

Particularidades del plan de beneficios:	Su costo dentro de la red	Su costo fuera de la red ¹
Deducible anual ¹⁹		
Individual/Familiar	\$3,500 / \$7,000	\$6,400 / \$12,800
Cantidad máxima pagada fuera del bolsillo anual (Incluye copagos, coseguro y deducibles)		
Individual/Familiar	\$5,000 / \$10,000	\$15,000 / \$27,000
Prórroga del deducible del 4to. trimestre	Excluida	
Servicios cubiertos		
Servicios de atención médica preventiva (Vea la lista en la página 3)	Cubierto al 100%	40% después del deducible
Servicios en consultorios de profesionales médicos		
Consultas médicas con el médico de atención primaria	20% después del deducible	40% después del deducible
Consultas en consultorios de especialistas	20% después del deducible	40% después del deducible
Cirugía en el consultorio ^{3, 4, 6}	20% después del deducible	40% después del deducible
Diagnósticos rutinarios de laboratorio, radiografías e inyecciones	20% después del deducible	40% después del deducible
Imágenes radiológicas avanzadas ^{2, 4, 7}	20% después del deducible	40% después del deducible
Teladoc Health® Atención médica virtual ¹⁷	20% después del deducible	No está cubierto
Servicios recibidos en un centro médico (incluye cargos cobrados por profesionales y el centro)		
Servicios para el paciente hospitalizado ^{2, 4}	20% después del deducible	40% después del deducible
Cirugía ambulatoria ^{3, 4, 6}	20% después del deducible	40% después del deducible
Servicios diagnósticos rutinarios – ambulatorios	20% después del deducible	40% después del deducible
Imágenes radiológicas avanzadas - ambulatorias ^{2, 4, 7}	20% después del deducible	40% después del deducible
Otros servicios ambulatorios ⁸	20% después del deducible	40% después del deducible
Servicios en centros de atención urgentes	20% después del deducible	40% después del deducible
Servicios de atención de emergencia ⁹	20% después del deducible	20% después del deducible
Atención de emergencia imágenes radiológicas avanzadas ⁷	20% después del deducible	20% después del deducible
Equipo médico ^{3, 4}		
Equipo médico perdurable	20% después del deducible	40% después del deducible
Prótesis u Ortóticos	20% después del deducible	40% después del deducible
Aparatos auditivos (menores de 18 años)	20% después del deducible	40% después del deducible
Servicios para la modificación del comportamiento		
Paciente interno: Días ilimitados por período de beneficio anual ^{2, 4}	20% después del deducible	40% después del deducible
Paciente ambulatorio: Consultas ilimitadas por período de beneficio anual ⁵	20% después del deducible	40% después del deducible
Servicios terapéuticos ¹⁰ (se aplican límites; vea las notas de pie de página)	20% después del deducible	40% después del deducible
Servicios de enfermería especializada y rehabilitación ^{2, 4}		
Limitada a 60 días combinados por período de beneficio anual	20% después del deducible	40% después del deducible
Servicios de atención médica en el hogar ^{3, 4, 10}	20% después del deducible	40% después del deducible

