield Medicare Advantage는 CareFirst Advantage, Inc.의 상호입니다. CareFirst BlueCross BlueShield Community Health Plan 컬럼비아 특별구는 Trusted Health Plan (District of Columbia), Inc.의 상호입니다. 컬럼비아 특별구와 메릴랜드에서 CareFirst MedPlus는 First Care, Inc.의 상호입니다. 버지니아에서 CareFirst MedPlus는 메릴랜드의 First Care, Inc.의 상호입니다 (버지니아에서 다음과 같이 사용됨: First Care, Inc.). CareFirst of Maryland, Inc., Group Hospitalization and Medical Services, Inc., CareFirst Advantage, Inc., Trusted Health Plan (District of Columbia), Inc., CareFirst BlueChoice, Inc., First Care, Inc. 및 The Dental Network , Inc.는 Blue Cross 및 Blue Shield Association의 독립 라이선스입니다. Blue Cross®, Blue Shield® 그리고 십자가와 방패 문양은 독립 Blue Cross and Blue Shield Plans의 제휴사인 Blue Cross and Blue Shield Association의 등록 상표입니다.

Notice of Nondiscrimination and Availability of Language Assistance Services

(UPDATED 4/15/2025)

CareFirst BlueCross BlueShield, CareFirst BlueChoice, Inc., CareFirst Diversified Benefits and all of their corporate affiliates (CareFirst) comply with applicable federal civil rights laws and do not discriminate on the basis of race, color, national origin, age, disability or sex. CareFirst does not exclude people or treat them differently because of race, color, national origin, age, disability or sex.

CareFirst:

- Provides free aid and services to people with disabilities to communicate effectively with us, such as:
  - Qualified sign language interpreters
  - Written information in other formats (large print, audio, accessible electronic formats, other formats)
- Provides free language services to people whose primary language is not English, such as:
  - Qualified interpreters
  - Information written in other languages

If you need these services, please call 855-258-6518.

If you believe CareFirst has failed to provide these services, or discriminated in another way, on the basis of race, color, national origin, age, disability or sex, you can file a grievance with our CareFirst Civil Rights Coordinator by mail, fax or email. If you need help filing a grievance, our CareFirst Civil Rights Coordinator is available to help you.

To file a grievance regarding a violation of federal civil rights, please contact the Civil Rights Coordinator as indicated below. Please do not send payments, claims issues, or other documentation to this office.

Civil Rights Coordinator, Corporate Office of Civil Rights

Mailing Address	P.O. Box 14858 Lexington, KY 40512
Email Address	**civilrightscoordinator@carefirst.com**
Telephone Number	410-528-7820
Fax Number	410-505-2011

You can also file a civil rights complaint with the U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights electronically through the Office for Civil Rights Complaint portal, available at **https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf** or by mail or phone at:

U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue, SW
Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201
800-368-1019, 800-537-7697 (TDD)

Complaint forms are available at **http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html**.

CareFirst BlueCross BlueShield is the shared business name of CareFirst of Maryland, Inc. and Group Hospitalization and Medical Services, Inc. CareFirst of Maryland, Inc., Group Hospitalization and Medical Services, Inc., CareFirst BlueChoice, Inc., The Dental Network and First Care, Inc. are independent licensees of the Blue Cross and Blue Shield Association. In the District of Columbia and Maryland, CareFirst MedPlus is the business name of First Care, Inc. In Virginia, CareFirst MedPlus is the business name of First Care, Inc. of Maryland (used in VA by: First Care, Inc.). The BLUE CROSS® and BLUE SHIELD® and the Cross and Shield Symbols are registered service marks of the Blue Cross and Blue Shield Association, an association of independent Blue Cross and Blue Shield Plans.

Attention (English): This notice contains information about your insurance coverage. It may contain key dates and you may need to take action by certain deadlines. You have the right to get this information and assistance in your language at no cost. Members should call the phone number on the back of their identification card. All others may call 1-855-258-6518 and wait through the dialogue until prompted to push 0. When an agent answers, state the language you need and you will be connected to an interpreter.

