

## Elección de participación en Hogares Médicos Centrados en el Paciente de CareFirst

Para ayudarle a lograr un buen estado de salud, mantenerse sano y manejar su atención adecuadamente cuando está enfermo, es esencial que usted y sus proveedores de atención médica tengan un panorama completo de los riesgos existentes y potenciales para la salud con el fin de trabajar juntos para lograr mejores resultados de salud. Esto comienza con una buena comunicación entre usted, su proveedor de atención médica y CareFirst.

Para promover y mejorar esa comunicación, CareFirst ha creado un registro de salud de miembros (Member Health Record, MHR) seguro y confidencial para que sus proveedores de atención médica lo utilicen como una fuente común de información médica mientras participa en el Programa de Hogares Médicos Centrados en el Paciente (Patient-Centered Medical Home, PCMH) de CareFirst y los programas clínicos relacionados. Al elegir participar con su proveedor en el programa PCMH de CareFirst y otros programas clínicos de apoyo, usted facilita esta comunicación y le permite a su equipo de atención médica (incluidos su proveedor de atención primaria, y otros proveedores y profesionales de atención médica que le estén prestando servicios) y a CareFirst ver información en el MHR, y compartir adecuadamente esa información de modo seguro y confidencial para ayudar a coordinar y administrar su atención médica.

### Lea detenidamente cada una de las siguientes afirmaciones.

**Al firmar esta Elección de participación en el Programa PCMH de CareFirst, comprendo que:**

- Mi participación es voluntaria. Puedo optar por no participar y seguiré manteniendo mi cobertura de seguro de CareFirst.
- CareFirst no condicionará el pago de beneficios médicos, la inscripción o la elegibilidad de beneficios médicos a mi participación en el Programa.
- CareFirst podrá revelar mi información médica personal según lo requiera o lo permita la ley.
- CareFirst puede compartir datos e información suministrada por proveedores de atención médica (por ejemplo: profesional de atención médica, hospital, clínica, laboratorio, farmacia o centro médico) que hayan brindado tratamiento o servicio en mi nombre. También puede incluir los resultados de mi evaluación de salud y/o de mi examen de bienestar proporcionados a través de un socio contratado para la atención médica de CareFirst. Mi proveedor de atención médica puede compartir la información de mi registro médico con CareFirst. La información divulgada sobre mí incluye información de mi registro médico general y reclamos de atención médica realizadas como resultado de consultas médicas, tratamientos, pruebas de diagnóstico, exámenes, recetas, hogar médico centrado en el paciente y otras actividades de administración de caso. También puede incluir, entre otros, cualquiera de mis registros médicos relacionados con lo siguiente:
  - > Abuso de drogas, alcohol o sustancias.
  - > Discapacidad(es) psicológica(s), psiquiátrica(s) u otra(s) discapacidad(es) mental(es) o incapacidades del desarrollo (excluidas las “notas de psicoterapia”).
  - > Trastornos metabólicos como anemia de células falciformes.
  - > Anticoncepción y planificación familiar.
  - > Registros que pueden indicar la presencia de una enfermedad contagiosa o no contagiosa.
  - > Pruebas o registro de VIH/SIDA o enfermedades de transmisión sexual.
  - > Pruebas o enfermedades genéticas (hereditarias) y resultados de pruebas de laboratorio directamente del laboratorio clínico.
- Este intercambio de información para que reciba atención y tratamiento está previsto, y se permite según las reglas de privacidad de la Ley de Responsabilidad y Portabilidad del Seguro de Salud (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA) de 1996.