Particularidades del plan de beneficios:	Su costo dentro de la red	Su costo fuera de la red ¹
Servicios de cuidados paliativos		
Paciente interno ^{2, 4}	20% después del deducible	40% después del deducible
Paciente ambulatorio	20% después del deducible	40% después del deducible
Servicios de Ambulancia ^{3, 4}	20% después del deducible	20% después del deducible
Medicamentos recetados ³		
Anticonceptivos recetados ¹⁶	Cubierto al 100%	40% después del deducible
Ventas al menudeo de la red RX04 hasta un suministro de 30 días ¹³		
Marca genérica preferida	20% después del deducible	40% después del deducible
Marca genérica no preferida	20% después del deducible	40% después del deducible
Marca Preferida ¹⁵	20% después del deducible	40% después del deducible
Marca No preferida ¹⁵	20% después del deducible	40% después del deducible
Red Plus90 o red de entrega a domicilio hasta un surtido de 90 días ¹⁴		
Marca genérica preferida	20% después del deducible	40% después del deducible
Marca genérica no preferida	20% después del deducible	40% después del deducible
Marca Preferida ¹⁵	20% después del deducible	40% después del deducible
Marca No preferida ¹⁵	20% después del deducible	40% después del deducible
Medicamentos preventivos ²⁰		
Marca genérica / Preferida /No preferida	Copago de \$3 / \$25 / \$50	40% después del deducible
Medicamentos especializados autoadministrados ^{3, 11, 12}		
Medicamento especializado preferido	20% después del deducible	No está cubierto
Medicamento especializado no preferido	20% después del deducible	No está cubierto
Medicamento especializado administrado por proveedor ^{3, 22}	20% después del deducible	No está cubierto
1. Los beneficios fuera de la red pueden estar basados en el cargo máximo permitido de BlueCross BlueShield of Tennessee. Usted puede ser responsable de cualquier cargo que no haya sido pagado por ciertos servicios recibidos de proveedores fuera de la red. En el caso de verdaderos servicios de emergencia recibidos en un hospital fuera de la red, artículos y servicios recibidos de un proveedor fuera de la red en un hospital dentro de la red (a menos que usted dé su consentimiento por escrito a ciertos proveedores), o servicios de ambulancia aérea de emergencia y autorizados, se aplicarán los beneficios dentro de la red, incluido el deducible, hasta la cantidad total de pago autorizado, y el proveedor no podrá facturarle más que su costo compartido dentro de la red. 2. Se requiere autorización previa. 3. Se requiere autorización previa para ciertos procedimientos, servicios, medicamentos y equipo. 4. Si se requiere autorización previa, pero no se obtiene y los servicios son médicamente necesarios, cuando se utilicen proveedores fuera de la red de Tennessee, para servicios médicos y ambulatorios de todos los proveedores que están fuera de la red, su responsabilidad aumentará al 50% basado en el coseguro fuera de la red. Si los servicios no son médicamente necesarios no se proporcionarán beneficios. 5. Los beneficios ambulatorios para la Salud del Comportamiento se determinan por el lugar de servicio. Los beneficios que aparecen son por servicios recibidos en un consultorio; Se pueden aplicar beneficios por separado para servicios ambulatorios recibidos en un entorno alternativo. 6. Las cirugías incluyen las incisiones, escisiones, biopsias, tratamientos de inyección, tratamientos para las fracturas, aplicaciones de yesos y tablillas, suturas y servicios diagnósticos invasivos (ej. colonoscopia, sigmoidoscopia y endoscopia con propósitos no preventivos). 7. Incluye Tomografías computarizadas, estudios PET, MRI, medicina nuclear y otras tecnologías similares. 8. Incluye servicios tales como quimioterapia, infusiones, inyecciones, terapia de radiación y diálisis renal. 