ማሳሰቢያ (Amharic)፦ ይህ ማሳወቂያ ስለ ኢንሹራንስ ሽፋንዎ መረጃ ይዟል። ቁልፍ ቀኖችን ሊይዝ ይችላል እና በተወሰኑ የግዜ ገደቦች እርምጃ መውሰድ ሊኖርብዎ ይችላል። ይህን መረጃ እና እገዛ ያለ ምንም ወጪ በቋንቋዎ የማግኘት መብት አለዎት። አባላት በአባላት መታወቂያ ካርዳቸው ጀርባ ወዳለው ስልክ ቁጥር መደወል አለባቸው። ሌሎች በሙሉ ወደ 855-258-6518 በመደወል 0ን እንዲጫኑ እስኪጠየቁ ድረስ ምልልሱን መጠበቅ ይችላሉ። አንድ ወኪል ሲመልስ፣ የሚፈልጉትን ቋንቋ ይግለጹ እና ከአስተርጓሚ ጋር ይገናኛሉ።

انتبه (Arabic): يحتوي هذا الإشعار على معلومات حول تغطيتك التأمينية. قد يحتوي على تواريخ رئيسية وقد تحتاج إلى اتخاذ إجراء بحلول مواعيد نهائية معينة. لديك الحق في الحصول على هذه المعلومات والمساعدة بلغتك دون أي تكلفة. يجب على الأعضاء الاتصال برقم الهاتف الموجود على ظهر بطاقة هوية العضوية الخاصة بهم. يمكن للآخرين الاتصال بالرقم 855-258-5618 والانتظار طوال الحوار حتى يُطلب منهم الضغط على الرقم 0. عندما يجيبك أحد الوكلاء، حدد اللغة التي تحتاجها وسيتم توصيلك بمترجم فوري.

মনোযোগ দিন (Bengali): এই বিজ্ঞপ্তিতে আপনার বীমা কভারেজ সম্পর্কে তথ্য রয়েছে। এতে গুরুত্বপূর্ণ তারিখগুলি থাকতে পারে এবং আপনাকে হয়ত নির্দিষ্ট সময়সীমার মধ্যে পদক্ষেপ নিতে হতে পারে। আপনার ভাষায় বিনামূল্যে এই তথ্য এবং সহায়তা পাওয়ার অধিকার আপনার আছে। সদস্যদের তাদের সদস্য পরিচয়পত্রের পিছনে দেওয়া ফোন নম্বরে কল করা উচিত। অন্যরা 855-258-6518 নম্বরে কল করতে পারেন এবং 0 চাপ দেওয়ার জন্য অনুরোধ না করা পর্যন্ত সংলাপের জন্য অপেক্ষা করতে পারেন। যখন একজন এজেন্ট উত্তর দেবেন, তখন আপনার প্রয়োজনীয় ভাষাটি বলুন এবং আপনাকে একজন দোভাষীর সাথে সংযুক্ত করা হবে।

注意（Chinese）：此通知包含有關您的保險範圍的資訊。它可能包含關鍵日期，您可能需要在特定截止日期之前採取行動。您有權免費以您的語言獲取此資訊和協助。會員應撥打會員證背面的電話號碼。其他所有人可以撥打 855-258-6518 並等待對話框，直到提示按 0。當代理商接聽時，請說明您需要的語言，然後您将會與翻譯人員聯繫。

توجه (Farsi): این اطلاعیه حاوی اطلاعاتی درباره پوشش بیمه‌ای شما است. ممکن است شامل تاریخ‌های مهم باشد و لازم باشد تا مهلت‌های مشخصی اقدام کنید. شما حق دارید این اطلاعات و کمک را به زبان خود و به‌صورت رایگان دریافت کنید. اعضا باید با شماره تلفن درج‌شده در پشت کارت شناسایی عضویت خود تماس بگیرند. سایر افراد می‌توانند با شماره *855-258-6518* تماس بگیرند و منتظر بمانند تا دستور داده شود که عدد 0 را فشار دهند. هنگامی که یک نماینده پاسخ داد، زبان مورد نیاز خود را اعلام کنید تا به یک مترجم متصل شوید.

