



Entienda la Transición del Cuidado de la Salud y la Continuidad del Cuidado de la Salud.



Transición del Cuidado de la Salud

La transición del cuidado de la salud les ofrece a los miembros de UnitedHealthcare la alternativa de solicitar una extensión de la cobertura de su profesional de cuidado de la salud actual fuera de la red durante un plazo limitado, como consecuencia de una condición médica específica, hasta que se pueda coordinar el cambio seguro a un profesional de cuidado de la salud de la red. Para la Transición del Cuidado de la Salud según el Código de Seguros de California, el reembolso de un miembro fuera de la red se puede pagar a un nivel más alto. El miembro es responsable de la diferencia entre la cantidad de reembolso y la cantidad facturada del proveedor fuera de la red además del deducible o el coseguro del miembro. En la página 2 de este documento se detallan ejemplos de condiciones médicas cubiertas. Debe presentar su solicitud para la Transición del Cuidado de la Salud en un plazo no mayor de 30 días después de la fecha en que comienza su cobertura de UnitedHealthcare, a través del formulario que comienza en la página 5. Las solicitudes que se reciban después de los 30 días se revisarán caso por caso.



Obtenga ayuda para comprender estos términos de seguro de salud y más en la página 3.



Continuidad del Cuidado de la Salud

La Continuidad del Cuidado de la Salud le brinda a los miembros de UnitedHealthcare la opción de solicitar que se extienda el cuidado de su profesional de cuidado de la salud actual si este ya no trabaja con su plan de salud y ahora se considera fuera de la red. Los miembros que tengan razones médicas que impidan realizar un cambio inmediato a un profesional de cuidado de la salud de la red podrían solicitar la extensión de la cobertura para recibir servicios a niveles de beneficio y costo compartido asociados con proveedores dentro de la red y tarifas de la red para condiciones médicas específicas durante un período definido de tiempo. Las solicitudes que se reciban después de los 30 días se revisarán caso por caso.

En la página 2 de este documento se detallan ejemplos de condiciones médicas cubiertas.

Si su profesional de cuidado de la salud abandona la red de UnitedHealthcare, usted debe presentar una solicitud para la Transición del Cuidado de la Salud en un plazo no mayor de 30 días de la fecha de cancelación del profesional de cuidado de la salud, a través del formulario que comienza en la página 5.

Cómo Funcionan la Transición del Cuidado de la Salud y la Continuidad del Cuidado de la Salud:

Usted ya debe estar en tratamiento activo y vigente (consulte la definición en la página 4) proporcionado por el profesional de cuidado de la salud sin contrato, identificado para tratar la condición que figura en el formulario de Transición del Cuidado de la Salud o Continuidad del Cuidado de la Salud a continuación.

- UnitedHealthcare debe tomar una determinación formal que indique que el cambio a un profesional de cuidado de la salud de la red tendría un efecto negativo en su salud. Su petición se evaluará según la ley estatal vigente y los estándares de acreditación.
- Si se aprueba su solicitud para la condición médica que figura en su formulario, usted recibirá cobertura para el tratamiento de la condición específica por parte del profesional de cuidado de la salud durante un plazo definido hasta que ocurra lo siguiente:
 - La condición del miembro en virtud de la Transición del Cuidado de la Salud o Continuidad del Cuidado de la Salud sea médicamente estable; y
 - No existan enfermedades o problemas médicos que impidan una transferencia segura a un profesional de cuidado de la salud de la red. Esto se determina por UnitedHealthcare en consulta con su proveedor de cuidado de la salud fuera de la red y, si corresponde, su profesional de cuidado de la salud asignado de la red.

Todos los demás servicios o suministros deberán ser prestados por un profesional de cuidado de la salud de la red para que usted reciba los niveles de cobertura de la red. Si su plan incluye cobertura fuera de la red y decide continuar con el cuidado más allá del período aprobado por UnitedHealthcare, usted debe cumplir con los requisitos de su plan para cuidado fuera de la red, incluidos los requisitos de preautorización.

- La disponibilidad de cobertura de Transición del Cuidado de la Salud o Continuidad del Cuidado de la Salud no garantiza que un tratamiento sea médicamente necesario o que esté cubierto por los beneficios de su plan. Según el pedido real, es posible que de todos modos se requiera una determinación de necesidad médica y una preautorización formal para que se cubra un servicio.

