



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 la cobertura o si desea obtener una copia de los términos completos de la cobertura, visite nuestro sitio web en MolinaMarketplace.com o llame al 1-888-858-3973. Consulte el glosario para obtener información acerca de las definiciones generales de términos como cantidad aprobada, facturación de saldo, 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 solicitar una copia. Sin cargo para servicios cubiertos con un proveedor participante de atención médica de Indian Health (IHCP, en inglés).

Preguntas importantes	Respuestas	¿Por qué es importante?
¿Cuál es el <u>deducible</u> general?	Deducible combinado médico y de <u>medicamentos con receta</u> Individual: \$1,900 Familiar: \$3,800	Por lo general, debe pagar todos los costos de los <u>proveedores</u> hasta el monto del <u>deducible</u> antes de que este <u>plan</u> comience a pagar. Si tiene otros miembros de la familia en el <u>plan</u> , cada miembro debe alcanzar el propio <u>deducible</u> individual hasta que el monto total de los gastos del <u>deducible</u> pagados por todos los miembros alcance el <u>deducible</u> general familiar.
¿Hay algún servicio cubierto antes de alcanzar el <u>deducible</u> ?	Sí. La atención preventiva, las visitas al consultorio de atención primaria, las visitas al consultorio del especialista, los servicios de rehabilitación, los servicios de recuperación de las habilidades, las visitas al consultorio de salud mental, las visitas al consultorio de servicios de uso de sustancias, los medicamentos genéricos preferidos y los medicamentos de marca preferidos están cubiertos antes de alcanzar el <u>deducible</u> .	Este <u>plan</u> cubre algunos artículos y servicios incluso si aún no alcanzó el monto del <u>deducible</u> . Pero puede aplicarse un <u>copago</u> o <u>coseguro</u> . Por ejemplo, este <u>plan</u> cubre ciertos <u>servicios preventivos</u> sin <u>costos compartidos</u> y antes de alcanzar su <u>deducible</u> . Consulte la lista de <u>servicios preventivos</u> cubiertos en https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/ .
¿Hay otros <u>deducibles</u> para servicios específicos?	No.	Usted debe pagar todos los costos de estos servicios hasta el monto del <u>deducible</u> específico antes de que este <u>plan</u> comience a pagar por estos servicios.
¿Cuál es el <u>límite de gastos de bolsillo</u> para este <u>plan</u> ?	Individual: \$9,100 Familiar: \$18,200	El <u>límite de gastos de bolsillo</u> es lo máximo que podría pagar en un año por servicios cubiertos. Si tiene otros miembros de la familia en este <u>plan</u> , tienen que alcanzar sus propios <u>límites de gastos de bolsillo</u> hasta alcanzar el <u>límite de gastos de bolsillo</u> familiar.
¿Cuáles son los gastos que no cuentan para el <u>límite de gastos de bolsillo</u> ?	<u>Primas</u> , cargos de <u>facturación de saldo</u> y atención médica que este <u>plan</u> no cubre.	Aunque pague estos gastos, no se los contabiliza para el <u>límite de gastos de bolsillo</u> .

Preguntas importantes	Respuestas	¿Por qué es importante?
¿Pagará menos si usa un <u>proveedor de red</u> ?	Sí. Consulte en MolinaMarketplace.com o llame al 1-888-858-3973 para obtener una lista de <u>proveedores de la red</u> .	Este <u>plan</u> utiliza una <u>red de proveedores</u> . Usted pagará menos si utiliza un <u>proveedor</u> que forma parte de la <u>red del plan</u> . Pagará más si usa un <u>proveedor que no forma parte de la red</u> y es posible que reciba una factura de un <u>proveedor</u> por la diferencia entre el cargo del <u>proveedor</u> y lo que paga el <u>plan</u> (<u>facturación de saldo</u>). Tenga en cuenta que su <u>proveedor de la red</u> puede utilizar un <u>proveedor que no forme parte de la red</u> para algunos servicios (por ejemplo, análisis de laboratorio). Consulte con su <u>proveedor</u> antes de recibir los servicios.
¿Necesita una <u>referencia</u> para ver a un <u>especialista</u> ?	No.	Puede ver al <u>especialista</u> que elija sin una <u>referencia</u> .