9. El copago, si aplica, no será cobrado si el paciente es hospitalizado. 10. La fisioterapia, terapia del habla, acupuntura, terapia espinal manipulativa y terapia ocupacional están limitadas a 60 sesiones anuales por cada tipo de terapia. Las terapias de rehabilitación cardíaca y pulmonar están limitadas a 36 sesiones por período de beneficio anual por cada tipo de terapia. 11. Visite www.bcbst.com/rx para ver el Recetario Preferido que incluye los medicamentos especializados. 12. Para recibir los beneficios de los medicamentos especiales autoadministrados, usted deberá recurrir a un proveedor dentro de la Red de Farmacias Especializadas. Visite www.bcbst.com/rx para ver la lista de proveedores de la Red de Farmacias Especializadas. Estos medicamentos están limitados a un suministro de 30 días. 13. Copago, Si aplica, aplicado a cada receta médica, hasta un surtido de 30 días. 14. Su plan requiere que usted reciba medicamentos a largo plazo en suministros de 90 días en órdenes de entrega a domicilio o en una farmacia de venta al menudeo que participe en la Red Plus90. Si elige utilizar una farmacia de venta al menudeo que no está integrada a la Red Plus90, usted estará limitado a un surtido de 30 días. Visite www.bcbst.com/rx para ver una lista de farmacias en la red Plus90. 15. Una multa financiera puede ser aplicada si usted elige un medicamento de marca cuando un medicamento genérico equivalente está disponible. Por favor refiérase a su Evidencia de Cobertura (EOC, por sus siglas en inglés) para obtener información más específica. 16. Ciertos medicamentos de venta con receta están cubiertos al 100% en las farmacias de la red, de acuerdo con la provisión de los servicios de prevención de la Ley del cuidado de salud a bajo precio, y están identificados con un indicador "ACA" en el Recetario Preferido que se encuentra en www.bcbst.com/rx. 17. Utilice la plataforma de atención virtual de Teladoc Health para acceder a médicos o profesionales de atención urgente las 24/7, atención de salud mental, servicios de dermatología y mucho más. Visite www.bcbst.com/Teladoc o llame al 1-800-TELADOC (1-800-835-2362) para registrarse. 18. Los planes familiares tienen una cantidad de deducible por miembro igual al nivel individual con un límite familiar combinado. Los miembros que satisfagan la cantidad por miembro pueden acceder a beneficios posteriores al deducible mientras que otros miembros de la familia satisfacen la cantidad familiar. 19. Este plan provee copagos para los medicamentos de atención preventiva en lugar de tener que cumplir con el deducible de su plan para ciertos medicamentos recetados. Esta lista contiene algunos de los medicamentos de atención preventiva más comúnmente recetados y no los incluye todos. Visite www.bcbst.com/rx para ver la lista de medicamentos preventivos de BlueCross. 20. Para recibir los beneficios de los medicamentos especializados administrados por el proveedor, tal como se identifican en la lista de medicamentos especializados administrados por el proveedor, debe utilizar un proveedor de la Red de Farmacias Especializadas. Visite www.bcbst.com/rx para ver la lista de medicamentos y una lista de proveedores de esta red. El costo compartido indicado es sólo para el medicamento; los proveedores pueden cobrar cargos adicionales por la administración del medicamento bajo su beneficio médico.		
Limitaciones y exclusiones. Estas páginas resumen los beneficios de su plan médico. Su Evidencia de Cobertura (EOC) y las cláusulas definen los términos y condiciones en mejor detalle. Si surge alguna pregunta sobre los beneficios, la EOC prevalecerá. Para obtener una lista completa de las limitaciones y exclusiones consulte su EOC.		