Ejemplos de condiciones médicas que pueden calificar para la Transición del Cuidado de la Salud y la Continuidad del Cuidado de la Salud:

- Embarazo durante el tiempo que dure el embarazo hasta seis semanas después del parto.
 - La cobertura para recién nacidos comienza en el momento del nacimiento y continúa durante 30 días. Usted debe seleccionar un pediatra de la red y notificar al representante de su plan de salud dentro de los 30 días de la fecha de nacimiento del bebé para que agregue al bebé a su plan.
- El cuidado para recién nacidos para un hijo entre el nacimiento y los 36 meses de edad. La cobertura en virtud de la Transición del Cuidado de la Salud o Continuidad del Cuidado de la Salud no excederá los 12 meses desde la fecha de cancelación del acuerdo del proveedor o desde la fecha de vigencia del miembro recientemente inscrito. La cobertura tampoco se extenderá después del tercer (3er) cumpleaños del niño.
- Cáncer diagnosticado recientemente o recaída de cáncer y actualmente en tratamiento con quimioterapia, radioterapia o reconstrucción.
- Candidatos a trasplantes o receptores de trasplantes que necesitan cuidado continuo como consecuencia de complicaciones relacionadas con un trasplante.
- Cirugía u otro procedimiento autorizado por el plan que deba ocurrir dentro de los 180 días posteriores a la fecha de cancelación del contrato o en un plazo no mayor de 180 días de la fecha de vigencia de la cobertura para un miembro recientemente cubierto como parte de un tratamiento documentado y recomendado por el proveedor.
- Condiciones agudas graves en tratamiento activo, como ataques cardíacos o derrames cerebrales. La prestación de los servicios cubiertos se cumplirá mientras dure la condición aguda.
- Otras condiciones crónicas graves que requieran tratamiento activo.
- Tratamiento para una enfermedad terminal, una condición incurable o irreversible con altas probabilidades de causar la muerte en un plazo de un (1) año. La prestación de los servicios cubiertos se cumplirá mientras dure la enfermedad.
- Cuidado de la salud del comportamiento y del abuso de sustancias durante un período de tiempo razonable para el cambio seguro del cuidado a un profesional de cuidado de la salud de la red. Esto incluye:
 - Cuidado de la salud del comportamiento recibido de parte de un psiquiatra, psicólogo con licencia, terapeuta matrimonial y familiar con licencia o trabajador social clínico con licencia. Para recibir servicios de salud del comportamiento y para el abuso de sustancias, comuníquese con su compañía de seguros de salud del comportamiento y abuso de sustancias a través del número de teléfono de servicio al cliente que se encuentra en su información de inscripción o en su tarjeta de ID de cuidado de la salud.
 - Enfermedad mental materna recibida de un proveedor de cuidado de la salud que la trata. La terminación de los servicios cubiertos para el cuidado de la salud para la enfermedad mental materna no deberá exceder los 12 meses a partir del diagnóstico o del final del embarazo, lo que ocurra más tarde.

Ejemplos de condiciones que no califican para la Transición del Cuidado de la Salud y la Continuidad del Cuidado de la Salud:

- Exámenes de rutina, vacunas y evaluaciones de la salud.
- Condiciones crónicas que se encuentren estables (excepto según lo exigido por la ley estatal).
- Enfermedades leves como resfriados, dolores de garganta e infecciones de oído.
- Cuidado para cualquier condición que exceda los 12 meses después de la fecha de cancelación del proveedor o su fecha de vigencia de cobertura. Este límite no se aplica a la Continuidad del Cuidado de la Salud para una enfermedad terminal.

Preguntas frecuentes:

P Si se aprueba mi solicitud, ¿cuánto tiempo tendré para cambiarme a un nuevo profesional de cuidado de la salud de la red?

R Si UnitedHealthcare determina que no es recomendable o seguro el cambio a un profesional de cuidado de la salud participante para las condiciones que califican para la Transición del Cuidado de la Salud o la Continuidad del Cuidado de la Salud, los servicios que preste el profesional de cuidado de la salud aprobado fuera de la red se autorizarán durante un período específico de tiempo o hasta que se haya completado el cuidado o se haya cambiado a un profesional de cuidado de la salud participante, lo que ocurra primero. Debe presentar una solicitud para la Transición del Cuidado de la Salud o Continuidad del Cuidado de la Salud en un plazo no mayor de 30 días a partir de la fecha de vigencia de la cobertura o de los 30 días de la fecha de cancelación del proveedor de cuidado, de lo contrario, es posible que no cumpla los requisitos para el servicio de Transición del Cuidado de la Salud o Continuidad del Cuidado de la Salud. Las solicitudes que se reciban después de los 30 días se revisarán caso por caso.