Attention (French): Le présent avis contient des informations essentielles relatives à votre couverture d’assurance. Il peut inclure des échéances importantes nécessitant une action de votre part dans un délai déterminé. Vous avez le droit d’obtenir ces informations ainsi qu’une assistance dans votre langue, et ce, sans frais. Les assurés sont invités à contacter le numéro figurant au verso de leur carte d’adhérent. Toute autre personne peut appeler le 855-258-6518 et patienter jusqu’à l’invitation à composer le 0. Lorsque votre appel sera pris en charge, indiquez la langue souhaitée afin d’être mis en relation avec un interprète.

Achtung (German): Dieser Hinweis enthält Informationen zu Ihrem Versicherungsschutz. Darin sind möglicherweise wichtige Termine aufgeführt und Sie müssen möglicherweise bis zu bestimmten Fristen Maßnahmen ergreifen. Sie haben das Recht, diese Informationen und Unterstützung kostenlos in Ihrer Sprache zu erhalten. Mitglieder sollten die Telefonnummer auf der Rückseite ihres Mitgliedsausweises anrufen. Alle anderen können 855-258-6518 anrufen und den Dialog abwarten, bis sie aufgefordert werden, die 0 zu drücken. Wenn ein Agent antwortet, geben Sie die gewünschte Sprache an und Sie werden mit einem Dolmetscher verbunden.

ध्यान दें (Hindi): इस नोटिस में आपके बीमा कवरेज के बारे में जानकारी है। इसमें महत्वपूर्ण तिथियां हो सकती हैं और आपको निश्चित समय सीमा तक कार्रवाई करनी पड़ सकती है। आपको यह जानकारी और सहायता अपनी भाषा में निःशुल्क प्राप्त करने का अधिकार है। सदस्यों को अपने सदस्य पहचान पत्र के पीछे दिए गए फ़ोन नंबर पर कॉल करना चाहिए। अन्य सभी लोग 855-258-6518 पर कॉल कर सकते हैं और 0 दबाने का संकेत मिलने तक संवाद की प्रतीक्षा कर सकते हैं। जब कोई एजेंट उत्तर दे, तो वह भाषा बताएं जिसकी आपको आवश्यकता है और आपको दुभाषिया से जोड़ा जाएगा।

Leruoanya (Igbo): ọ́kwà a nwere ozi bànyéré mkpuchi megide ihe mberede gị. Ọ nwere ike inwe ụbọchị ndi dị óké ḿkpà ma o nwekwara ike idị mkpa ka imee ihe tupu oge ụfọdụ agafee. Inwere ikike inweta ozi a ya na enyemaka na asụsụ gị n'akwụghị ụgwọ ọbụla. Ndi òtù ga akpọ ọnụọgụgụ ekwenti dị na àzụ́ ḱáàdị njirimara ndi òtù ha. Ndi ọ̀zọ́ nile nwere íke ịkpọ 855-258-6518 ma chere geruo mkparịta ụka ruo mgbe asi ha pịa 0. Mgbe onye ozi zara,kwuo asụsụ ichọrọ, a ga ejikota gi na onye ntughari asụsụ.

Attenzione (Italian): Questa informativa contiene informazioni sulla copertura assicurativa. Potrebbe contenere date importanti e potrebbe essere necessario intraprendere azioni entro determinate scadenze. È possibile ottenere queste informazioni e assistenza nella propria lingua gratuitamente. I membri sono pregati di chiamare il numero di telefono riportato sul retro del proprio tesserino di riconoscimento. Tutti gli altri possono chiamare il numero 855-258-6518 e rimanere in linea fino a quando non viene richiesto di premere 0. Quando un operatore risponde, è necessario indicare la lingua desiderata per essere messi in contatto con un interprete.