Resumen de los servicios de atención preventiva cubiertos al 100% dentro de la red

Los servicios preventivos dentro de la red que están cubiertos sin participación de costos, que no están limitados a los siguientes servicios, incluyen:

- Los servicios de atención primaria con una recomendación A o B de la Fuerza de Tareas de Servicios Preventivos de los Estados Unidos ((USPSTF) por sus siglas en inglés)
- Las vacunas recomendadas por el Comité Asesor sobre las Prácticas de Inmunización que han sido adoptadas por los Centros para el Control y Prevención de Enfermedades (Centers for Disease Control and Prevention, CDC)
- Las recomendaciones de Bright Futures para bebés, niños y adolescentes que están respaldadas por la Administración de Recursos y Servicios de Salud
- La atención preventiva y las pruebas de detección para las mujeres como ha sido indicado en las pautas marcadas por la HRSA

Los siguientes servicios de atención preventiva están cubiertos (esta no es una lista completa). La cobertura de algunos servicios puede depender de la edad o de la exposición al riesgo.

Todos los miembros:

- Un examen de salud preventivo por período de beneficio anual. Los exámenes preventivos más frecuentes son servicios cubiertos para niños de hasta 3 años de edad
- Todas las vacunas regulares adoptadas por CDC
- Pruebas de detección para el cáncer colorrectal (45 años de edad - 75), colesterol alto y lípidos (45 años o mayores para las mujeres, de 35 años o mayores para los hombres), presión arterial alta, la obesidad, la diabetes y la depresión (12 años y mayores)
- Pruebas de detección de cáncer del pulmón para los adultos (entre 50 y 80 años de edad) que tienen un historial de fumar 20 paquetes por año y actualmente fuman o han dejado de fumar dentro de los últimos 15 años, por período de beneficio anual.
- Pruebas de detección del VIH y determinadas enfermedades de transmisión sexual, y asesoramiento para la prevención de enfermedades de transmisión sexual
- Pruebas de detección y asesoramiento en el entorno de atención primaria para el abuso de alcohol y el consumo de tabaco; el asesoramiento para dejar de fumar en entorno de atención primaria se limitará a 8 visitas por período de beneficio anual.
- Asesoramiento nutricional para adultos con hiperlipidemia, hipertensión, diabetes tipo 2, obesidad, enfermedad de las arterias coronarias e insuficiencia cardíaca congestiva; limitado a 12 visitas por período de beneficio anual.
- Una prueba de retinopatía para personas diabéticas por período de beneficio anual
- Prueba de hemoglobina (A1C)

Mujeres:

- Consulta de la mujer saludable, incluyendo el asesoramiento anual para enfermedades de transmisión sexual (STI) y la evaluación y asesoramiento anual para la violencia doméstica por período de beneficio anual
- Prueba de detección del cáncer de cuello uterino clínicamente apropiada según las pautas del USPSTF y la HRSA
- Pruebas de detección de anemia, insuficiencia de hierro, bacteriuria, virus de la hepatitis B, incompatibilidad del factor Rh, diabetes gestacional en mujeres embarazadas
- Apoyo/consejos para la lactancia de pecho y suministros, incluyendo apoyo y consejería con un proveedor entrenado y un extractor de leche manual por cada embarazo
- Asesoramiento a mujeres con alto riesgo de cáncer del seno para quimioprevención, incluyendo los riesgos y los beneficios
- Mamografías a los 40 años o mayores, y evaluaciones para pruebas genéticas del gen de cáncer del seno BRCA, si se recomiendan después de la consejería
- Pruebas de detección de osteoporosis (60 años o mayores)
- Prueba de detección del VPH según se considere clínicamente apropiado en las pautas del USPSTF y la HRSA
- Métodos anticonceptivos y consejería aprobados por el Departamento de Control de Alimentos y Medicamentos de los E.E.U.U.A. (FDA)
Plan médico: Anticonceptivos hormonales y métodos de protección inyectables o implantables, esterilización para las mujeres
Plan de medicamento: Anticonceptivos orales e inyectables genéricos, anticonceptivo vaginal, parche, anticonceptivo de emergencia recetado

Hombres:

- Pruebas de detección de cáncer de próstata
- Pruebas de detección de aneurisma aórtico abdominal a los 65 – 75 años (para los hombres que han fumado)

Niños:

- Pruebas de audición y de detección de fenilcetonuria (PKU), enfermedades tiroideas, anemia de células falciformes y fibrosis quística en recién nacidos
- Retrasos en el desarrollo y pruebas de detección de autismo
- Pruebas de detección de insuficiencia de hierro
- Pruebas de la visión

BlueCross BlueShield of Tennessee (BlueCross) cumple con las leyes de los derechos civiles federales aplicables y no discrimina por motivos de raza, color de la piel, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo¹. BlueCross no excluye a las personas o las trata de manera diferente debido a la raza, color de la piel, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo.

BlueCross:

- Provee a las personas con discapacidades modificaciones razonables y ayudas y servicios auxiliares gratuitos y apropiados para comunicarse efectivamente con nosotros, tales como: (1) intérpretes cualificados de lenguaje de señas e (2) información escrita en otros formatos, como letra grande, audio y formatos electrónicos accesibles.
- Provee servicios gratuitos de asistencia en otros idiomas a personas cuyo primer idioma no es el inglés, tales como: (1) intérpretes cualificados e (2) información escrita en otras lenguas.

