



O documento Resumo de Benefícios e Cobertura (SBC) ajudará você a escolher um plano de saúde. O SBC mostra como você e o plano dividiriam o custo dos serviços de saúde cobertos. **NOTA:** As informações sobre o custo deste plano (chamado de premium) serão fornecidas separadamente. Isto é apenas um resumo. Para obter mais informações sobre sua cobertura ou para obter uma cópia dos termos completos da cobertura, consulte bluecrossma.org/coverage-info. Para definições gerais de termos comuns, como valor permitido, cobrança de saldo, co-seguro, co-pagamento, franquia, provedor ou outros termos sublinhados, consulte o Glossário. Você pode ver o Glossário em bluecrossma.org/sbcglossary ou ligue para 1-800-262-BLUE (2583) para solicitar uma cópia.

Perguntas importantes	Respostas	Por que isso é importante:
Qual é a franquia total? _____	Contrato individual de US\$ 2.900 / contrato familiar de US\$ 5.800.	Geralmente, você deve pagar todos os custos dos provedores até o valor da franquia antes que este plano comece a pagar. Se você tiver outros membros da família na apólice, a franquia familiar geral deve ser paga antes que o plano comece a ser pago.
Existem serviços coberto antes de cumprir sua franquia? _____	Sim. Pré-natal na rede, alguns medicamentos de valor; preventivo Cuidado.	Este plano cobre alguns itens e serviços, mesmo que você ainda não tenha cumprido o valor da franquia. Mas um co-pagamento ou co-seguro pode ser aplicado. Por exemplo, este plano cobre certos serviços preventivos sem compartilhamento de custos e antes de você cumprir sua franquia. Veja uma lista de serviços preventivos cobertos em https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/ .
Existem outras franquias para serviços específicos?	Não.	Você não precisa cumprir franquias para serviços específicos.
Qual é o limite de desembolso para este plano? _____	US\$ 6.450 para membros/US\$ 12.900 para famílias.	O limite de desembolso é o máximo que você poderia pagar em um ano pelos serviços cobertos. Se você tiver outros membros da família neste plano, eles deverão atingir seus próprios limites de desembolso até que o limite geral de desembolso da família seja atingido.
O que não está incluído no limite de desembolso? _____	Prêmios, cobranças de saldo e assistência médica que este plano não cobre cobrir.	Mesmo que você pague essas despesas, elas não contam para o limite de desembolso direto.
Você pagará menos se usar um provedor de rede? _____	Sim. Veja Este plano usa uma rede de provedor. Você pagará menos se usar um provedor da rede do plano. Você vai bluecrossma.com/findadoctor ou pagar mais se você usar um provedor fora da rede e poderá receber uma fatura de um provedor pela diferença entre a cobrança do provedor e o que seu plano paga (cobrança de saldo). Esteja ciente de que seu cartão de identificação para obter uma lista de provedores de rede pode usar um provedor fora da rede para alguns serviços (como trabalho de laboratório). Verifique os provedores. com seu provedor antes de obter serviços.	_____
Você precisa de um encaminhamento para consultar um especialista?	Não.	Você pode ver o especialista que você escolher sem um encaminhamento.



Todos os custos **de copagamento e cosseguro** mostrados nesta tabela são após o pagamento **de sua franquia**, se uma **franquia** for aplicável.

