



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 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 nuestro sitio web en MolinaMarketplace.com. 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 <https://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	Consulte el cuadro de Eventos médicos comunes a continuación para conocer sus costos de los servicios que cubre este plan .
¿Hay algún servicio cubierto antes de cumplir con el deducible ?	Sí	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 costos 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?	No.	No necesita cumplir con los deducibles para servicios específicos.
¿Cuál es el límite de gastos de bolsillo para este plan ?	\$4,500/individual; \$9,000/familiar	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 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 1-888-858-2150 para obtener una lista de 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 que no forma parte de la red para algunos servicios (por ejemplo, análisis de laboratorio). Consulte con su proveedor antes de recibir los servicios.
¿Necesita un referido para ver a un especialista ?	Sí.	Este plan pagará algunos o todos los costos para ver a un especialista por los servicios cubiertos, pero solo si usted tiene un referido antes de ver al especialista .

ATH301CAMPSBCSP



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
		Proveedor participante * (usted pagará el menor monto)	Proveedor no participante (usted pagará el mayor monto)	
Si visita el consultorio de un proveedor de atención médica o una clínica	Consulta de atención médica básica para tratar una enfermedad o herida	Copago de \$15 por visita al consultorio; no se aplica deducible .	No cubierto	Incluye consultas no preventivas de obstetricia/ginecología (OB/GYN, en inglés) y pediatría.
	Consulta con un especialista	Copago de \$30 por visita; no se aplica deducible .	No cubierto	Es posible que se requiera una autorización previa o que los servicios no estén cubiertos.
	Servicios preventivos/evaluaciones/inmunización	Sin cargo; no se aplica el deducible .	No cubierto	Incluye la mayoría de los servicios prenatales. 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	Pruebas de diagnóstico (radiografías, análisis de sangre)	Copago de \$30 por pruebas, radiografías; no se aplica deducible . Copago de \$15 por pruebas, análisis de laboratorio; no se aplica deducible .	No cubierto	Los costos compartidos de radiografías también se aplican a los servicios de ultrasonido.
	Imágenes (tomografía computarizada [CT]/tomografía por emisión de positrones [PET], resonancia magnética [MRI])	Coseguro del 10%; no se aplica deducible .	No cubierto	Es posible que se requiera una autorización previa o que los servicios no estén cubiertos.
Si requiere medicamentos para tratar su enfermedad o afección Más información acerca de la cobertura de medicamentos con receta está disponible en MolinaMarketplace.com/CAformulary2020 .	Categoría 1	Copago de \$5 por receta (venta al por menor); no se aplica deducible . Copago de \$10 por receta (pedido por correo); no se aplica deducible .	No cubierto	Cubre hasta un suministro de 30 días (receta de venta al por menor); suministro de 31-90 días (receta de pedido por correo). Costo compartido máximo de \$250 por un suministro de 30 días de medicamentos de quimioterapia oral, y no se aplica el deducible .
	Categoría 2	Copago de \$15 por receta (venta al por menor); no se aplica deducible . Copago de \$30 por receta (pedido por correo); no se aplica deducible .	No cubierto	Costo compartido máximo de \$250 por un suministro de 30 días de medicamentos de la categoría 4, y no se aplica el deducible .
	Categoría 3	Copago de \$25 por receta (venta al por menor); no se aplica deducible . Copago de \$50 por receta (pedido por correo); no se aplica deducible .	No cubierto	Es posible que se requiera una autorización previa o que los servicios no estén cubiertos.
	Categoría 4	Coseguro del 10% (venta al por menor); no se aplica deducible . No cubierto (pedido por correo).	No cubierto	El costo compartido para cualquier medicamento con receta obtenido a través del uso de una tarjeta de descuento o un cupón proporcionado por un fabricante de medicamentos con receta no se aplicará a cualquier deducible o al límite de gastos de bolsillo . El costo compartido para los medicamentos con receta cubiertos se limita a no ser más que el precio de venta al por menor de la farmacia.

* Sin cargo por los servicios cubiertos en el proveedor participante de Indian Health Care (IHCP, en inglés)