- Todos los miembros de mi equipo de coordinación de la atención de PCMH tendrán acceso a mi información médica solamente para mi atención y tratamiento, y a todas esas personas se les exige por ley mantener la privacidad de mi información médica en cumplimiento con la legislación federal y estatal sobre privacidad, incluidas las reglas de privacidad de la HIPAA. Sin embargo, comprendo también que de acuerdo con los requisitos de las leyes estatales, CareFirst me informa que no puede controlar las divulgaciones posteriores no autorizadas de mi información por parte de las personas a quienes CareFirst divulga esta información.
- Comprendo que puedo participar en programas clínicos según lo solicitado por mi proveedor sin tener que firmar formularios de elección de participación adicionales. Puedo rechazar la participación en cualquiera de estos servicios en cualquier momento.
- Seré participante activo de las decisiones relativas a mi atención médica continua, tratamiento de afecciones crónicas y mejora de mi estado de salud.
- Tengo derecho a inspeccionar cualquier registro de información médica sobre mi salud mental.
- Los proveedores de atención médica y los socios contratados relacionados con la atención médica de CareFirst están legalmente obligados a cumplir con todas las leyes vigentes relacionadas con la confidencialidad de la información de salud protegida de una persona. Sin embargo, CareFirst no puede controlar las divulgaciones posteriores no autorizadas de mi información por parte de personas a las que CareFirst divulgue esta información con mi permiso.
- Puedo elegir cancelar mi participación en cualquier momento sin sufrir consecuencias adversas completando un formulario de revocación de PCMH que se encuentra en [www.carefirst.com/memberpcmh](http://www.carefirst.com/memberpcmh).

Firma del miembro*	Nombre del miembro en letra de imprenta	Fecha
Fecha de nacimiento (Date of Birth, DOB) del miembro	Identificación de miembro	
Firma del padre/tutor	Nombre del padre/tutor en letra de imprenta	Fecha
Número de teléfono	Dirección de correo electrónico	

Al proporcionar mi número de teléfono y dirección de correo electrónico, comprendo que CareFirst y sus socios pueden comunicarse conmigo en relación con mi atención médica por teléfono, teléfono celular, mensajes de texto o correo electrónico. Comprendo que el consentimiento que brindo para que se comuniquen conmigo supera el vencimiento de esta Elección de participación, a menos que lo revoque de otra manera. Si la persona que firma este formulario no es el miembro ni el padre/la madre o tutor de un dependiente menor de 18 años de edad, usted debe enviar al domicilio que se menciona arriba una copia completa del documento oficial que indique su capacidad legal para firmar en nombre del miembro (es decir, poder notarial, tutor asignado por un tribunal, representante personal, etc.). Cualquier información relacionada con la salud mental o el abuso de sustancias que se haya divulgado de los registros médicos u otros registros de atención médica puede estar protegida por la ley federal y/o estatal. Si los registros están protegidos, la norma federal (Título 42, parte 2 del Código de Regulaciones Federales [Code of Federal Regulations, CFR]) prohíbe que el receptor de la información realice una divulgación adicional de esta información a menos que tal divulgación esté explícitamente permitida por el consentimiento escrito de la persona a la cual pertenece o según lo permita de otro modo el Título 42, parte 2 del CFR. Un consentimiento general para la divulgación de información médica o de otro tipo NO es suficiente para estos fines. Las normas federales prohíben cualquier uso de la información dirigido a la investigación o enjuiciamiento criminal de cualquier paciente que esté sometido a tratamientos por abuso de alcohol o de drogas. La divulgación no autorizada de información de salud mental infringe la Ley de Información de Salud Mental (Mental Health Information Act) del Distrito de Columbia de 1978 (artículos 7- 1201.01 a 7-1207.02).