Si necesita estas modificaciones razonables, ayudas y servicios auxiliares apropiados o servicios de asistencia en otros idiomas, comuníquese con un asesor de consumo al número que figura en el reverso de su tarjeta de identificación de miembro o llame al 1-800-565-9140 (TTY: 1-800-848-0298 o 711).

Si cree que BlueCross ha fallado en proveerle estos servicios o le ha discriminado de otra manera por motivos de raza, color de la piel, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, usted puede presentar una queja ("Queja de No Discriminación"). Para recibir ayuda con la preparación y presentación de su Queja de No Discriminación, comuníquese con un asesor de consumo al número que figura en el reverso de su tarjeta de identificación de miembro o llame al 1-800-565-9140 (TTY: 1-800-848-0298 o 711). Ellos le pueden dar el formulario apropiado para presentar una Queja de No Discriminación. Usted puede presentar una Queja de No Discriminación en persona o por correo postal, fax o correo electrónico. Envíe su Queja de No Discriminación a: Nondiscrimination Grievance; c/o Manager, Operations, Member Benefits Administration; 1 Cameron Hill Circle, Suite 0019, Chattanooga, TN 37402-0019; (423) 591- 9208 (fax); Nondiscrimination_OfficeGM@bcbst.com (correo electrónico).

Usted también puede presentar una queja de derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE.UU., electrónicamente a través del Portal de Quejas de la Oficina de Derechos Civiles, disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o por correo o teléfono al: U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue SW., Room 509F, HHH Building, Washington, DC 20201, 1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD). Los formularios de quejas están disponibles en <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

Usted puede comunicarse con el Coordinador de No Discriminación de BlueCross al 423-535-1010 (TTY: 1-800-848-0298 o 711); Nondiscrimination_CoordinatorGM@bcbst.com (correo electrónico); o Corporate Compliance, 1 Cameron Hill Circle, 1.4, Chattanooga, TN 37402.

Esta notificación está disponible en el sitio web de BlueCross: bcbst.com.

BlueCross BlueShield of Tennessee, Inc. un licenciario independiente de BlueCross BlueShield Association.

BlueCross BlueShield of Tennessee es un emisor cualificado de planes médicos en el mercado de seguros médicos.

ATTENTION: If you speak English, free language assistance services and appropriate auxiliary aids and services are available to you. Please call the Member Service number on the back of your Member ID card or 1-800-565-9140 (TTY: 1-800-848-0298).

ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia con el idioma, así como ayudas y servicios auxiliares adecuados. Llame al número de Servicio de atención a miembros que figura en el reverso de su tarjeta de identificación de miembro o al 1-800-565-9140 (TTY: 1-800-848-0298).

اتباه: إذا كنت تتحدث العربية، فستوفر لك خدمات المساعدة اللغوية المجانية والخدمات والأدوات المساعدة المناسبة. يرجى الاتصال برقم خدمة الأعضاء الموجود على ظهر بطاقة هوية العضو الخاص بك أو بالرقم 1-800-565-9140 (الهاتف النصي: 1-800-848-0298)

注意: 如果您說中文, 我們提供免費的語言協助服務, 以及適當的輔助協助和服務。請撥打會員ID卡背面的會員服務部號碼或 1-800-565-9140 (聽障專線 TTY: 1-800-848-0298)。

LƯU Ý: Nếu quý vị nói tiếng Việt, quý vị sẽ được cung cấp các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí và các dịch vụ và công cụ hỗ trợ phù hợp. Vui lòng gọi đến số của bộ phận Dịch vụ Hội viên ở mặt sau Thẻ ID Thành viên của quý vị hoặc số 1-800-565-9140 (TTY: 1-800-848-0298).

주의: [한국어]를 사용하시는 경우, 무료 언어 지원 서비스 및 적절한 보조 기구와 서비스가 제공됩니다. 가입자 ID 카드 뒷면의 가입자 서비스 전화번호 또는 1-800-565-9140(TTY: 1-800-848-0298)번으로 전화하시기 바랍니다.