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
		Proveedor participante * (usted pagará el menor monto)	Proveedor no participante (usted pagará el mayor monto)	
Si requiere una cirugía ambulatoria	Arancel del centro (p. ej. clínica de cirugía ambulatoria)	Coseguro del 10%; no se aplica deducible .	No cubierto	Es posible que se requiera una autorización previa o que los servicios no estén cubiertos.
	Tarifa del médico/cirujano	Coseguro del 10%; no se aplica deducible .	No cubierto	
Si requiere atención médica inmediata	Atención de la sala de emergencias	Copago de \$150 por visita; no se aplica deducible .	Copago de \$150 por visita; no se aplica deducible .	Este costo no se aplica si es ingresado directamente en el hospital para servicios para pacientes internados. (Consulte “Si tiene una estadía en un hospital” para conocer los costos aplicables). El proveedor no participante solo está cubierto hasta que se establezca y se acuerde la transferencia a un proveedor participante.
	Traslado médico de emergencia	Copago de \$150 por visita; no se aplica deducible .	Copago de \$150 por visita; no se aplica deducible .	Ninguno.
	Atención médica urgente	Copago de \$15 por visita; no se aplica deducible .	No cubierto	Ninguno.
Si tiene una estadía en un hospital	Arancel del centro (p. ej. habitación)	Coseguro del 10%; no se aplica deducible .	No cubierto	Se requiere una autorización previa o los servicios no están cubiertos.
	Tarifa del médico/cirujano	Coseguro del 10%; no se aplica deducible .	No cubierto	
Si necesita atención de salud mental, del comportamiento o tratamiento para el abuso de sustancias	Servicios para pacientes no hospitalizados	Copago de \$15 por visita al consultorio; no se aplica deducible .	No cubierto	Es posible que se requiera una autorización previa o que los servicios no estén cubiertos. Incluye evaluación individual, en grupo, asesoramiento, programas ambulatorios intensivos, programas de tratamiento de día.
	Servicios para pacientes hospitalizados	Coseguro del 10%; no se aplica deducible .	No cubierto	Se requiere una autorización previa o los servicios no están cubiertos.
Si está embarazada	Visitas al consultorio	Copago de \$15 por visita, consulta de atención médica básica; no se aplica deducible . Copago de \$30 por visita, consulta con un especialista ; no se aplica deducible . Sin cargo por visita, visita de atención preventiva , incluidas visitas obstétricas prenatales de rutina; no se aplica deducible .	No cubierto	El costo compartido no se aplica a ciertos servicios preventivos . De acuerdo con el tipo de servicios, puede aplicarse un copago , coseguro o deducible . La atención en maternidad puede incluir pruebas y servicios descritos en otra sección del SBC (por ejemplo, ultrasonido). Se requiere el aviso previo o los servicios no están cubiertos.
	Servicios profesionales de parto/nacimiento	Coseguro del 10%; no se aplica deducible .	No cubierto	
	Servicios de parto/nacimiento en el centro	Coseguro del 10%; no se aplica deducible .	No cubierto	



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
		Proveedor participante * (usted pagará el menor monto)	Proveedor no participante (usted pagará el mayor monto)	
Si requiere ayuda para su recuperación o tiene otras necesidades médicas específicas	Atención médica en el hogar	Coseguro del 10%; no se aplica deducible .	No cubierto	Se limita a: <ul style="list-style-type: none"> • 100 visitas por año. • 2 horas por visita de una enfermera, un trabajador social médico, un terapeuta físico, ocupacional o del habla. • 4 horas por visita para un auxiliar de atención médica domiciliaria. Se requiere una autorización previa o los servicios no están cubiertos.
	Servicios de rehabilitación	Copago de \$15 por visita al consultorio; no se aplica deducible .	No cubierto	Se requiere una autorización previa o los servicios no están cubiertos.
	Servicios de recuperación de las habilidades	Copago de \$15 por visita al consultorio; no se aplica deducible .	No cubierto	
	Atención de enfermería especializada	Coseguro del 10%; no se aplica deducible .	No cubierto	Límite de 100 días por año. Se requiere una autorización previa o los servicios no están cubiertos.
	Equipo médico duradero	Coseguro del 10%; no se aplica deducible .	No cubierto	Se requiere una autorización previa para equipo médico duradero de más de \$500 o los servicios no están cubiertos.
	Atención médica para pacientes terminales	Sin cargo; no se aplica el deducible .	No cubierto	Se requiere aviso previo.
Si su hijo necesita servicios dentales u oculares	Examen de la vista para niños	Sin cargo; no se aplica el deducible .	No cubierto	Límite de 1 examen por año.
	Anteojos para niños	Sin cargo; no se aplica el deducible .	No cubierto	Se limita a 1 par de anteojos de prescripción (marcos y lentes), o lentes de contacto en lugar de anteojos, cada año. Se encuentran disponibles cantidades mayores para ciertos tipos de lentes de contacto.
	Chequeo dental para niños	Sin cargo; no se aplica el deducible .	No cubierto	El plan paga el 100% por exámenes preventivos dos veces por año. Consulte su póliza o los documentos del plan para obtener información adicional sobre los servicios.

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">• Cuidado quiropráctico• Cirugía cosmética• Atención dental (adultos)• Audífonos | <ul style="list-style-type: none">• Tratamiento de infertilidad• Atención médica a largo plazo• Atención no urgente para viajes fuera de los Estados Unidos | <ul style="list-style-type: none">• Enfermería de guardia privada• Cuidado de rutina de los ojos (adultos)• 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">• Aborto | <ul style="list-style-type: none">• Acupuntura (si se prescribe para náuseas o dolor crónico) | <ul style="list-style-type: none">• Cirugía bariátrica |
|--|---|--|

Su derecho para continuar con la cobertura: si desea continuar con su cobertura una vez que esta finalice existen organismos que pueden ayudarlo. La información de contacto de esos organismos es la siguiente: llame al Departamento de Atención Médica Administrada al 1 (888) HMO-2219 (1-888-466-2219) o visite el sitio web hmohelp.ca.gov, y llame a Covered California al 1 (800) 300-1506 o visite el sitio web coveredca.com. 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.