*\*Si el padre o tutor no han dado su consentimiento para la prestación de servicios y, en su lugar, el menor ha proporcionado un consentimiento legalmente suficiente, él/ella mismo(a) puede autorizar la divulgación. Cuando el menor ha dado su consentimiento para recibir dicho tratamiento, excepto por un requisito legal específico, no debe divulgarse información acerca de enfermedades de transmisión sexual, abuso de sustancias, embarazo o enfermedad emocional, a menos que esta información sea necesaria para la salud del menor y el público, y únicamente cuando se mantenga la confidencialidad de la identidad del menor. En el Distrito de Columbia y en Virginia, si este consentimiento se refiere a información de salud mental (que incluye hospitalización psiquiátrica cuando el menor tiene 14 años o más y ha dado su consentimiento para la admisión) y el paciente a quien este consentimiento hace referencia es mayor de 14 años y menor de 18, el menor y el padre/la madre que ostente la custodia deben proporcionar un consentimiento conjunto. En el Distrito de Columbia, si el paciente tiene menos de 14 años de edad, solamente el padre/la madre o tutor deben proporcionar el consentimiento. En Virginia, se requiere el consentimiento simultáneo de un menor y su padre/madre que ostente la custodia para divulgar registros de abuso de sustancias de pacientes internados.*

**Guarde una copia de esta elección de participación.** Si tiene alguna pregunta en relación con este formulario, comuníquese con su Coordinador de Atención Regional o Local de CareFirst.

# Aviso de no discriminación y disponibilidad de servicios de asistencia con el idioma

CareFirst BlueCross BlueShield, CareFirst BlueChoice, Inc. y todas sus afiliadas corporativas (CareFirst) cumplen con las leyes de derechos civiles federales aplicables y no discriminan debido a su raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. CareFirst no excluye a las personas ni las trata de manera diferente debido a su raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo.

CareFirst hace lo siguiente:

- Proporciona ayuda y servicios gratuitos a personas con discapacidades para comunicarse con nosotros de manera eficiente, por ejemplo:
  - intérpretes de lenguaje de señas calificados;
  - información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos).
- Proporciona servicios lingüísticos gratuitos para las personas cuyo idioma principal no sea el inglés, tales como:
  - intérpretes calificados;
  - información escrita en otros idiomas.

**Si necesita estos servicios, llame al 855-258-6518.**

Si considera que CareFirst no le ha proporcionado estos servicios o se sintió discriminado de algún modo por su raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, puede presentar una queja ante el coordinador de derechos civiles de su CareFirst por correo, fax o correo electrónico. Si necesita ayuda para presentar una queja, nuestro coordinador de derechos civiles de CareFirst está disponible para ayudarle.

**Para presentar una queja con respecto a una violación de derechos civiles federales, comuníquese con el coordinador de derechos civiles según se indica a continuación. No envíe pagos, problemas con los reclamos u otra documentación a esta oficina.**

## Coordinador de derechos civiles, oficina de derechos civiles corporativa

Dirección postal	P.O. Box 8894 Baltimore, Maryland 21224
Dirección de correo electrónico	<a href="mailto:civilrightscordinator@carefirst.com">civilrightscordinator@carefirst.com</a>
Número de teléfono	410-528-7820
Número de fax	410-505-2011

También puede presentar una queja por derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos (U.S. Department of Health and Human Services), de manera electrónica a través del portal de la Oficina de Quejas de Derechos Civiles disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o bien por correo postal o teléfono a la dirección y al número de teléfono indicados a continuación:

U.S. Department of Health and Human Services  
200 Independence Avenue, SW  
Room 509F, HHH Building  
Washington, D.C. 20201  
800-368-1019, 800-537-7697 (TDD)

CareFirst BlueCross BlueShield es el nombre comercial compartido de CareFirst of Maryland, Inc. y Group Hospitalization and Medical Services, Inc. CareFirst of Maryland, Inc., Group Hospitalization and Medical Services, Inc., CareFirst BlueChoice, Inc. First Care, Inc. y The Dental Network son licenciatarios independientes de Blue Cross and Blue Shield Association. \* Marca comercial registrada de Blue Cross and Blue Shield Association.  
® Marca comercial registrada de CareFirst of Maryland, Inc.