Evento Médico Comum	Serviços que você pode precisar	O que você vai pagar		Limitações, exceções e outros Informação importante
		Na rede (Você vai pagar o mais)	Fora da rede (Você pagará menos)	
Se você visitar o consultório ou clínica de um profissional de saúde	Visita de cuidados primários para tratar uma lesão ou doença	Sem custo	20% de <u>co-seguro</u>	<u>A franquia aplica-se primeiro</u> ; isenção de <u>participação</u> nos custos da rede para as duas primeiras consultas de <u>PCP para</u> diabéticos e/ou especialistas por ano civil: <u>uma parcela</u> do custo de
	<u>visita de especialista</u>	Sem custo; Sem custo / visita de quiroprático; Sem custo / visita de acupuntura	20% de <u>co-seguro</u> ; <u>Co-seguro de 20% / visita</u> ao quiroprático; 20% de <u>co-seguro / visita de</u> acupuntura	<u>telessaúde pode</u> ser aplicável. A franquia <u>aplica-se primeiro</u> ; isenção de participação nos custos da rede para as <u>duas primeiras</u> consultas de PCP para diabéticos e/ou especialistas por ano civil; limitado a 12 visitas de acupuntura <u>por ano civil</u> ; <u>uma</u> parcela de
	<u>Cuidados preventivos/triagem/imunização</u>	Sem custo	20% de <u>co-seguro</u>	custos de telessaúde pode ser aplicável. Limitado a programação e/ou <u>frequência com</u> base na idade; uma parcela de custos de telessaúde pode ser aplicável. Você pode ter que pagar Pergunte ao <u>seu provedor</u> se os serviços necessários são preventivos. Em seguida, verifique o <u>que seu plano</u> pagará.
Se você tem um teste	<u>Teste de diagnóstico</u> (raio-x, exame de sangue)	Sem custo	20% de <u>co-seguro</u>	<u>A franquia aplica-se primeiro</u> ; <u>pré-autorização pode</u> ser necessária
	Imagiologia (tomografia computadorizada/PET, ressonância magnética)	Sem custo	20% de <u>co-seguro</u>	<u>Franquia aplica-se primeiro</u> ; <u>pode</u> <u>ser necessária</u> autorização prévia

Evento Médico Comum	Serviços que você pode precisar	O que você vai pagar		Limitações, exceções e outros Informação importante
		Na rede (Você vai pagar o mais) \$ 10 / fornecimento de varejo ou \$ 20 (\$	Fora da rede (Você pagará o mínimo)	
Se você precisar de medicamentos para tratar sua doença ou condição Mais informações <u>sobre a cobertura de medicamentos prescritos</u> estão disponíveis em bluecrossma.org/medications	Medicamentos genéricos	10 para medicamentos de valor) / fornecimento de serviço de correio \$ 25 /	\$ 20 / fornecimento de varejo e todas as taxas de serviço de correio	<u>A franquia aplica-se primeiro</u> , exceto para determinados medicamentos de valor; fornecimento de varejo de até 30 dias (serviço de <u>correio de 90 dias</u>); a participação nos custos pode ser dispensada para certos medicamentos e <u>suprimentos cobertos</u> ; pré-autorização necessária para certos medicamentos
	Medicamentos de marca preferida	fornecimento de varejo ou \$ 50 (\$ 25 para medicamentos de valor) / fornecimento de serviço	\$ 50 / fornecimento de varejo e todas as taxas de serviço de correio	
	Medicamentos de marca não preferencial	de correio \$ 45 / fornecimento de varejo ou \$ 135 / serviço de correio fornecer	\$ 90 / fornecimento de varejo e todas as taxas de serviço de correio	
	<u>medicamentos especiais</u>	<u>Compartilhamento de custo</u> aplicável (genérico, preferencial, não preferencial)	Não coberto	<u>A franquia aplica-se primeiro</u> ; quando obtido em uma farmácia especializada designada; pré-autorização <u>necessária para certos</u> medicamentos
Se você tem cirurgia ambulatorial	Taxa de instalação (por exemplo, centro de cirurgia ambulatorial)	Sem custo	20% <u>de co-seguro</u>	<u>A franquia aplica-se primeiro</u> ; pré- <u>autorização necessária</u> para determinados serviços
	Honorários do médico/cirurgião	Sem custo	20% <u>de co-seguro</u>	<u>A franquia aplica-se primeiro</u> ; pré- <u>autorização necessária</u> para determinados serviços
Se você precisar de atenção médica imediata	<u>Pronto Socorro</u>	\$ 150 / visita	\$ 150 / visita	<u>A franquia aplica-se primeiro</u> ; <u>copagamento</u> dispensado se admitido ou para estadia de observação
	<u>Transporte médico de emergência</u>	Sem custo	Sem custo	<u>Franquia aplica-se primeiro</u>
	<u>urgente qual</u>	Sem custo	20% <u>de co-seguro</u>	<u>A franquia aplica-se primeiro</u> ; uma parcela de <u>custos de tele-saúde</u> pode ser aplicável