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 de la red (Usted pagará menos)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará más)	
Si visita el consultorio de un <u>proveedor de atención médica</u> o una clínica	Consulta de atención médica básica para tratar una enfermedad o herida	\$20 de <u>copago</u> por consulta no se aplica el <u>deducible</u> .	No cubierto	Ninguna
	Consulta con un <u>especialista</u>	\$50 de <u>copago</u> por consulta no se aplica el <u>deducible</u> .	No cubierto	Es posible que se requiera <u>autorización previa</u> , o los servicios no están cubiertos.
	<u>Atención preventiva/prueba de detección/inmunización</u>	Sin cargo	No cubierto	Es posible que deba pagar por servicios que no sean <u>preventivos</u> . Consulte con su <u>proveedor</u> si los servicios que usted necesita son preventivos. Luego, consulte qué pagará su <u>plan</u> .
Si tiene que hacerse un examen	<u>Prueba de diagnóstico</u> (radiografías, análisis de sangre)	25 % de <u>coseguro</u> para radiografías \$15 de <u>copago</u> para análisis de sangre no se aplica el <u>deducible</u> .	No cubierto	Es posible que se requiera <u>autorización previa</u> , o los servicios no están cubiertos.
	Imágenes (CT/PET scan, MRI)	25 % de <u>coseguro</u>	No cubierto	Se requiere <u>autorización previa</u> , o los servicios de Imágenes no están cubiertos

Evento médico común	Los servicios que podría necesitar	Qué deberá pagar		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor de la red (Usted pagará menos)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará más)	
Si requiere medicamentos para tratar su enfermedad o afección Más información sobre la <u>cobertura para medicamentos con receta</u> está disponible en www.MolinaMarketplace.com/UTFormulary2023	Medicamentos genéricos - preferidos (Nivel 1)	\$15 de <u>copago</u> por medicamento con receta; no se aplica el <u>deducible</u> .	No cubierto	Es posible que se requiera <u>autorización previa</u> , o los servicios no están cubiertos. Los medicamentos con receta pedidos por correo están disponibles para un suministro de hasta 90 días y se ofrecen al <u>costo compartido</u> de la receta minorista de 30 días multiplicado por 2.5. Dependiendo del nivel de categoría, esto será un <u>copago</u> o un <u>coseguro</u> . Para los medicamentos de marca con un equivalente genérico, los cupones o cualquier otra forma de asistencia para los costos compartidos de <u>medicamentos con receta</u> de terceros no se aplicarán a los <u>deducibles</u> ni a los <u>límites anuales de gastos de bolsillo</u> . Se requiere <u>autorización previa</u> , o los servicios no están cubiertos. Pedido por correo no disponible.
	Medicamentos de marca preferidos (Nivel 2)	\$50 de <u>copago</u> por medicamento con receta; no se aplica el <u>deducible</u> .	No cubierto	
	Medicamentos de marca no preferidos y medicamentos genéricos no preferidos (Nivel 3)	30 % de <u>coseguro</u>	No cubierto	
	<u>Medicamentos especializados</u> (Nivel 4)	30 % de <u>coseguro</u>	No cubierto	
Si requiere una cirugía ambulatoria	Tarifa del centro médico (p. ej., clínica de cirugía ambulatoria)	25 % de <u>coseguro</u>	No cubierto	Es posible que se requiera <u>autorización previa</u> , o los servicios no están cubiertos.
	Tarifa del médico/cirujano	25 % de <u>coseguro</u>	No cubierto	Es posible que se requiera <u>autorización previa</u> , o los servicios no están cubiertos.
Si requiere atención médica inmediata	<u>Atención en sala de emergencias</u>	25 % de <u>coseguro</u>	25 % de <u>coseguro</u>	<u>El costo compartido de la atención en sala de emergencias</u> no aplica si es admitido en el hospital.
	<u>Traslado médico de emergencia</u>	25 % de <u>coseguro</u>	25 % de <u>coseguro</u>	Ninguna
	<u>Atención médica urgente</u>	\$20 de <u>copago</u> por consulta no se aplica el <u>deducible</u> .	No cubierto	Se requiere <u>autorización previa</u> para servicios de <u>atención médica urgente</u> fuera del área, o los servicios no están cubiertos.

Evento médico común	Los servicios que podría necesitar	Qué deberá pagar		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor de la red (Usted pagará menos)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará más)	
Si tiene una estadía en un hospital	Tarifa del centro médico (p. ej., habitación de hospital)	25 % de <u>coseguro</u>	No cubierto	Se requiere <u>autorización previa</u> , o los servicios no están cubiertos.
	Tarifa del médico/cirujano	25 % de <u>coseguro</u>	No cubierto	Se requiere <u>autorización previa</u> , o los servicios no están cubiertos.
Si necesita atención de salud mental, del comportamiento o tratamiento para el abuso de sustancias	Servicios para pacientes ambulatorios	Visitas al consultorio: \$20 de <u>copago</u> no se aplica el <u>deducible</u> . Tarifa profesional: 25 % de <u>coseguro</u> Tarifa del centro médico: 25 % de <u>coseguro</u>	No cubierto	Ninguna
	Servicios para pacientes hospitalizados	25 % de <u>coseguro</u>	No cubierto	Se requiere <u>autorización previa</u> para atención de pacientes hospitalizados, o los servicios no están cubiertos.
Si está embarazada	Visitas al consultorio	Sin cargo	No cubierto	No se aplica <u>costo compartido</u> a la atención prenatal de rutina, a la primera visita posnatal ni a ciertos <u>servicios preventivos</u> . Según el tipo de servicio, puede aplicarse un <u>coseguro</u> . La atención en maternidad puede incluir pruebas y servicios descritos en otra sección del SBC (por ejemplo, ultrasonido). Servicios de terminación del embarazo, sujetos a restricciones y a la ley estatal.
	Servicios profesionales de parto/nacimiento	25 % de <u>coseguro</u>	No cubierto	
	Servicios de parto/nacimiento en el centro médico	25 % de <u>coseguro</u>	No cubierto	