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

## Asistencia con los idiomas extranjeros

*Attention (English): This notice contains information about your insurance coverage. It may contain key dates and you may need to take action by certain deadlines. You have the right to get this information and assistance in your language at no cost. Members should call the phone number on the back of their member identification card. All others may call 855-258-6518 and wait through the dialogue until prompted to push 0. When an agent answers, state the language you need and you will be connected to an interpreter.*

*አማርኛ (Amharic) ማሳሰቢያ፡- ይህ ማስታወቂያ ስለ መደን ሽፋንዎ መረጃ ይዟል። ከተወሰኑ ቀን-ገደቦች በፊት ሊፈጸሟቸው የሚገቡ ነገሮች ሊኖሩ ስለሚችሉ እነዚህን ወሳኝ ቀናት ሊይዝ ይችላሉ። ይኸን መረጃ የማግኘት እና ያለምንም ክፍያ በቋንቋዎ እገዛ የማግኘት መብት አለዎት። አባል ከሆኑ ከመታወቂያ ካርድዎ በስተጀርባ ላይ ወደተጠቀሰው የስልክ ቁጥር መደወል ይችላሉ። አባል ካልሆኑ ደግሞ ወደ ስልክ ቁጥር 855-258-6518 ደውለው ዐን እንዲጫኑ እስኪነገርዎ ድረስ ንግግሩን መጠበቅ አለብዎ። አንድ ወኪል መልስ ሲሰጥዎ፣ የሚፈልጉትን ቋንቋ ያሳውቁ፣ ከዚያም ከተርጓሚ ጋር ይገናኛሉ።*

*Èdè Yorùbá (Yoruba) Ìtètíléko: Àkíyèsì yí ní iwífún nípa isẹ adójútòfò rẹ. Ó le ní àwọn déèti pàtó o sì le ní láti gbé igbésè ní àwọn ojò gbèdèké kan. O ni ètò láti gba iwífún yí àti irànlówó ní èdè rẹ lófèfè. Àwọn ọmọ-ẹgbé gbòdò pe nómà fòònù tò wà lèyìn káadi idánimò wọn. Àwọn mírán le pe 855-258-6518 kí o sì dúró nípasẹ ijíròrò tí tí a ó fí sọ fún ọ láti tẹ 0. Nígbàtí aṣójú kan bá dáhùn, sọ èdè tí o fẹ a ó sì sọ ọ pò mọ ògbufò kan.*

*Tiếng Việt (Vietnamese) Chú ý: Thông báo này chứa thông tin về phạm vi bảo hiểm của quý vị. Thông báo có thể chứa những ngày quan trọng và quý vị cần hành động trước một số thời hạn nhất định. Quý vị có quyền nhận được thông tin này và hỗ trợ bằng ngôn ngữ của quý vị hoàn toàn miễn phí. Các thành viên nên gọi số điện thoại ở mặt sau của thẻ nhận dạng. Tất cả những người khác có thể gọi số 855-258-6518 và chờ hết cuộc đối thoại cho đến khi được nhắc nhấn phím 0. Khi một tổng đài viên trả lời, hãy nêu rõ ngôn ngữ quý vị cần và quý vị sẽ được kết nối với một thông dịch viên.*

*Tagalog (Tagalog) Atensyon: Ang abisong ito ay naglalaman ng impormasyon tungkol sa nasasaklawan ng iyong insurance. Maaari itong maglaman ng mga pinakamahalagang petsa at maaaring kailangan mong gumawa ng aksyon ayon sa ilang deadline. May karapatan ka na makuha ang impormasyong ito at tulong sa iyong sariling wika nang walang gastos. Dapat tawagan ng mga Miyembro ang numero ng telepono na nasa likuran ng kanilang identification card. Ang lahat ng iba ay maaaring tumawag sa 855-258-6518 at maghintay hanggang sa dulo ng diyalogo hanggang sa diktahan na pindutin ang 0. Kapag sumagot ang ahente, sabihin ang wika na kailangan mo at ikokonekta ka sa isang interpreter.*

