Elección para participar en la coordinación de atención

Consentimiento/autorización para divulgar los registros

1. COORDINACIÓN DE ATENCIÓN DE CAREFIRST

Para ayudarlo a administrar su atención, es fundamental que usted y sus proveedores de atención médica tengan un panorama completo de los riesgos de salud existentes y posibles a fin de trabajar en conjunto para obtener mejores resultados médicos. Esto comienza con una fluida comunicación entre usted, su proveedor de atención médica y CareFirst.

Para fomentar y mejorar esa comunicación, CareFirst ha creado un Registro Médico de Afiliados (MHR, por sus siglas en inglés) seguro y confidencial para que lo utilicen los proveedores de atención médica como fuente común de su información médica mientras participa en el programa de Coordinación de Atención de CareFirst y los programas clínicos relacionados. Al elegir participar con su proveedor en el programa de Coordinación de Atención de CareFirst y otros programas clínicos de respaldo, usted facilita esta comunicación y le permite a su equipo de atención médica (incluso el proveedor de atención primaria y otros proveedores y profesionales de atención médica que le prestan servicios) y a CareFirst ver la información que contiene el MHR y compartir adecuadamente esa información con cada uno de ellos de una manera segura y confidencial a fin de ayudar a coordinar y manejar su atención médica. CareFirst limita la información divulgada a aquella que es necesaria para cumplir con este objetivo.

2. CONSENTIMIENTO/AUTORIZACIÓN

Comprendo lo siguiente:

- Mi participación es voluntaria. Es posible que opte por no participar en la Coordinación de Atención de CareFirst y aún así mantener mi cobertura de seguro con CareFirst.
- CareFirst no hará que el pago de beneficios médicos, la inscripción o la elegibilidad de beneficios médicos dependan de mi participación en el Programa.
- Es posible que CareFirst revele mi información médica personal según lo requiera o lo permita la ley.
- CareFirst puede compartir los datos y la información que suministran los proveedores de atención médica (por ejemplo: profesional de atención médica, hospital, clínica, laboratorio, farmacia o centro médico) que han brindado tratamiento o servicio en mi representación. También podría incluir los resultados de mi Evaluación de Salud o Pruebas Exploratorias de Bienestar proporcionados por medio de un asociado contratado de atención médica de CareFirst.
- Mi proveedor de atención médica, incluso los proveedores tratantes de trastornos por consumo de sustancias y salud mental, puede compartir mi información con CareFirst.
- La información sobre mi persona que podría divulgarse incluye los datos que contiene mi registro médico general, la información sobre mi salud mental, incluso el trastorno por consumo de sustancias, y las reclamaciones de atención médica presentadas como consecuencia de consultas médicas, tratamientos, pruebas diagnósticas, pruebas exploratorias, recetas, centro médico enfocado en el paciente y otras actividades de administración de casos.
- También podría incluir, por ejemplo, cualquiera de mis registros médicos relacionados con:
  - trastornos por consumo de sustancias, drogas o alcohol;
  - problemas psicológicos, psiquiátricos u otros trastornos mentales o incapacidades de desarrollo (excluidas las “notas de psicoterapia”);
  - trastornos metabólicos como anemia de células falciformes;
  - anticonceptivos y planificación familiar;
  - registros que pueden indicar la presencia de una enfermedad contagiosa o no contagiosa;
  - registros de VIH/SIDA o enfermedades de transmisión sexual;
  - enfermedades o pruebas genéticas (heredadas); y resultados de pruebas de laboratorio directamente del laboratorio clínico.
- Este intercambio de información a fin de brindarme atención y tratamiento está previsto y se permite conforme a las normas de privacidad de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de los Seguros de Salud (HIPAA, por sus siglas en inglés) de 1996.
- Todos los afiliados de mi Equipo de Coordinación de Atención tendrán acceso a mi información médica únicamente a los fines de mi atención y tratamiento. La ley les exige a los proveedores de atención médica y a los socios contratados en relación con la atención médica de CareFirst mantener la privacidad de mi información médica de conformidad con las leyes vigentes de privacidad estatales y federales, incluso las normas sobre privacidad de la HIPAA. CareFirst no puede controlar las redivulgaciones no autorizadas de mi información por parte de personas a quienes CareFirst divulga tal información.
- Puedo participar en programas clínicos según lo solicite mi proveedor sin tener que firmar formularios adicionales sobre mi elección para participar en ellos. Puedo rechazar participar en cualesquiera de estos servicios en todo momento.
- Participaré activamente en las decisiones sobre mi atención médica constante, el tratamiento para problemas de salud crónicos y la mejora de mi estado de salud.