주의 (Korean): 이 고지에는 귀하의 보험 적용 범위에 대한 정보가 포함되어 있습니다. 여기에는 주요 날짜가 포함되어 있을 수 있으며, 특정 마감일까지 조치를 취해야 할 수도 있습니다. 귀하는 비용 없이 귀하의 언어로 이러한 정보와 지원을 받을 권리가 있습니다. 회원은 회원증 뒷면에 있는 전화번호로 전화하시기 바랍니다. 회원이 아닌 모든 분들은 855-258-6518 로 전화하여 안내 메시지가 끝날 때까지 기다렸다가 0 을 눌러주세요. 상담원이 통화에 응답했을 때, 필요한 언어를 말씀하시면 통역사와 연결됩니다.

Baa'ákonínízin (Navajo): Díí bee ił hane'í béeso nich'ą́ąh naa'nil bee nik'é'asti'í bódahólníihgo bee baa dahane'í biyi'. Dayoołkáłí dóó bee ida'ii'aahí háídíí shį́į́ t'áá bich'į'jį' ha'át'íishį́į́ ádadiiliiłígíí biyi'. Díí bee baa dahane'í dóó t'áá jiik'eh nizaad bee nika'e'eyeedgo bee ná'ahoot'i'. Bił hada'dít'éhí binaaltsoos nitł'izhí bee béédahóziní bąąh béésh bee hane'í námboo biká'ígíí yee dahalne' dooleeł. Nááná ła' 855-258-6518 yee dahalne' dóó yáłti'í biba' asdáago niléí ó bił adílchíid hodoo'niidjį'. Naalnishí haadzį́į'go, saad nínízinígíí bee bił hodíilnih dóó ata' yáłti'í bich'į' ni'doolnih.

ध्यान दिनुहोस् (Nepali): यस सूचनामा तपाईंको बीमा कभरेजका बारेमा जानकारी समावेश छ। यसमा प्रमुख मितिहरू हुन सक्छन् र तपाईंले निश्चित समयसीमा भित्र कारबाही गर्नुपर्ने हुन सक्छ। तपाईंलाई यो जानकारी र सहयोग तपाईंको भाषामा निःशुल्क प्राप्त गर्ने अधिकार छ। सदस्यहरूले आफ्नो सदस्य परिचयपत्रको पछाडि रहेको फोन नम्बरमा कल गर्नुपर्छ। अरू सबैले 855-258-6518 मा कल गर्न सक्छन् र ० पुश गर्न प्रेरित नभएसम्म संवादको प्रतीक्षा गर्न सक्छन्। एजेन्टले जवाफ दिँदा, तपाईंलाई चाहिने भाषा बताउनुहोस् र तपाईंलाई दोभाषेसँग जोडिने छ।

Atenção (Portuguese): Este aviso contém informações sobre a cobertura do seu seguro. Ele pode conter datas importantes e você pode precisar tomar medidas dentro de determinados prazos. Você tem o direito de obter essas informações e assistência em seu idioma, sem nenhum custo. Os associados deverão ligar para o número de telefone indicado no verso do seu cartão de identificação de associado. Todos os outros podem ligar para 855-258-6518 e aguardar a mensagem até que seja solicitado a pressionar 0. Quando um agente atender, indique o idioma que você precisa e você será conectado a um intérprete.

Внимание (Russian): В настоящем уведомлении содержится информация о вашем страховом покрытии. Оно может содержать ключевые даты, и вам может потребоваться предпринять действия к определенным срокам. Вы имеете право получить эту информацию и помощь на своем языке бесплатно. Членам профсоюза следует звонить по номеру телефону, указанному на обратной стороне их удостоверения личности. Все остальные могут звонить по номеру 855-258-6518 и дождаться диалога, пока не появится предложение нажать 0. Когда агент ответит, назовите нужный вам язык, и вас соединят с переводчиком.

Fa'alogo (Samoan): O lenei fa'aaliga o lo'o iai fa'amatalaga i vaega e kava e lau inisiua. E ono aofia ai aso taua ma atonu e te manaʻomia ai le faia o se gaioiga i nisi taimi faʻagata. E iai lau aia tatau e maua ai nei fa'amatalaga ma fesoasoani i lau gagana e aunoa ma se totogi. E tatau i sui auai ona vili le numera o le telefoni i tua o le latou pepa faamaonia. O isi uma e mafai ona vala'au i le 855-258-6518 ma fa'atali i le talanoaga se'ia fa'atonuina e oomi le 0. A tali mai se so'o upu, fa'ailoa atu le gagana e te mana'omia ona fa'afeso'ota'i lea o oe i se tagata fa'aliliu.