P Si obtengo la aprobación para la Transición del Cuidado de la Salud o la Continuidad del Cuidado de la Salud para una enfermedad, ¿puedo recibir cobertura de la red para una condición que no esté relacionada?

R No. Los niveles de cobertura de la red que se proporcionan como parte de la Transición del Cuidado de la Salud o la Continuidad del Cuidado de la Salud son únicamente para enfermedades específicas y no se pueden aplicar a otra condición. Si busca cobertura de Transición del Cuidado de la Salud o Continuidad del Cuidado de la Salud para más de una enfermedad, debe completar un Formulario de Transición del Cuidado de la Salud/Continuidad del Cuidado de la Salud para cada condición específica.

Definiciones:

Transición del Cuidado de la Salud: Le ofrece a los nuevos miembros de UnitedHealthcare la alternativa de solicitar una extensión de la cobertura de su profesional de cuidado de la salud actual fuera de la red durante un plazo limitado, como consecuencia de una condición médica específica, hasta que se pueda coordinar el cambio seguro a un profesional de cuidado de la salud de la red.

Continuidad del Cuidado de la Salud: Le brinda a los miembros de UnitedHealthcare la opción de solicitar que se extienda el cuidado de su profesional de cuidado de la salud actual si este ya no trabaja con su plan de salud y ahora se considera fuera de la red.

Enfermedad Mental Materna: Una enfermedad mental que puede afectar a una mujer durante el embarazo, el período perinatal o posparto, o que surge durante el embarazo, en el período perinatal o posparto, hasta un (1) año después del parto.

Dentro de la red: Los centros, los proveedores y los distribuidores con los que su plan de salud tiene contrato para prestar servicios para el cuidado de la salud.

Fuera de la red: Servicios proporcionados por un proveedor no participante.

Preautorización: Una evaluación que se realiza para la cobertura de su plan de salud antes de que pueda acceder a medicamentos o servicios.

Tratamiento activo: Un tratamiento activo habitualmente implica visitas regulares al profesional para monitorear el estado de una enfermedad o un trastorno, proporcionar tratamiento directo, recetar medicamentos u otro tratamiento o modificar un plan de tratamiento. La interrupción de un tratamiento activo podría ocasionar una recurrencia o el empeoramiento de la condición en tratamiento e interferir con la recuperación. Por lo general, un tratamiento activo se define como aquel que se encuentra en curso en los últimos 30 días, pero que se evalúa según cada caso.

Consulte otros términos y definiciones de cuidado de la salud y seguro de salud en [justplainclear.com](https://www.justplainclear.com).

Formulario de Transición del Cuidado de la Salud y Continuidad del Cuidado de la Salud

Este formulario es para todos los miembros asegurados por completo en California.

Para llenar este formulario:

- Asegúrese de completar todos los campos.
- Cuando se llene el formulario, el miembro para quien se solicita la Transición del Cuidado de la Salud o Continuidad del Cuidado de la Salud debe firmarlo. Si el miembro es menor de edad, deberá firmar un tutor.
- Debe presentar una solicitud para la Transición del Cuidado de la Salud o Continuidad del Cuidado de la Salud en un plazo no mayor de los 30 días de la fecha de vigencia de la cobertura o de los 30 días de la fecha de cancelación del proveedor de cuidado. Los formularios que se reciban después de los 30 días se revisarán caso por caso.
- Se debe llenar un formulario por separado para cada condición por la que usted o sus dependientes soliciten la Transición del Cuidado de la Salud o la Continuidad del Cuidado de la Salud.
- Envíe el formulario lleno por correo o fax, junto con la información y los registros médicos pertinentes, en un plazo no mayor de 30 días después de la fecha de vigencia de su plan de UnitedHealthcare a:

UnitedHealthcare

600 Airborne Parkway
Cheektowaga, NY 14225

Attn: Transition of Care/Continuity of Care

Fax: 1(855) 686 - 3561

- Después de recibir su pedido, UnitedHealthcare revisará y evaluará la información proporcionada. Los formularios incompletos serán devueltos al solicitante. Si el formulario está completo, le enviaremos una carta para informarle si se aprobó o se denegó su petición. La presentación de este formulario lleno no garantiza que se concederá el pedido de transición del cuidado de la salud o continuidad del cuidado de la salud.
- Para recibir servicios de salud del comportamiento y para el abuso de sustancias, comuníquese con su compañía de seguros de salud del comportamiento y abuso de sustancias a través del número de teléfono de servicio al cliente que se encuentra en su información de inscripción o en su tarjeta de ID de cuidado de la salud.