CareFirst BlueCross BlueShield es el nombre comercial compartido por CareFirst of Maryland, Inc. y Group Hospitalization and Medical Services, Inc., que son licenciatarias independientes de Blue Cross and Blue Shield Association. Blue Cross®, Blue Shield® y los símbolos de la Cruz y el Escudo son marcas de servicio registradas de Blue Cross and Blue Shield Association, asociación de planes independientes de Blue Cross y Blue Shield.

2. CONSENTIMIENTO/AUTORIZACIÓN (CONTINUACIÓN)

- Tendré el derecho de revisar los registros de mi información médica y de salud mental.
- Comprendo que, en función de mi pedido y de conformidad con la parte 2 del Título 42 del Código de Regulaciones Federales, me entregarán una lista de entidades a las cuales se han divulgado mis registros de trastornos por consumo de sustancias.
- Comprendo que puedo revocar esta autorización en todo momento sin sufrir consecuencias adversas. Para ello, debo completar el Formulario de Revocación que se encuentra en **carefirst.com/memberpcmh**. Haga clic en *"Participate in PCMH"* (Participar en el PCMH (Centro Médico Centrado en el Paciente)). Esta revocación entrará en vigencia a los fines de futuros usos y divulgaciones de la información de salud protegida. Sin embargo, comprendo que esta revocación no será válida: (i) para información que mi plan de salud ya haya utilizado o divulgado, en base a esta autorización, o (ii) si la autorización fue obtenida como condición de cobertura en mi plan de salud y, por ley, el plan de salud tiene derecho a oponerse a la cobertura.
- Este consentimiento vencerá después de un año si no se revoca.
- Al brindar mi número de teléfono y dirección de correo electrónico, comprendo que CareFirst y sus socios pueden comunicarse conmigo sobre mi atención médica mediante teléfono, teléfono celular, mensaje de texto o correo electrónico. Comprendo que el consentimiento para comunicarse conmigo conserva su vigencia con posterioridad al vencimiento de esta Elección para Participar a menos que revoque el consentimiento.

3. "CLAIMS" (RECLAMACIONES)

Autorizo a CareCo y a los otros proveedores que tratan mis trastornos por consumo de sustancias y salud mental a divulgar mi información de salud mental de CareFirst, incluido el trastorno por consumo de sustancias, que resulta necesaria para procesar reclamaciones. La información que será divulgada se limita a:

- la información administrativa;
- la información de diagnóstico;
- mi estado (voluntario o involuntario);
- el motivo de mi admisión al hospital o la continuación de mi tratamiento; y
- un pronóstico limitado al tiempo calculado durante el cual podría continuar el tratamiento.

4. FIRMA

Guarde una copia de este formulario. Póngase en contacto con su Coordinador de Atención de CareFirst si tiene preguntas sobre este formulario.

Firma del afiliado*	Nombre en letra de imprenta del afiliado	
Fecha de nacimiento del afiliado	Identificación del afiliado	Fecha
Firma del padre/tutor	Nombre del padre o tutor en letra de imprenta	
Número de teléfono	Teléfono celular	Fecha
Dirección de correo electrónico		

5. AVISO PARA LOS DESTINATARIOS

Se le ha divulgado esta información a partir de registros cuya confidencialidad puede estar protegida por la legislación estatal o federal. La legislación de Maryland prohíbe la redivulgación de la información médica sin tener la autorización del afiliado. La divulgación no autorizada de la información sobre salud mental infringe la Ley de Información de Salud Mental del Distrito de Columbia de 1978 (artículos 7- 1201.01 a 7-1207.02). La parte 2 del Título 42 del Código de Regulaciones Federales prohíbe la divulgación no autorizada de estos registros.

6. FIRMA DE CONSENTIMIENTO DE MENORES O TUTORES

Si la persona que firma este formulario no es el afiliado, el padre, madre o tutor de un dependiente menor de 18 años, debe enviar, a la dirección indicada anteriormente, una copia completa del documento oficial que establece su autoridad legal para firmar en nombre del afiliado (por ejemplo, poder notarial, tutor designado por un tribunal, representante personal, etc.).