Pažnja (Serbian): Ovo obaveštenje sadrži informacije o vašem osiguranju. Može sadržati ključne datume i možda ćete morati da preduzmete akciju do određenih rokova. Imate prava da dobijete ove informacije i pomoć na vašem jeziku besplatno. Trebalo bi da članovi nazovu telefonski broj na poleđini svoje članske legitimacije. Svi ostali mogu pozvati 855-258-6518 i sačekati automat dok ne dobiju obaveštenje da pritisnu taster "0". Kada se agent javi, navedite jezik koji vam je potreban i bićete povezani s prevodiocem

Atención (Spanish): Este aviso contiene información sobre su cobertura de seguro. Puede contener fechas clave y es posible que deba tomar medidas antes de determinadas fechas límite. Usted tiene derecho a obtener esta información y asistencia en su idioma sin coste alguno. Los afiliados deben llamar al número de teléfono que figura en el reverso de su tarjeta de identificación del afiliado. Todos los demás pueden llamar al 855-258-6518 y esperar el diálogo hasta que se les solicite presionar 0. Cuando un agente responda, indique el idioma que necesita y se conectará con un intérprete.

Atensyon (Tagalog): Ang abisong ito ay naglalaman ng impormasyon tungkol sa saklaw ng iyong insurance. Maaaring naglalaman ito ng mga mahahalagang petsa at maaaring kailanganin mong kumilos ayon sa ilang partikular na mga deadline. May karapatan kang makuha ang impormasyong ito at tulong sa iyong wika nang walang bayad. Ang mga miyembro ay dapat tumawag sa numero ng telepono sa likod ng kanilang member identification card. Ang lahat ng iba ay maaaring tumawag sa 855-258-6518 at maghintay hanggang sa masabihan na pindutin ang 0. Kapag sumagot ang isang ahente, sabihin ang wikang kailangan mo at ikaw ay ikokonek sa isang tagapagsalin.

توجہ (Urdu): اس نوٹس میں آپ کی انشورنس کوریج کے بارے میں معلومات شامل ہیں۔ اس میں کلیدی تاریخیں شامل ہو سکتی ہیں اور آپ کو کچھ آخری تاریخوں تک کارروائی کرنے کی ضرورت پڑ سکتی ہے۔ آپ کو یہ معلومات اور مدد اپنی زبان میں، بغیر کسی قیمت کے حاصل کرنے کا حق ہے۔ ممبران کو اپنے رکنیتی کارڈ کی پشت پر دئے گئے فون نمبر پر کال کرنی چاہیے۔ باقی تمام لوگ *855-258-6518* پر کال کر سکتے ہیں اور 0 دبانے کا اشارہ ملنے تک ڈائیلاگ پر انتظار کرنا چاہئیے۔ جب کوئی ایجنٹ جواب دیتا ہے تو اپنی مطلوبہ زبان بتائیں اور آپ کا رابطہ ایک مترجم سے کر دیا جائے گا۔

Lưu ý (Vietnamese): Thông báo này có chứa thông tin về phạm vi bảo hiểm của bạn. Nó có thể chứa các ngày quan trọng và bạn có thể cần phải hành động theo thời hạn nhất định. Bạn có quyền nhận thông tin và hỗ trợ này bằng ngôn ngữ của mình mà không mất phí. Các thành viên nên gọi đến số điện thoại ở mặt sau thẻ thành viên của mình. Những người khác có thể gọi đến số 855-258-6518 và chờ qua hội thoại cho đến khi được nhắc nhấn số 0. Khi có nhân viên trả lời, hãy nêu ngôn ngữ bạn cần và bạn sẽ được kết nối với phiên dịch viên.