Información del miembro / Member Information

<input type="checkbox"/> Miembro nuevo de UnitedHealthcare (solicitante de la Transición del Cuidado de la Salud) / New UnitedHealthcare member (Transition of Care applicant)		Fecha de cancelación del proveedor / Provider Termination Date
<input type="checkbox"/> Miembro actual de UnitedHealthcare cuyo proveedor de cuidado de la salud finalizó sus servicios (solicitante de Continuidad del Cuidado de la Salud) / Existing UnitedHealthcare member whose care provider terminated (Continuity of Care applicant)		
Nombre (persona que actualmente recibe tratamiento) / Name (Person being treated)	Número de ID del miembro de UnitedHealthcare / UnitedHealthcare Member ID Number	Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa) / Date of Birth (mm/dd/yyyy)
Dirección / Address	Ciudad / City	Estado/código postal / State/ZIP Code
Número de teléfono celular/de la casa / Home/Cell Phone Number		Número de teléfono del trabajo / Work Phone Number
Nombre del empleador / Employer Name		Fecha de inscripción en el plan de UnitedHealthcare (mm/dd/aaaa) / Date of Enrollment in the UnitedHealthcare Plan (mm/dd/yyyy)
Relación del miembro con el empleado / Member's Relationship to Employee <input type="checkbox"/> Usted mismo / Self <input type="checkbox"/> Dependiente / Dependent <input type="checkbox"/> Cónyuge / Spouse <input type="checkbox"/> Otra / Other	¿Actualmente el miembro tiene la cobertura de otra compañía de seguros de salud? <input type="checkbox"/> Sí / Yes <input type="checkbox"/> No / No Si la respuesta es sí, proporcione el nombre de la compañía de seguros: / If yes, carrier name:	

Información del miembro / Member Information

Autorización para divulgar registros: / Authorization to release records:

Autorizo a todos los médicos y a otros profesionales o centros de cuidado de la salud a proporcionar información a UnitedHealthcare sobre el cuidado médico, asesoramiento, tratamiento o suministros para el miembro mencionado anteriormente. Esta información se usará para determinar si el miembro cumple los requisitos para obtener los beneficios de Transición del Cuidado de la Salud o de Continuidad del Cuidado de la Salud en virtud del plan. / I authorize all physicians and other health care professionals or facilities to provide UnitedHealthcare information concerning medical care, advice, treatment or supplies for the member named above. This information will be used to determine the member's eligibility for Transition of Care/Continuity of Care benefits under the plan.

Firma del miembro/Firma del padre, madre o tutor si el miembro es menor de edad /
Member's Signature/Parent or Guardian's Signature if Member is a Minor

Fecha (mm/dd/aaaa) /
Date (mm/dd/yyyy)

Sección del Proveedor de Cuidado de la Salud: Su profesional de cuidado de la salud debe completar la siguiente información. / Care Provider Section: Your health care professional should complete the following information.

Nombre (Médico que la trata u otro profesional de cuidado de la salud) / Name (Treating physician or other health care professional)	Identificador nacional del proveedor (NPI) o número de ID fiscal (TIN) / National Provider Identifier (NPI) or Tax ID Number (TIN)	Número de teléfono / Phone Number
Dirección / Address	Ciudad / City	Estado/código postal / State/ZIP Code
Nombre del centro, identificador nacional del proveedor (NPI) o número de ID fiscal (TIN), dirección, ciudad, estado / Facility Name, NPI/TIN, Address, City, State		Número de teléfono del centro / Facility Phone Number
Fecha de la última visita (mm/dd/aaaa) / Date of Last Visit (mm/dd/yyyy)	Próxima cita programada (mm/dd/aaaa) / Next Scheduled Appointment (mm/dd/yyyy)	Frecuencia de las visitas / Frequency of Visits
Diagnóstico / Diagnosis	Duración prevista del tratamiento / Expected Length of Treatment	En el caso de maternidad: Fecha prevista de parto (mm/dd/aaaa) / If Maternity: Expected Date of Delivery (mm/dd/yyyy)