*Español (Spanish) Atención: Este aviso contiene información sobre su cobertura de seguro. Es posible que incluya fechas clave y que usted tenga que realizar alguna acción antes de ciertas fechas límite. Usted tiene derecho a obtener esta información y asistencia en su idioma sin ningún costo. Los asegurados deben llamar al número de teléfono que se encuentra al reverso de su tarjeta de identificación. Todos los demás pueden llamar al 855-258-6518 y esperar la grabación hasta que se les indique que deben presionar 0. Cuando un agente de seguros responda, indique el idioma que necesita y se le comunicará con un intérprete.*

*Русский (Russian) Внимание! Настоящее уведомление содержит информацию о вашем страховом обеспечении. В нем могут указываться важные даты, и от вас может потребоваться выполнить некоторые действия до определенного срока. Вы имеете право бесплатно получить настоящие сведения и сопутствующую помощь на удобном вам языке. Участникам следует обращаться по номеру телефона, указанному на тыльной стороне идентификационной карты. Все прочие абоненты могут звонить по номеру 855-258-6518 и ожидать, пока в голосовом меню не будет предложено нажать цифру «0». При ответе агента укажите желаемый язык общения, и вас свяжут с переводчиком.*

**हिन्दी (Hindi) ध्यान दें:** इस सूचना में आपकी बीमा कवरेज के बारे में जानकारी दी गई है। हो सकता है कि इसमें मुख्य तिथियों का उल्लेख हो और आपके लिए किसी नियत समय-सीमा के भीतर काम करना ज़रूरी हो। आपको यह जानकारी और संबंधित सहायता अपनी भाषा में निःशुल्क पाने का अधिकार है। सदस्यों को अपने पहचान पत्र के पीछे दिए गए फ़ोन नंबर पर कॉल करना चाहिए। अन्य सभी लोग 855-258-6518 पर कॉल कर सकते हैं और जब तक 0 दबाने के लिए न कहा जाए, तब तक संवाद की प्रतीक्षा करें। जब कोई एजेंट उत्तर दे तो उसे अपनी भाषा बताएँ और आपको व्याख्याकार से कनेक्ट कर दिया जाएगा।

**Bàsɔ̀-wùdù (Bassa) Tò Dòù Cáó! Bǎ nǎ kɛ bá nyɔ̀ bɛ́ ké m̀ gbo kpá bó nì fùà-fùá-tiín nyɛɛ jè dyí. Bǎ nǎ kɛ bédé wé jéé bɛ́ bɛ́ m̀ kɛ́ dɛ wa mó m̀ kɛ́ nyuɛɛ nyu hwɛ́ bɛ́ wé bɛ́a kɛ́ zi. ɔ̀ m̀ nì kpé bɛ́ m̀ kɛ́ bǎ́ nǎ kɛ́ kè gbo-kpá-kpá m̀ mɔ́ɛɛ dyé dɛ́ nì bídí-wùdù mú bɛ́ m̀ kɛ́ se wídí d̀ pɛ́. Kpooɔ̀ nyɔ̀ bɛ́ mɛ́ d́ fùùn-nɔ̀bà nǎ dɛ́ waà I.D. káàò dɛ́n nyɛ. Nyɔ̀ t̀ò sɛ́n mɛ́ d́ nɔ̀bà nǎ kɛ: 855-258-6518, kɛ́ m̀ mɛ́ fò tee bɛ́ wa kɛ́ m̀ gbo cɛ́ bɛ́ m̀ kɛ́ nɔ̀bà m̀ò 0 kɛ́ dyi pàd̀àn hwɛ́. ɔ̀ jǔ kɛ́ nyɔ̀ d̀ dɛ́ m̀ gǔ jǔ́n, po wuɔ̀ m̀ mó poɛ dyiɛ, kɛ́ nyɔ̀ d̀ mu bó niín bɛ́ ɔ̀ kɛ́ nì wuɔ̀ mú zà.**