Evento Médico Comum	Serviços que você pode precisar	O que você vai pagar		Limitações, exceções e outros Informação importante
		Na rede (Você vai pagar o mais)	Fora da rede (Você pagará menos)	
Se você tem uma internação hospitalar	Taxa de instalação (por exemplo, quarto de hospital)	Sem custo	20% de <u>co-seguro</u>	<u>A franquia aplica-se primeiro; pré- autorização / autorização necessária para determinados serviços</u>
	Honorários do médico/cirurgião	Sem custo	20% de <u>co-seguro</u>	<u>A franquia aplica-se primeiro; pré- autorização / autorização necessária para determinados serviços</u>
Se você precisar de serviços de saúde mental, saúde comportamental ou abuso de substâncias	Serviços ambulatoriais	Sem custo	20% de <u>co-seguro</u>	<u>A franquia aplica-se primeiro; uma parcela dos custos de telessaúde pode ser aplicável; _____ pré-autorização necessária para determinados serviços</u>
	Serviços de internação	Sem custo	20% de <u>co-seguro</u>	<u>A franquia aplica-se primeiro; pré- autorização / autorização necessária para determinados serviços</u>
Se você está grávida	Visitas ao escritório	Sem custo	20% de <u>co-seguro</u>	<u>A franquia aplica-se primeiro, exceto no pré- natal da rede; o compartilhamento de custos não se aplica a serviços preventivos na rede; os cuidados de maternidade podem incluir exames e serviços descritos em outra parte do SBC (ou seja, ultrassom); uma parcela de custos de telessaúde pode ser aplicável</u>
	Serviços profissionais de parto/parto	Sem custo	20% de <u>co-seguro</u>	
	Serviços de instalação de parto/parto	Sem custo	20% de <u>co-seguro</u>	

Evento Médico Comum	Serviços que você pode precisar	O que você vai pagar		Limitações, exceções e outros Informação importante
		Na rede (Você vai pagar o mais)	Fora da rede (Você pagará menos)	
Se você precisar de ajuda para se recuperar ou tiver outras necessidades especiais de saúde	<u>Cuidados de saúde em casa</u>	Sem custo	20% de <u>co-seguro</u>	<u>A franquia aplica-se primeiro; pré- autorização necessária</u>
	<u>serviços de reabilitação</u>	Sem custo para serviços ambulatoriais; Sem custo para serviços de internação	20% de <u>co-seguro para</u> serviços ambulatoriais; 20% de <u>co-seguro para</u> serviços de internação	<u>A franquia aplica-se primeiro; limitado a 60</u> consultas ambulatoriais por ano civil (exceto para autismo, atendimento <u>domiciliar de saúde</u> <u>e fonoaudiologia</u>); limitado a 60 dias por ano civil para internações; uma parcela dos custos de telessaúde pode ser aplicável; pré- <u>autorização necessária para</u> <u>determinados serviços</u>
	<u>serviços de habilitação</u>	Sem custo	20% de <u>co-seguro</u>	<u>A franquia aplica-se primeiro; limites de</u> cobertura de terapia de reabilitação ambulatorial se aplicam; limites de cobertura dispensados para serviços de intervenção precoce para crianças elegíveis; uma <u>parcela de custos de</u> telessaúde pode ser aplicável
	<u>cuidados de enfermagem qualificados</u>	Sem custo	20% de <u>co-seguro</u>	<u>A franquia aplica-se primeiro; limitado a 100 dias</u> por ano civil; pré autorização <u>necessária</u>
	<u>Equipamento médico durável</u>	20% de <u>co-seguro</u>	40% de <u>co-seguro</u>	<u>A franquia aplica-se primeiro; participação nos</u> <u>custos dentro da rede dispensada para uma</u> bomba de mama por nascimento, incluindo <u>suprimentos (co-seguro de 20% para fora da rede)</u>
	<u>serviços de cuidados paliativos</u>	Sem custo	20% de <u>co-seguro</u>	<u>A franquia aplica-se primeiro; pré- autorização necessária para determinados</u> serviços
Se seu filho precisa de cuidados dentários ou oftalmológicos	exame de vista infantil	Sem custo	20% de <u>co-seguro</u>	Limitado a um exame a cada 24 meses
	Oculos infantil	Não coberto	Não coberto Co-	Nenhum
	Check-up odontológico infantil	Gratuito para membros com fissura palatina/lábio leporino	<u>seguro de 20% para</u> membros com fissura palatina/lábio leporino	Limitado a membros menores de 18 anos