ATTENTION : Si vous parlez français, des services gratuits d'assistance linguistique et des aides et services auxiliaires appropriés sont à votre disposition. Veuillez appeler le numéro du Service adhérents indiqué au dos de votre carte d'assuré adhérent ou le 1-800-565-9140 (TTY/ATS : 1-800-848-0298).

இதில்த: ຖ້າທ່ານເວົ້າພາສາ ພາສາລາວ, ມີການບໍລິການ ຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາ ແລະ ການຊ່ວຍເຫຼືອ ແລະ ການບໍລິການທີ່ ພາສາ:ສມັທທຳ. ກະລຸນາໃຫ້ພາບເບິ່ງຂອງທ່ານບໍລິການສະມາຊິກ ທີ່ມີຢູ່ດ້ານຫຼັງບັດ ID ສະມາຊິກຂອງທ່ານ ຫຼື 1-800-565-9140 (TTY: 1-800-848-0298).

ማስጠንቀቂያ: እኛዎርኛ የሚናገሩ ከሆኑ፣ እኛ ቋንቋ እርዳታ እንሰጥዎታችኋል። እና ተገቢ ረዳት መርጃዎች እና እንደሌሎች ለእርስዎ ይገኛሉ። በእስያኒት መታወቂያዎ ጀርባ ላይ በሚገኘው የእስያኒት እንደሌሎች ቁጥር ወይም በ 1-800-565-9140 (TTY: 1-800-848-0298) ይደውሉ።

ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlose Sprachassistentendienste und geeignete Hilfsmittel und Dienstleistungen zur Verfügung. Bitte rufen Sie die Nummer des Mitgliederdienstes auf der Rückseite Ihrer Mitglieds-ID-Karte oder 1-800-565-9140 (TTY: 1-800-848-0298) an.

ધ્યાન આપો: જો તમે યુજરની બોલો છો, તો તમારા માટે નિ:શુલ્ક ભાષા સહાય સેવાઓ અને યોગ્ય સહાયક સાધનો અને સેવાઓ ઉપલબ્ધ છે. કૃપા કરીને તમારા સભ્ય ID કાર્ડની પાછળના સભ્ય સર્વિસ નંબર ઉપર અથવા 1-800-565-9140 (TTY: 1-800-848-0298) પર કોલ કરો.

お知らせ: 日本語をお話になる場合は、無料の支援サービスと適切な補助器具・サービスがご利用いただけます。会員IDカードの裏面に記載の会員サービス番号あるいは1-800-565-9140 (TTY: 1-800-848-0298)まで、お電話にてご連絡ください。

PANSININ: Kung kayo ay nagsasalita ng Tagalog, magagamit para sa inyo ang libreng mga serbisyong tulong sa wika at kaukulang mga karagdagang tulong at mga serbisyo. Mangyaring tawagan ang numero ng Serbisyo sa Miyembro na nasa likod ng inyong Kard ng ID ng Miyembro o sa 1-800-565-9140 (TTY: 1-800-848-0298).

ध्यान दें: यदि आप हिंदी बोलते हैं, तो आपके लिए नि:शुल्क भाषा सहायता सेवाएँ और उपयुक्त सहायक साधन और सेवाएँ उपलब्ध हैं। कृपया अपने सदस्य ID कार्ड के पीछे दिए गए सदस्य सेवा नंबर या 1-800-565-9140 (TTY: 1-800-848-0298) पर कॉल करें।

ВНИМАНИЕ! Если Вы говорите по-русски, Вам будут предоставлены услуги языковой поддержки и соответствующие вспомогательные средства и сервисы на бесплатной основе. Позвоните в отдел обслуживания участников по номеру, указанному на обратной стороне Вашей идентификационной карты участника, или по номеру 1-800-565-9140 (TTY: 1-800-848-0298).