**বাংলা (Bengali) লক্ষ্য করুন:** এই নোটিশে আপনার বিমা কভারেজ সম্পর্কে তথ্য রয়েছে। এর মধ্যে গুরুত্বপূর্ণ তারিখ থাকতে পারে এবং নির্দিষ্ট তারিখের মধ্যে আপনাকে পদক্ষেপ নিতে হতে পারে। বিনা খরচে নিজের ভাষায় এই তথ্য পাওয়ার এবং সহায়তা পাওয়ার অধিকার আপনার আছে। সদস্যদেরকে তাদের পরিচয়পত্রের পিছনে থাকা নম্বরে কল করতে হবে। অন্যেরা 855-258-6518 নম্বরে কল করে 0 টিপতে বা বলা পর্যন্ত অপেক্ষা করতে পারেন। যখন কোনো এজেন্ট উত্তর দেবেন তখন আপনার নিজের ভাষার নাম বলুন এবং আপনাকে দোভাষীর সঙ্গে সংযুক্ত করা হবে।

**اردو (Urdu) توجہ:** یہ نوٹس آپ کے انشورینس کوریج سے متعلق معلومات پر مشتمل ہے۔ اس میں کلیدی تاریخیں ہو سکتی ہیں اور ممکن ہے کہ آپ کو مخصوص آخری تاریخوں تک کارروائی کرنے کی ضرورت پڑے۔ آپ کے پاس یہ معلومات حاصل کرنے اور بغیر خرچہ کیے اپنی زبان میں مدد حاصل کرنے کا حق ہے۔ ممبران کو اپنے شناختی کارڈ کی پشت پر موجود فون نمبر پر کال کرنی چاہیے۔ سبھی دیگر لوگ 855-258-6518 پر کال کر سکتے ہیں اور 0 دبانے کو کہے جانے تک انتظار کریں۔ ایجنٹ کے جواب دینے پر اپنی مطلوبہ زبان بتائیں اور مترجم سے مربوط ہو جائیں گے۔

**فارسی (Farsi) توجہ:** این اعلامیہ حاوی اطلاعاتی درباره پوشش بیمه شما است. ممکن است حاوی تاریخ های مهمی باشد و لازم است تا تاریخ مقرر شده خاصی اقدام کنید. شما از این حق برخوردار هستید تا این اطلاعات و راهنمایی را به صورت رایگان به زبان خونتان دریافت کنید. اعضا باید با شماره 855-258-6518 در پشت کارت شناسایی شان تماس بگیرند. سایر افراد می توانند با شماره 855-258-6518 تماس بگیرند و منتظر بمانند تا از آنها خواسته شود عدد 0 را فشار دهند. بعد از پاسخگویی توسط یکی از اپراتورها، زبان مورد نیاز را تنظیم کنید تا به مترجم مربوطه وصل شوید.

**اللغة العربية (Arabic) تنبيه:** يحتوي هذا الإخطار على معلومات بشأن تغطيتك التأمينية، وقد يحتوي على تواريخ مهمة، وقد تحتاج إلى اتخاذ إجراءات بحلول مواعيد نهائية محددة. يحق لك الحصول على هذه المساعدة والمعلومات بلغتك بدون تحمل أي تكلفة. ينبغي على الأعضاء الاتصال على رقم الهاتف المذكور في ظهر بطاقة تعريف الهوية الخاصة بهم. يمكن للأخريين الاتصال على الرقم 855-258-6518 والانتظار خلال المحادثة حتى يطلب منهم الضغط على رقم 0. عند إجابة أحد الوكلاء، اذكر اللغة التي تحتاج إلى التواصل بها وسيتم توصيلك بأحد المترجمين الفوريين.