Seleccione 1 de las descripciones si corresponde: / Please select 1 of the descriptions if it applies:

- Condición potencialmente mortal / Life-Threatening Condition Condición aguda / Acute Condition
 Trasplante / Transplant Paciente hospitalizado/recluido / Inpatient/Confined Cirugía prevista / Upcoming Surgery
 Discapacitado/discapacidad / Disabled/Disability Enfermedad terminal / Terminal Illness
 Tratamiento continuo / Ongoing Treatment

Miembros recién nacidos: La cobertura para recién nacidos comienza en el momento del nacimiento y continúa durante 30 días. Usted debe seleccionar un pediatra de la red y notificar al representante de su plan de salud dentro de los 30 días de la fecha de nacimiento del bebé para que agregue al bebé a su plan. / **Newborn members:** Coverage for newborn children begins at the moment of birth and continues for 30 days. You must select a network pediatrician and notify your health plan representative within 30 days from the baby's date of birth to add the baby to your plan.

¿Es el tratamiento por una exacerbación de una lesión previa o una condición crónica? / Is the treatment for an exacerbation of a previous injury or chronic condition? Sí / Yes No / No

Condición actual y plan de tratamiento asociado (incluya un breve comentario y todos los códigos de Terminología de Procedimientos Actuales [CPT] pertinentes*) / Current Condition and Associated Treatment Plan (include brief statement and all relevant CPT codes*)

Si estas necesidades de cuidado no están relacionadas con la condición por la cual solicita la cobertura de Transición del Cuidado de la Salud o de Continuidad del Cuidado de la Salud, llene un formulario de Transición del Cuidado de la Salud o de Continuidad del Cuidado de la Salud por separado para cada condición. *Adjunte documentación clínica adicional, según sea necesario. / If these care needs are not associated with the condition for which you are applying for Transition of Care and Continuity of Care coverage, please complete a separate Transition of Care and Continuity of Care form for each condition. *attach additional clinical, as needed.

Sección del Proveedor de Cuidado de la Salud: Su profesional de cuidado de la salud debe completar la siguiente información. / Care Provider Section: Your health care professional should complete the following information.

El paciente mencionado anteriormente es miembro de UnitedHealthcare. Comprendemos que usted no es proveedor participante en la red de UnitedHealthcare, o que pronto dejará de serlo. El miembro ha solicitado que durante un período definido de tiempo extendamos la cobertura para el cuidado en virtud del plan de beneficios del miembro para los servicios cubiertos que usted proporciona como proveedor no participante. Esto se debe a una condición que califica. Si aprobamos este pedido, usted acepta (1) proporcionar el servicio cubierto, incluido cualquier cuidado de seguimiento cubierto por el plan del miembro y (2) si corresponde, los términos y condiciones de su acuerdo de participación se continuarán aplicando al servicio cubierto, incluido cualquier cuidado de seguimiento cubierto por el plan del miembro. Tenga en cuenta lo siguiente: / The above-named patient is a UnitedHealthcare member. We understand you are not, or soon will not be, a participating provider in the UnitedHealthcare network. The member has asked that for a defined period of time we extend coverage for care under the member's benefit plan for the covered services you provide as a non-participating provider. This is because of a qualifying condition. If we approve this request, you agree (1) to provide the covered service, including any follow-up care covered under the member's plan, and (2) if applicable, the terms and conditions of your participation agreement will continue to apply to the covered service, including any follow-up care covered under the member's plan. Please note the following:

- Si corresponde, el pago en virtud de su acuerdo de participación, junto con cualquier copago, deducible o coseguro que deba pagar el miembro en virtud del plan, corresponde al pago en su totalidad del servicio cubierto y usted no intentará recuperar ni aceptará ningún pago del miembro, UnitedHealthcare o de cualquier otro pagador o persona que actúe en su nombre que supere el pago total, independientemente de que dicha cantidad sea inferior a su cargo habitual o facturado. / If applicable, payment under your participation agreement, together with any copayment, deductible or coinsurance for which the member is responsible under the plan is payment in full for the covered service and you will not seek to recover, and will not accept any payment from the member, UnitedHealthcare, or any payer or anyone acting on their behalf, in excess of payment in full, regardless of whether such amount is less than your billed or customary charge.
- Cuando se le solicite, usted nos proporcionará información sobre el tratamiento del miembro. / Upon request, you will share information regarding the member's treatment with us.
- Si corresponde, usted realizará referencias para los servicios, incluidos los servicios de laboratorio, a proveedores de la red de acuerdo con los términos de su acuerdo de participación. / If applicable, you will make referrals for services including laboratory services, to network providers in accordance with the terms of your participation agreement.