Evento médico común	Los servicios que podría necesitar	Qué deberá pagar		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor de la red (Usted pagará menos)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará más)	
Si requiere ayuda para su recuperación u otras necesidades médicas específicas	<u>Atención médica en el hogar</u>	Sin cargo	No cubierto	Limitado a: • Hasta 2 horas por visita para la atención de enfermería • Hasta 4 horas por visita para asistencia médica en el hogar • 30 visitas por año calendario Se requiere <u>autorización previa</u> después de 7 visitas en el hogar, o puede que los servicios no estén cubiertos.
	<u>Servicios de rehabilitación</u>	\$50 de <u>copago</u> no se aplica el <u>deducible</u> .	No cubierto	20 consultas/año: terapia del habla, física y ocupacional combinadas
	<u>Servicios de recuperación de las habilidades</u>	\$50 de <u>copago</u> no se aplica el <u>deducible</u> .	No cubierto	20 consultas/año: terapia del habla, física y ocupacional combinadas
	<u>Atención de enfermería especializada</u>	25 % de <u>coseguro</u>	No cubierto	Limitado a 30 días por año calendario. Se puede requerir <u>autorización previa</u> , o puede que los servicios no estén cubiertos.
	<u>Equipo médico duradero</u>	25 % de <u>coseguro</u>	No cubierto	No incluye modificaciones de vehículos, modificaciones en el hogar, ejercicios ni equipamiento para baño.
	<u>Atención médica para pacientes terminales</u>	Sin cargo	No cubierto	Limitado a 6 meses en un período de 3 años. Solo notificación, no se requiere <u>autorización previa</u> .
Si su hijo necesita servicios dentales u oculares	Examen de la vista para niños	Sin cargo	No cubierto	Cobertura limitada a un examen por año.
	Anteojos para niños	Sin cargo	No cubierto	Cobertura limitada a un par de anteojos por año.
	Chequeo dental para niños	No cubierto	No cubierto	No aplica. La cobertura puede adquirirse como un producto independiente; no está contemplado en 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).

- | | | |
|--|-------------------------------|---|
| • Aborto (excepto en casos de violación, incesto o cuando la vida de la madre está en peligro) | • Cirugía cosmética | • Atención médica a largo plazo |
| • Acupuntura | • Atención dental (adultos) | • Atención no urgente para viajes fuera de los Estados Unidos |
| • Cirugía bariátrica | • Audífonos | • Enfermería de guardia privada |
| • Cuidado de rutina de los pies | • Tratamiento de infertilidad | • Cuidado quiropráctico |
| | | • Cuidado de rutina de los ojos (adultos) |

Otros servicios cubiertos (estos servicios pueden estar sujetos a limitaciones. Esta es una lista parcial. Consulte los documentos de su plan).

- Ninguna

Su derecho a 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: Departamento de seguros de Utah 1-801-538-3077. Otras opciones de cobertura pueden estar disponibles también para usted, incluida la compra de cobertura de seguro individual a través del Mercado de seguros de salud Marketplace. Para obtener más información acerca del Mercado de seguros de salud, visite www.HealthCare.gov o llame al 1-800-318- 2596.

Su derecho a presentar una queja o una apelación: Existen organismos que pueden ayudar si usted tiene una queja contra su plan por una denegación de una reclamación. Esta queja se denomina queja formal 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 una queja formal ante su plan por cualquier motivo. Si tiene preguntas acerca de sus derechos, este aviso o necesita asistencia, puede comunicarse con: Departamento de seguros de Utah 1-801-538-3077.

¿Ofrece este plan cobertura esencial mínima? Sí

La cobertura esencial mínima generalmente incluye planes, seguro de salud disponibles a través del Mercado de seguros de salud (Marketplace) u otras pólizas del mercado individuales, Medicare, Medicaid, CHIP, TRICARE, y algunas otras coberturas. Si es elegible para ciertos tipos de cobertura esencial mínima, es posible que no sea elegible para obtener crédito fiscal para las primas.