*Si el padre o tutor no ha dado el consentimiento para prestar servicios y, a su vez, el menor ha prestado un consentimiento que es suficiente en términos legales, el menor puede autorizar la divulgación. Cuando el menor haya prestado el consentimiento para dicho tratamiento, salvo obligación específica legal, no se divulgará información con relación a enfermedades de transmisión sexual, consumo de sustancias, embarazo o enfermedades emocionales, a menos que tal información sea necesaria para preservar la salud del menor y del público, y sólo cuando se mantenga la confidencialidad de la identidad del menor. En D.C. y Virginia, si este consentimiento se refiere a información de salud mental (que incluye hospitalización psiquiátrica cuando el menor tiene 14 años o más y ha prestado su consentimiento para la admisión), y el paciente a quien este consentimiento se refiere tiene más de 14 años y menos de 18, el menor y el padre que tiene la custodia deben proporcionar un consentimiento conjunto. En D.C., si el paciente tiene menos de 14 años, sólo el padre o tutor debe proporcionar el consentimiento. En Virginia, se requiere el consentimiento simultáneo de un menor y el padre que tiene la custodia para divulgar registros de trastornos por consumo de sustancias de pacientes internados.

Aviso de Prohibición de Discriminación y Disponibilidad de Servicios de Ayuda con el Idioma

(ACTUALIZADO EL 15 DE ABRIL DE 2025)

CareFirst BlueCross BlueShield, CareFirst BlueChoice, Inc. y todas sus filiales corporativas (CareFirst) cumplen con las leyes federales vigentes de derechos civiles y no discriminan en función de raza, color, nacionalidad, edad, incapacidad o sexo. CareFirst no excluye a las personas ni las trata de forma diferente debido a la raza, el color, la nacionalidad, la edad, alguna incapacidad o el sexo.

CareFirst:

- Brinda ayuda y servicios gratuitos a personas que tienen alguna incapacidad para comunicarse efectivamente con nosotros, tales como:
  - intérpretes calificados del lenguaje de señas; e
  - información escrita en otros formatos (impresiones grandes, audios, formatos electrónicos accesibles, otros formatos)
- Brinda servicios de idiomas gratuitos a personas cuya lengua materna no es el inglés, tales como:
  - intérpretes calificados; e
  - información escrita en otros idiomas

Si necesita alguno de estos servicios, comuníquese al 855-258-6518.

Si considera que CareFirst no ha proporcionado estos servicios o que ha discriminado de alguna manera en función de la raza, el color, la nacionalidad, la edad, la incapacidad o el sexo, puede presentar una queja formal a nuestro Coordinador de Derechos Civiles de CareFirst por correo, fax o correo electrónico. Si necesita ayuda para presentar una queja formal, nuestro Coordinador de Derechos Civiles de CareFirst está a su disposición para ayudarlo.

Para presentar una queja sobre alguna violación de los derechos civiles federales, póngase en contacto con el Coordinador de Derechos Civiles según se indica a continuación. No envíe pagos, consultas sobre reclamaciones u otra documentación a esta oficina.

Coordinador de Derechos Civiles, Oficina Corporativa de Derechos Civiles

Domicilio Postal	P.O. Box 14858 Lexington, KY 40512
Dirección de Correo Electrónico	**civilrightscoordinator@carefirst.com**
Número de Teléfono	410-528-7820
Número de Fax	410-505-2011

También puede presentar una reclamación de derechos civiles ante el Departamento de Servicios Humanos y de Salud de los Estados Unidos, Oficina de Derechos Civiles, en forma electrónica por medio del portal de Reclamos de la Oficina de Derechos Civiles, que podrá encontrar en **https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf**, o por correo o en forma telefónica al:

Departamento de Servicios Humanos y de Salud de los Estados Unidos
200 Independence Avenue, SW
Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201
800-368-1019, 800-537-7697 (TDD)

Podrá encontrar los formularios de queja en **http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html**.

CareFirst BlueCross BlueShield es el nombre comercial compartido de CareFirst of Maryland, Inc. y Group Hospitalization and Medical Services, Inc. CareFirst of Maryland, Inc., Group Hospitalization and Medical Services, Inc., CareFirst BlueChoice, Inc., The Dental Network y First Care, Inc. son licenciatarias independientes de Blue Cross and Blue Shield Association. En el Distrito de Columbia y Maryland, CareFirst MedPlus es el nombre comercial de First Care, Inc. En Virginia, CareFirst MedPlus es el nombre comercial de First Care, Inc. de Maryland (utilizado en Virginia por First Care, Inc.). Blue Cross®, Blue Shield® y los símbolos de la Cruz y el Escudo son marcas de servicio registradas de Blue Cross and Blue Shield Association, asociación de planes independientes de Blue Cross y Blue Shield.

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 shíį́ t'áá bich'į'jį' ha'át'íishíį́ 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 haadzíį'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.