Firma del profesional de cuidado de la salud /
Signature of Health Care Professional

Fecha (mm/dd/aaaa) /
Date (mm/dd/yyyy)

AVISO DE CONFIDENCIALIDAD: La información que figura en este documento se considera información comercial de propiedad exclusiva o confidencial de UnitedHealthcare. Consecuentemente, solo la persona o la entidad a la cual esté dirigida puede utilizar esta información. Los destinatarios serán responsables de utilizar y proteger la información comercial de propiedad exclusiva de UnitedHealthcare de divulgaciones adicionales o del uso indebido, de acuerdo con las obligaciones contractuales del destinatario en virtud de cualquier acuerdo de servicios administrativos correspondientes, contrato de póliza de grupo, acuerdo de no divulgación u otro contrato o ley vigente. La información que recibió puede contener información de salud protegida (protected health information, PHI) y se debe manejar de acuerdo con las leyes estatales y federales vigentes, incluidas, entre otras, la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros de Salud (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA). Las personas que utilicen de forma indebida dicha información pueden estar sujetas a sanciones penales y civiles.

Toda persona que, a sabiendas y con la intención de defraudar a cualquier compañía de seguros o a otra persona, presente una solicitud para un seguro o una declaración de reclamo que contenga cualquier información esencialmente falsa o que oculte, con el propósito de engañar, información sobre cualquier hecho importante para esto, podría cometer un acto fraudulento de seguro, que puede representar un delito, y también puede estar sujeto a una sanción civil por cada infracción.

No tratamos a los miembros de manera diferente por motivos de sexo, edad, raza, color, discapacidad u origen nacional. Si piensa que ha sido tratado injustamente debido a una cuestión de su sexo, edad, raza, color, origen nacional o discapacidad, presente una queja al Coordinador de Derechos Civiles.

Por Internet: UHC_Civil_Rights@uhc.com

Correo Postal: Civil Rights Coordinator, UnitedHealthcare Civil Rights Grievance, P.O. Box 30608, Salt Lake City, UT 84130

Debe enviar la queja en un plazo no mayor de 60 días de haberse dado cuenta de lo ocurrido. Usted recibirá la decisión en un plazo no mayor de 30 días. Si no está de acuerdo con esta decisión, tendrá 15 días para pedirnos que la revisemos nuevamente.

Si necesita ayuda para presentar su queja, llame al número de teléfono gratuito que se encuentra en su tarjeta de ID, TTY 711, de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m.

También puede presentar una queja al Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos.

Por Internet: <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>

Los formularios para quejas están disponibles en <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

Teléfono: Número gratuito 1-800-368-1019, 1-800-537-7697 (TDD)

Correo Postal: U.S. Dept. of Health and Human Services, 200 Independence Avenue, SW Room 509F, HHH Building, Washington, D.C. 20201

Ofrecemos servicios gratuitos para ayudarle a que se comunique con nosotros; por ejemplo, cartas en otros idiomas o en letra grande. O bien, usted puede pedir un intérprete. Si necesita ayuda, llame al número de teléfono gratuito que se encuentra en su tarjeta de ID, TTY 711, de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m.

ATTENTION: If you speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Please call the toll-free phone number listed on your identification card.

ATENCIÓN: Si habla español (Spanish), hay servicios de asistencia de idiomas, sin cargo, a su disposición. Llame al número de teléfono gratuito que aparece en su tarjeta de identificación.

請注意: 如果您說中文 (Chinese), 我們免費為您提供語言協助服務。請撥打會員卡所列的免付費會員電話號碼。

XIN LUU Y: Nếu quý vị nói tiếng Việt (Vietnamese), quý vị sẽ được cung cấp dịch vụ trợ giúp về ngôn ngữ miễn phí. Vui lòng gọi số điện thoại miễn phí ở mặt sau thẻ hội viên của quý vị.