¿Cumple este plan los estándares 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 un plan a través del Mercado de seguros de salud.

Para ver ejemplos de cómo este plan podría 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)

■ Deducible general del plan	\$1,900
■ Copago del especialista	\$50
■ Coseguro del hospital (centro médico)25 %	
■ Otro coseguro	25 %

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 médico
[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>Costos compartidos</i>	
Deducibles	\$1,900
Copagos	\$300
Coseguro	\$2,400
<i>Qué servicios no cubre el plan</i>	
Límites o exclusiones	\$0
El total que debe pagar Peg es	\$4,600

Cuidado de diabetes tipo 2 de Joe

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

■ Deducible general del plan	\$1,900
■ Copago del especialista	\$50
■ Coseguro del hospital (centro médico)25 %	
■ Otro coseguro	25 %

Este EJEMPLO incluye los siguientes servicios:

Visitas al consultorio del [médico de atención primaria](#) (*incluye información sobre la enfermedad*)
[Pruebas de diagnóstico](#) (*análisis de sangre*)
[Medicamentos con receta](#)
[Equipo médico duradero](#) (*medidor de glucosa*)

Costo total del ejemplo	\$5,600
--------------------------------	----------------

En este ejemplo, Joe debe pagar:

<i>Costos compartidos</i>	
Deducibles	\$800
Copagos	\$600
Coseguro	\$0
<i>Qué servicios no cubre el plan</i>	
Límites o exclusiones	\$0
El total que debe pagar Joe es	\$1,400

Fractura simple de Mia

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

■ Deducible general del plan	\$1,900
■ Copago del especialista	\$50
■ Coseguro del hospital (centro médico)25 %	
■ Otro coseguro	25 %

Este EJEMPLO incluye los siguientes servicios:

[Atención en sala de emergencias](#) (*incluye suministros médicos*)
[Prueba de diagnóstico](#) (*radiografía*)
[Equipo médico duradero](#) (*muletas*)
[Servicios de rehabilitación](#) (*fisioterapia*)

Costo total del ejemplo	\$2,800
--------------------------------	----------------

En este ejemplo, Mia debe pagar:

<i>Costos compartidos</i>	
Deducibles	\$1,700
Copagos	\$400
Coseguro	\$0
<i>Qué servicios no cubre el plan</i>	
Límites o exclusiones	\$0
El total que debe pagar Mia es	\$2,100

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



Estás en familia.

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, 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 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:

- Ayudas y servicios para personas con discapacidad
 - Intérpretes capacitados en lenguaje de señas
 - Material escrito en otros formatos (impresión grande, audio, formatos electrónicos accesibles, Braille)
- Servicios de idioma para personas que hablan otro idioma o tienen capacidades limitadas en inglés
 - 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 cree 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 su queja, nosotros 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 a civil.rights@molinahealthcare.com.

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

También puede presentar una queja de derechos civiles a la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. (U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights). 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.

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. (Inglés)

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. (Español)

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。(Chino)

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. (Vietnamita)

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. (Tagalo)

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

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

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. (Criollo francés)

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. (Ruso)

ՈՒՇԱԴՐՈՒԹՅՈՒՆ. Եթե դուք խոսում եք հայերեն, կարող եք անվճար օգտվել լեզվի օժանդակ ծառայություններից: Չանգահարել՝ չանախորդների սպասարկման բաժին: Հեռախոսի համարը նշված է ձեր Անդամակցության նույնականացման քարտի ետևի մասում: (Armenio)

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。
(Japonés)

توجه! اگر بہ زبان فارسی صحبت می کنید، خدمات کمک زبانی رایگان در اختیار شما است. با خدمات اعضاء تماس بگیرید. شماره تلفن مربوطه در پشت کارت عضویت شما درج شده است. (Farsi)

ਧਿਆਨ ਦਿਓ: ਜੇਕਰ ਤੁਸੀਂ ਪੰਜਾਬੀ ਬੋਲਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਭਾਸ਼ਾ ਸਹਾਇਤਾ ਸੇਵਾਵਾਂ ਮੁਫ਼ਤ ਉਪਲਬਧ ਹਨ। ਮੈਂਬਰ ਸਰਵਿਸਜ਼ (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. (Alemán)

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. (Francés)

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)

អ្នកមានសិទ្ធិទទួលបានព័ត៌មាននេះក្នុងទម្រង់ផ្សេងៗគ្នាដូចជាអូឌីយ៉ូ ប៊ែលឬពុម្ពអក្សរធំដោយសារតែតម្រូវការពិសេសឬភាសារបស់អ្នកដោយមិនគិតថ្លៃបន្ថែម។ (Jemer)