Su derecho a presentar una inconformidad y apelaciones: existen organismos que pueden ayudar si usted tiene una queja contra su [plan](#) por una denegación de una [reclamación](#). Esta queja se denomina [inconformidad](#) o [apelación](#). Para obtener más información acerca de sus derechos, consulte la explicación de beneficios que recibirá por esa [reclamación](#) médica. Además, los documentos de su [plan](#) proporcionan información completa para presentar una [reclamación](#), [apelación](#) o [inconformidad](#) a su [plan](#) por cualquier motivo. Si tiene preguntas acerca de sus derechos, este aviso o necesita asistencia, puede comunicarse con el Departamento de Atención Médica Administrada al 1 (888) HMO-2219 (1-888-466-2219) o visite el sitio web hmohelp.ca.gov.

¿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 [crédito fiscal para las primas](#) que lo ayudará a pagar por un [plan](#) a través del [Marketplace](#).

—————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 [costos 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 total del plan	\$0
■ Copago de especialista	\$30
■ Coseguro del hospital (centro)	10%
■ Otro coseguro	10%

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	\$300
Coseguro	\$1,100
<i>Qué servicios no cubre el plan</i>	
Límites o exclusiones	\$60
El total que debe pagar Peg es	\$1,460

Cuidado de diabetes tipo 2 de Joe

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

■ El deducible total del plan	\$0
■ Copago de especialista	\$30
■ Coseguro del hospital (centro)	10%
■ Otro coseguro	10%

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 con receta
 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	\$700
Coseguro	\$200
<i>Qué servicios no cubre el plan</i>	
Límites o exclusiones	\$60
El total que debe pagar Joe es	\$960

Fractura simple de Mia

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

■ El deducible total del plan	\$0
■ Copago de especialista	\$30
■ Coseguro del hospital (centro)	10%
■ Otro coseguro	10%

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	\$900
Coseguro	\$10
<i>Qué servicios no cubre el plan</i>	
Límites o exclusiones	\$0
El total que debe pagar Mia es	\$910

El [plan](#) será responsable del resto de los costos de estos servicios cubiertos que figuran como EJEMPLOS.



Your Extended Family.

Aviso de no discriminación Molina Healthcare

Molina Healthcare (Molina) cumple con todas las leyes federales de derechos civiles relacionadas con los servicios de atención médica. Molina ofrece servicios de atención médica a todos los miembros sin discriminar por cuestiones de raza, color, origen nacional, linaje, 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, estado militar o estado de veterano licenciado honorablemente, o por el uso de un perro guía o un animal de servicio entrenado por una persona con una discapacidad.

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

- Asistencia y servicios a 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 idioma para personas que hablan otro idioma o tienen capacidades limitadas en inglés
 - Intérpretes capacitados
 - Material escrito traducido a su idioma

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

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

Envíe su queja por correo 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, las veinticuatro horas al día, los siete días a la semana en: <https://molinahealthcare.alertline.com>.

También puede presentar una queja por derechos civiles a la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. 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 enviarla a un sitio web a través del Portal de la Oficina de Quejas de Derechos Civiles, disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>.

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

Reclamaciones – el procedimiento de reclamo está disponible en la sección del Acuerdo titulada “Quejas y apelaciones”. Por favor, consulte esa sección para saber cómo presentar un reclamo incluyendo el nombre del representante del plan y el número de teléfono, dirección y dirección de correo electrónico del representante del plan a quien puede contactarse acerca de la queja, y cómo presentar la queja al DMHC para su revisión después de completar el proceso de reclamo o participación en el proceso por al menos 30 días.

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)

فلاذ دوجوم اذھ فتاھلما مقرو . عاضدلاً تامدخ مسقب ل صتا . اكل ، امجاد ، المساعدة اللغوية تامدخ حاتت ، تغيير عطا تغللا مدختست تنك اذا : ميبتد
(Arabic) اكتب تصاخلا وضعلا فيرعت تقاطب

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)

هر امشد .دير يگب س امت اضعاً تامدخ اب .دنتسه امشد سرتسد رد مئيزه نودب ،ي نابز كمك تامدخ ،دينكى م تبحصي سراف نابز برگا ،مچوت
(Farsi) .تسا هتش جرد امشد تيوضع ي ياسانش تراک تشپ يور نفلت

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)

អ្នកមានសិទ្ធិទទួលបានព័ត៌មាននេះក្នុងទម្រង់ផ្សេង ដូចជា ទម្រង់ជាសម្លេង អក្សរស្នាប ទំហំអក្សរធំដោយសារតែតម្រូវការជាពិសេសរបស់អ្នក ឬជាភាសារបស់អ្នកដោយមិនគិតថ្លៃបន្ថែមឡើយ។ (Cambodian)