알림: 한국어(Korean)를 사용하시는 경우 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 귀하의 신분증 카드에 기재된 무료 회원 전화번호로 문의하십시오.

PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog (Tagalog), may makukuha kang mga libheng serbisyo ng tulong sa wika. Pakitawagan ang toll-free na numero ng telepono na nasa iyong identification card.

ВНИМАНИЕ: бесплатные услуги перевода доступны для людей, чей родной язык является русским (Russian). Позвоните по бесплатному номеру телефона, указанному на вашей идентификационной карте.

تنبيه: إذا كنت تتحدث العربية (Arabic), فإن خدمات المساعدة اللغوية المجانية متاحة لك. الرجاء الاتصال على رقم الهاتف المجاني الموجود على معرف العضوية الخاص بك.

ATANSYON: Si w pale Kreyòl ayisyen (Haitian Creole), ou kapab benefisyè sèvis ki gratis pou ede w nan lang pa w. Tanpri rele nimewo gratis ki sou kat idantifikasyon w.

ATTENTION : Si vous parlez français (French), des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Veuillez appeler le numéro de téléphone gratuit figurant sur votre carte d'identification.

UWAGA: Jeżeli mówisz po polsku (Polish), udostępniliśmy darmowe usługi tłumacza. Prosimy zadzwonić pod bezpłatny numer telefonu podany na karcie identyfikacyjnej.

ATENÇÃO: Se você fala português (Portuguese), contate o serviço de assistência de idiomas gratuito. Ligue gratuitamente para o número encontrado no seu cartão de identificação.

ATTENZIONE: in caso la lingua parlata sia l'italiano (Italian), sono disponibili servizi di assistenza linguistica gratuiti. Per favore chiamate il numero di telefono verde indicato sulla vostra tessera identificativa.

ACHTUNG: Falls Sie Deutsch (German) sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung. Bitte rufen Sie die gebührenfreie Rufnummer auf der Rückseite Ihres Mitgliedsausweises an.

注意事項: 日本語 (Japanese) を話される場合、無料の言語支援サービスをご利用いただけます。健康保険証に記載されているフリーダイヤルにお電話ください。

توجه: اگر زبان شما فارسی (Farsi) است، خدمات امداد زبانی به طور رایگان در اختیار شما می باشد. لطفا با شماره تلفن رایگانی که روی کارت شناسایی شما قید شده تماس بگیرید.

ध्यान दें: यदि आप हिंदी (Hindi) बोलते हैं, आपको भाषा सहायता सेवाएँ, निःशुल्क उपलब्ध हैं। कृपया अपने पहचान पत्र पर सूचीबद्ध टोल-फ्री फोन नंबर पर कॉल करें।

CEEB TOOM: Yog koj hais Lus Hmoob (Hmong), muaj kev pab txhais lus pub dawb rau koj. Thov hu rau tus xov tooj hu deb dawb uas teev muaj nyob rau ntawm koj daim yuaj cim qhia tus kxeej.

ចំណាំ: ប្រសិនបើអ្នកនិយាយភាសាខ្មែរ (Khmer) សេវាជំនួយភាសាឥតគិតថ្លៃមានសម្រាប់អ្នក។ ទូរស័ព្ទទៅលេខឥតគិតថ្លៃ ដូចមានរាយនៅលើប័ណ្ណសម្គាល់របស់អ្នក។

PAKDAAR: Nu saritaem ti Ilocano (Ilocano), ti serbisyo para ti baddang ti lengguahe nga awanan bayadna, ket sidadaan para kenyan. Maidawat nga awagan iti toll-free a numero ti telepono nga nakalista ayan iti identification card mo.

DÍI BAA'ÁKONÍNÍZIN: Diné (Navajo) bizaad bee yánilti'go, saad bee áka'anída'awo'ígíí, t'áá jíik'eh, bee ná'ahóót'i'. T'áá shqodí ninaaltsoos nit'i'izi bee nééhozinígíí bine'déé' t'áá jíik'ehgo béésh bee hane'i biká'ígíí bee hodiilnih.

OGOW: Haddii aad ku hadasho Soomaali (Somali), adeegyada taageerada luqadda, oo bilaash ah, ayaad heli kartaa. Fadlan wac lambarka telefonka khadka bilaashka ee ku yaalla kaarkaaga aqoonsiga.