Serviços Excluídos e Outros Serviços Cobertos: Serviços

que Seu Plano Geralmente NÃO Cobre (Verifique sua apólice ou documento do plano para obter mais informações e uma lista de outros serviços excluídos.) • Óculos infantis • Cirurgia estética		
	• Atendimento odontológico (adulto) • Cuidados de longo prazo	• Enfermagem privada

Outros serviços cobertos (Limitações podem ser aplicadas a esses serviços. Esta não é uma lista completa. Consulte o documento do seu plano.) • Acupuntura (12		
visitas por ano civil) • Cirurgia bariátrica • Tratamento quiroprático • Aparelhos auditivos (US\$ 2.000 por ouvido a cada 36 meses para associados com 21 anos ou menos)	• Tratamento de infertilidade • Cuidados não emergenciais ao viajar para fora do país NÓS • Atendimento oftalmológico de rotina - adulto (um exame a cada 24 meses)	• Cuidados rotineiros com os pés (somente para pacientes com doença circulatória sistêmica) • Programas de perda de peso (US\$ 150 por ano civil por política)

Seus direitos para continuar a cobertura: existem agências que podem ajudar se você quiser continuar sua cobertura após o término. As informações de contato dessas agências são: US Department of Labor, Employee Benefits Security Administration em 1-866-444-EBSA (3272) ou www.dol.gov/ebsa/healthreform e US Department of Health and Human Services em 1-877-267-2323 x61565 ou www.cciio.cms.gov. O departamento de seguros do seu estado também pode ajudar. Se você for residente de Massachusetts, pode entrar em contato com a Divisão de Seguros de Massachusetts pelo telefone 1-877-563-4467 ou www.mass.gov/doi. Outras opções de cobertura também podem estar disponíveis para você, incluindo a compra de cobertura de seguro individual por meio do Health Insurance Marketplace. Para obter mais informações sobre o Marketplace, visite www.HealthCare.gov ou ligue para 1-800-318-2596. Para obter mais informações sobre a possibilidade de comprar cobertura individual por meio de uma bolsa estadual, você pode entrar em contato com o mercado do seu estado, se aplicável. Se você for residente de Massachusetts, entre em contato com o Massachusetts Health Connector visitando www.mahealthconnector.org. Para obter mais informações sobre seus direitos de continuar com a cobertura do empregador, entre em contato com o patrocinador do plano. (Um patrocinador do plano geralmente é o empregador ou organização do membro que fornece cobertura de saúde em grupo para o membro.)

Seus direitos de reclamação e apelação: Existem agências que podem ajudar se você tiver uma reclamação contra seu plano por uma recusa de uma reivindicação. Essa reclamação é chamada de reclamação ou apelação. Para obter mais informações sobre seus direitos, consulte a explicação dos benefícios que você receberá por essa reivindicação médica. Os documentos do seu plano também fornecem informações completas sobre como enviar uma reivindicação, apelação ou reclamação por qualquer motivo ao seu plano. Para obter mais informações sobre seus direitos, este aviso ou assistência, ligue para 1-800-472-2689 ou entre em contato com o patrocinador do seu plano. (Um patrocinador do plano geralmente é o empregador ou organização do membro que fornece cobertura de saúde em grupo para o membro.) Você também pode entrar em contato com o Escritório de Proteção ao Paciente em 1-800-436-7757 ou www.mass.gov/hpc/opp.

Este plano oferece Cobertura Essencial Mínima? Sim.

A Cobertura Essencial Mínima geralmente inclui planos, seguro saúde disponível no Marketplace ou outras apólices de mercado individuais, Medicare, Medicaid, CHIP, TRICARE e outras coberturas específicas. Se você for elegível para certos tipos de Cobertura Essencial Mínima, você pode não ser elegível para o crédito de imposto premium.