توجه: اگر به زبان فارسی صحبت می کنید، خدمات کمک زبانی رایگان و وسایط ها و خدمات کمکی مناسب در دسترس شما هستند. در صورتیکه عضو هستید، با شماره خدمات اعضا در پشت کارت عضویت خود یا 1-800-565-9140 (TTY: 1-800-848-0298) تماس بگیرید.

ATANSYON: Si w pale Kreyòl Ayisyen, genyen sèvis asistans gratis pou lang ansanm ak èd pou sèvis oksilyè apwopriye k ap disponib pou ou. Tanpri rele nimewo Sèvis Manm ki sou do kat ID Manm ou an oswa 1-800-565-9140 (TTY: 1-800-848-0298).

UWAGA: Osoby posługujące się językiem polskim mogą bezpłatnie skorzystać z pomocy językowej oraz rozwiązań i usług pomocniczych. Prosimy zadzwonić pod numer działu obsługi ubezpieczonych podany na odwrocie karty identyfikacyjnej członka lub numer 1-800-565-9140 (TTY: 1-800-848-0298).

ATENÇÃO: Se você fala Português, serviços gratuitos de assistência linguística e recursos e serviços auxiliares apropriados estão disponíveis para você. Ligue para o número de telefone do serviço de Atendimento ao Membro informado no verso de seu cartão de identificação de membro ou para 1-800-565-9140 (TTY: 1-800-848-0298).

ATTENZIONE: se parla italiano, sono disponibili per Lei servizi gratuiti di assistenza linguistica nonché aiuti e servizi ausiliari adeguati. Chiami il numero del Servizio per i membri riportato sul retro della Sua scheda identificativa del membro oppure il numero 1-800-565-9140 (TTY: 1-800-848-0298).

BAA'AKOHWIINIDZIN: Diné bizaad bee yánit'i'go, t'áá jik'eh saad bee áka'aná'awo' bee áka'aná'awo'í dóó t'áadoole'eh binahjí' bee adahodoonilígíí diné bich'í' anidahazt'í'í bee bika'aanida'awo'í ná dahóóí. T'áá shóóóí Bii Ha'dit'éhí Bika'aná'awo' Bii Ha'dit'éhí ID naaltsoos nit'i'izí bine'déé' binámboo bee hodilinih doodago 1-800-565-9140 (TTY: 1-800-848-0298).

WICHDICH: Wann du Deutsch schwetschst un brauchschst Hilf fer communicat-e kenne mer dich helfe unni as es dich ennich eppes koschde zellt. Mir kenne diffenti Saddle Schprooch-Hilf beigniege aa fer nix. Ruf der Member Service Number uff die hinnerscht Seit vun dei Member ID Card uff odder 1-800-565-9140 (TTY: 1-800-848-0298).

FAASILASILAGA: Afai e te tautala i le faa-Samoa, o loo avanoa mo oe auanaga fesoasoani mo gagana e aunoa ma se totogi faapea ma fesoasoani fa'aopo'opo ma auanaga talafeagai. Faamolemole vala'au le numero o le Member Service (Auanaga mo Tagata Auai) o lo'o i tua o lau pepa ID o le Member (Tagata Auai) po o le 1-800-565-9140 (TTY: 1-800-848-0298).

GAKIULA: Gare iga go kapetal Faluwasch, ye toore paliuwal yamem bwe tepangug rel gamatekol lane kapetal Faluwasch. Fale peshem kol yegili nampal Member Service ila yelug liugul tagurul Member ID kard la yam gare 1-800-565-9140 (TTY: 1-800-848-0298).

ATENSION: Guaha setbisio siha para hâgu yanggen fifino' CHamoru hao, dibâde na setbision inayudon fumino' CHamoru yan propriu na inasisten trâstes yan setbisio siha. Put fabot âgang i numiron Setbision Membro gi santatten i kattâ-mu Member ID pat 1-800-565-9140 (TTY: 1-800-848-0298).

¹ Conforme al alcance de la discriminación sexual descrita en 45 CFR 92.101(a)(2))