**中文繁体 (Traditional Chinese) 注意:** 本聲明包含關於您的保險給付相關資訊。本聲明可能包含重要日期及您在特定期限之前需要採取的行動。您有權利免費獲得這份資訊，以及透過您的母語提供的協助服務。會員請撥打印在身分證別卡背面的電話號碼。其他所有人士可撥打電話 855-258-6518，並等候直到對話提示按下按鍵 0。當接線生回答時，請說出您需要使用的語言，這樣您就能與口譯人員連線。

*Igbo (Igbo)* Nruḅama: Ọkwa a nwere ozi gbasara mkpuchi nchekwa onwe gi. Ọ nwere ike inwe ubochi ndi di mkpa, i nwere ike ime ihe tupu ufodu ubochi njedebe. I nwere ikike inweta ozi na enyemaka a n'asusu gi na akwughị ugwo o bula. Ndi otu kwesiri ikpo akara ekwentị di n'azu nke kaadi njirimara ha. Ndi ozo niile nwere ike ikpo 855-258-6518 wee chere ububo ahụ ruo mgbe amanyere ipi 0. Mgbe onye nnochite anya zara, kwuo asusu i choro, a ga-ejiko gi na onye okowa okwu.

*Deutsch (German)* Achtung: Diese Mitteilung enthält Informationen über Ihren Versicherungsschutz. Sie kann wichtige Termine beinhalten, und Sie müssen gegebenenfalls innerhalb bestimmter Fristen reagieren. Sie haben das Recht, diese Informationen und weitere Unterstützung kostenlos in Ihrer Sprache zu erhalten. Als Mitglied verwenden Sie bitte die auf der Rückseite Ihrer Karte angegebene Telefonnummer. Alle anderen Personen rufen bitte die Nummer 855-258-6518 an und warten auf die Aufforderung, die Taste 0 zu drücken. Geben Sie dem Mitarbeiter die gewünschte Sprache an, damit er Sie mit einem Dolmetscher verbinden kann.

*Français (French)* Attention: cet avis contient des informations sur votre couverture d'assurance. Des dates importantes peuvent y figurer et il se peut que vous deviez entreprendre des démarches avant certaines échéances. Vous avez le droit d'obtenir gratuitement ces informations et de l'aide dans votre langue. Les membres doivent appeler le numéro de téléphone figurant à l'arrière de leur carte d'identification. Tous les autres peuvent appeler le 855-258-6518 et, après avoir écouté le message, appuyer sur le 0 lorsqu'ils seront invités à le faire. Lorsqu'un(e) employé(e) répondra, indiquez la langue que vous souhaitez et vous serez mis(e) en relation avec un interprète.

*한국어(Korean)* 주의: 이 통지서에는 보험 커버리지에 대한 정보가 포함되어 있습니다. 주요 날짜 및 조치를 취해야 하는 특정 기한이 포함될 수 있습니다. 귀하에게는 사용 언어로 해당 정보와 지원을 받을 권리가 있습니다. 회원이신 경우 ID 카드의 뒷면에 있는 전화번호로 연락해 주십시오. 회원이 아니신 경우 855-258-6518 번으로 전화하여 0을 누르라는 메시지가 들릴 때까지 기다리십시오. 연결된 상담원에게 필요한 언어를 말씀하시면 통역 서비스에 연결해 드립니다.

*Diné Bizaad (Navajo)* Ge': Díí bee íł hane'ígíí bii' dahóló bee éédahózin béeso ách'ááh naanil ník'íst'i'ígíí bá. Bii' dahólóq doo íiyisíí yoolkáálígíí dóo t'áadoo le'é ádadoolyííligíí da yókeedgo t'áa doo bee e'e'aahí ájiił'íłh. Bee ná ahóót'i' díí bee íł hane' dóo níká'ádoowoł t'áa nínizaad bee t'áa jiik'é. Atah danilínígíí béesh bee hane'é bee wólta'ígíí nitł'izgo bee nee hódolzinígíí bikéédéé' bikáá' bich'í' hodoonihjí'. Aadóo náánáta' éi kójj' dahóoolnih 855-258-6518 dóo yii diilts'íłł yałtí'ígíí t'áa niléijj' áádóo éi bikéé'dóo naasbaąs bił adidiilchitł. Áká'ánidaalwó'ígíí neidiitáągo, saad bee yániłt'i'ígíí yii diikitł dóo ata' halne'é lá níká'ádoowl.