Este plano atende aos Padrões de Valor Mínimo? Sim.

Se o seu plano não atender aos Padrões de Valor Mínimo, você pode se qualificar para um crédito de imposto premium para ajudá-lo a pagar por um plano por meio do Marketplace.

Isenção de responsabilidade: Este documento contém apenas uma descrição parcial dos benefícios, limitações, exclusões e outras disposições deste plano de saúde. Não é uma política. É apenas uma visão geral. Ele não fornece todos os detalhes desta cobertura, incluindo benefícios, exclusões e limitações da apólice. Caso haja discrepâncias entre este documento e a apólice, os termos e condições da apólice prevalecerão.

Para ver exemplos de como esse plano pode cobrir os custos de uma situação médica de amostra, consulte a próxima seção.

Sobre estes exemplos de cobertura:



Este não é um estimador de custos. Os tratamentos mostrados são apenas exemplos de como este plano pode cobrir cuidados médicos. Seus custos reais serão diferentes, dependendo dos cuidados reais que você recebe, dos preços cobrados pelos provedores e de muitos outros fatores. Foco nos valores de compartilhamento de custos (franquias, copagamentos e cosseguos) e serviços excluídos do plano. Use essas informações para comparar a parte dos custos que você pode pagar em diferentes planos de saúde. Observe que esses exemplos de cobertura são baseados apenas em cobertura própria.

Peg está tendo um bebê (9 meses de pré-natal na rede e um parto no hospital)

• Franquia <u>geral do plano</u> • <u>Co-pagamento</u>	\$ 2.900
<u>da taxa de entrega</u> • <u>Co-</u>	\$
<u>pagamento da taxa de</u>	0
<u>instalação</u> • <u>Co-pagamento de testes de diagnóstico</u>	\$ 0 \$ 0

Este evento EXEMPLO inclui serviços como:

- Consultas especializadas (pré-natal)
- Serviços profissionais de parto/parto
- Serviços de parto/parto
- Exames de diagnóstico (ultrassonografias e exames de sangue)
- Consulta especializada (anestesia)

Custo Total de Exemplo	\$ 12.700
------------------------	-----------

Neste exemplo, Peg pagaria:

<u>Compartilhamento de custos</u>	
<u>Franquias</u>	\$ 2.900
<u>Copagamentos</u>	\$ 10
<u>Cosseguo</u>	\$ 0
<u>O que não está coberto</u>	
<u>Limites ou exclusões</u>	\$ 60
O total que Peg pagaria é	\$ 2.970

Gerenciando o diabetes tipo 2 de Joe (um ano de cuidados de rotina na rede de uma condição bem controlada)

• Franquia <u>global do plano</u> • <u>Co-pagamento</u>	\$ 2.900
<u>por visita de especialista</u> • <u>Co-</u>	\$
<u>pagamento por visita de cuidados</u>	0
<u>primários</u> • <u>Co-pagamento por exames de diagnóstico</u>	\$ 0 \$ 0

Este evento EXEMPLO inclui serviços como:

- Visitas ao consultório do médico de cuidados primários (incluindo educação sobre a doença)
- Testes de diagnóstico (exames de sangue)
- Medicamentos prescritos
- Equipamento médico durável (medidor de glicose)

Custo Total de Exemplo	\$ 5.600
------------------------	----------

Neste exemplo, Joe pagaria:

<u>Compartilhamento de custos</u>	
<u>Franquias</u>	\$ 2.900
<u>Copagamentos</u>	\$ 400
<u>Cosseguo</u>	\$ 0
<u>O que não está coberto</u>	
<u>Limites ou exclusões</u>	\$ 20
O total que Joe pagaria é	\$ 3.320

Fratura Simples de Mia (consulta de pronto-socorro dentro da rede e atendimento de acompanhamento)

• Franquia <u>global do plano</u> • <u>Copagamento</u>	\$ 2.900
<u>por visita de especialista</u> •	\$
<u>Copagamento por pronto-socorro</u>	0 \$
• <u>Copagamento por serviços de ambulância</u>	150 \$ 0

Este evento EXEMPLO inclui serviços como:

- Atendimento de emergência (incluindo suprimentos médicos)
- Exame de diagnóstico (raio-x)
- Equipamento médico durável (muletas)
- Serviços de reabilitação (fisioterapia)

Custo Total de Exemplo	\$ 2.800
------------------------	----------

Neste exemplo, Mia pagaria:

<u>Compartilhamento de custos</u>	
<u>Franquias</u>	\$ 2.800
<u>Copagamentos</u>	\$
<u>Cosseguo</u>	0 \$ 0
<u>O que não está coberto</u>	
<u>Limites ou exclusões</u>	\$
O total que Mia pagaria é	0 \$ 2.800



Este plano de saúde atende aos Padrões Mínimos de Cobertura Creditável para residentes de Massachusetts que entraram em vigor em 1º de janeiro de 2014, como parte da Lei de Reforma do Sistema de Saúde de Massachusetts.



A Blue Cross Blue Shield de Massachusetts cumpre as leis federais de direitos civis aplicáveis e não discrimina com base em raça, cor, nacionalidade, idade, deficiência, sexo, orientação sexual ou identidade de gênero. Ele não exclui as pessoas ou as trata de maneira diferente por causa de raça, cor, nacionalidade, idade, deficiência, sexo, orientação sexual ou identidade de gênero.

Blue Cross Blue Shield de Massachusetts fornece:

- Auxílios e serviços gratuitos para pessoas com deficiência se comunicarem efetivamente conosco, como intérpretes qualificados de linguagem de sinais e informações escritas em outros formatos (impressões grandes ou outros formatos).
- Serviços linguísticos gratuitos para pessoas cujo idioma principal não é o inglês, como intérpretes qualificados e informações escritas em outros idiomas.

Se precisar desses serviços, ligue para o Atendimento ao Membro no número que consta em seu cartão de identificação.

Se você acredita que a Blue Cross Blue Shield de Massachusetts falhou em fornecer esses serviços ou discriminou de outra forma com base em raça, cor, nacionalidade, idade, deficiência, sexo, orientação sexual ou identidade de gênero, você pode registrar uma reclamação com o Coordenador de Direitos Civis pelo correio no Coordenador de Direitos Civis, Blue Cross Blue Shield de Massachusetts, One Enterprise Drive, Quincy, MA 02171-2126; telefone em **1-800-472-2689 (TTY: 711)**; fax em **1-617-246-3616**; ou envie um e-mail para civilrightscoordinator@bcbsma.com.

Se precisar de ajuda para registrar uma reclamação, o Coordenador de Direitos Civis está disponível para ajudá-lo.

Você também pode registrar uma reclamação de direitos civis junto ao Departamento de Saúde e Serviços Humanos dos EUA, Escritório de Direitos Civis, on-line em **ocrportal.hhs.gov**; por correio nos EUA Departamento de Saúde e Serviços Humanos, 200 Independence Avenue, SW Sala 509F, Edifício HHH, Washington, DC 20201; por telefone em **1-800-368-1019** ou **1-800-537-7697 (TDD)**.

Os formulários de reclamação estão disponíveis em **hhs.gov**.



Proficiência dos Serviços de Assistência Linguística

Espanhol/Español: **ATENÇÃO:** Se você fala espanhol, serviços gratuitos de assistência linguística estão disponíveis para você. Ligue para o número de Atendimento ao Cliente em seu cartão de identificação (TTY: 711).

Portuguese/Português: **ATENÇÃO:** Se fala português, são-lhe disponibilizados gratuitamente serviços de assistência de idiomas. Telefone para os Serviços aos Membros, através do número no seu cartão ID (TTY: 711).

Chinês/chinês simplificado: Observação: se você fala chinês, podemos fornecer assistência linguística gratuita. Ligue para os Serviços para Membros no número que consta no seu cartão de identificação (número TTY: 711).

Crioulo haitiano/Crioulo haitiano: **ATENÇÃO:** Se você fala crioulo haitiano, serviços de assistência linguística estão disponíveis para você gratuitamente. Ligue para o número dos Serviços para Membros no seu cartão de identificação (Serviço para Deficientes Auditivos TTY: 711).

Vietnamita/Vietnamita : OBSERVAÇÃO: Se você fala vietnamita, os serviços de assistência linguística são fornecidos gratuitamente. Ligue para os Serviços para Membros no número que consta no seu cartão de identificação (TTY: 711).

Russo/Russo: ATENÇÃO: se você fala russo, pode usar os serviços gratuitos de intérprete. Ligue para o Atendimento ao Cliente no número do seu cartão de identificação (TTY: 711).

Árabe: Atenção: Se

você fala árabe, os serviços de assistência linguística são fornecidos gratuitamente para você. Ligue para os Serviços para membros no número em seu ID (TTY: 711).

[illegible]

Francês/Français: ATENÇÃO: Se você fala francês, os serviços de assistência linguística estão disponíveis gratuitamente. Ligue para os Serviços para Membros no número indicado no seu cartão de seguro (TTY: 711).

Italiano/Italiano: **ATENÇÃO:** se você fala italiano, serviços gratuitos de assistência linguística estão disponíveis para você. Ligue para os Serviços para Membros no número que consta no seu cartão de identificação (TTY: 711).

Coreano/Coreano: ATENÇÃO: Se você fala coreano, serviços de assistência linguística, gratuitos, estão disponíveis para você. Ligue para os Serviços para Membros usando o número de telefone em seu cartão de identificação (TTY: 711).

Grego/Grego: ATENÇÃO: Se você fala grego, serviços de assistência linguística estão disponíveis para você, Grego/Grego: ATENÇÃO: Se você fala grego, serviços de assistência linguística estão disponíveis para você, gratuitamente. Ligue para os Serviços para Membros no número do seu cartão de identificação gratuitamente. Ligue para os Serviços para Membros no número do seu cartão de identificação (TTY: 711). (TTY: 711).



Polonês/Polonês: ATENÇÃO: As pessoas que falam polonês podem usar a assistência linguística gratuitamente. Ligue para os Serviços de Segurados no número em seu ID (TTY: 711).

Hindi/य्यय्यय्य: NOTA: Se você é um falante nativo, serviços de interpretação e interpretação estão disponíveis gratuitamente. O seu ID será enviado para os serviços para membros.
Ligue para o número no cartão (td.td.wy.: 711).

Gujarati/Gujarati: Observação: se você fala Gujarati, tem acesso aos serviços de suporte ao pânico. Ligue para o Serviço de Atendimento ao Membro no número fornecido em seu cartão de identificação Tamaya (TTY: 711).

Tagalog/Tagalog: AVISO: Se você fala o idioma tagalo, serviços gratuitos de assistência linguística estão disponíveis para você. Ligue para os Serviços para Membros no número que consta no seu cartão de identificação (TTY: 711).

Japonês/Japonês: Aviso: Para aqueles que falam japonês, um serviço gratuito de assistência linguística está disponível. Ligue para os Serviços para Membros usando o número de telefone em seu cartão de identificação (TTY: 711).

Alemão/Deutsch: ATENÇÃO: Se você fala alemão, o suporte para idiomas estrangeiros está disponível gratuitamente. Ligue para os Serviços para Membros usando o número do seu cartão de identificação (TTY: 711).

Persa/Persa: Nota: Se você fala persa, os serviços de assistência linguística serão fornecidos gratuitamente. Ligue para os Serviços para membros no número de telefone listado em seu cartão de identificação (TTY: 711).

Língua Lao/Lao: Devo prestar atenção: aprenda a língua Lao, aprenda como aprender a língua da língua Lao. Ligue para o número de telefone para obter o número de telefone na sua área (TTY: 711). Navajo/Diné Bizaad: BAA #KOHWIINDZIN DOO&G&: Din4 k'ehj7 y1n7[t'i'go saad bee y1t'i' 47 t'11j77k'e bee n7k1'a'doowo[go 47 n1'ahoot'i '. D77 bee an7tah7g7
ninaaltsoos bine'd44' n0omba bik1'7g7ij8' b44sh bee hod77lnih (TTY: 711).