

## CareFirst의 Patient-Centered Medical Home에 대한 참여 결정

건강을 회복하고 건강을 유지하며 아플 때 적절한 의료 서비스를 받기 위해서는 귀하와 의료 서비스 제공자가 협력하여 더 나은 건강결과를 얻을 수 있도록 기존 및 잠재적인 건강상 위험 요소를 철저히 파악하는 것이 중요합니다. 이는 귀하와 의료 서비스 제공자 및 CareFirst 사이의 긴밀한 소통으로부터 시작됩니다.

소통을 증진시키기 위해, CareFirst는 안전하고 신뢰할 수 있는 MHR(Member Health Record)을 작성하여 귀하가 CareFirst의 PCMH(Patient-Centered Medical Home) 프로그램 및 관련 임상 프로그램에 참여하는 동안 의료 서비스 제공자가 귀하의 건강 정보에 관한 기본 자료로 사용할 수 있도록 하고 있습니다. 귀하의 의료 서비스 제공자와 함께 CareFirst의 PCMH 프로그램 및 기타 지원 임상 프로그램에 대한 참여를 결정함으로써, 귀하는 소통을 촉진하게 되며 귀하의 건강관리팀(1차 진료 의사 및 기타 의료 서비스 제공자, 귀하에게 서비스를 제공하는 건강관리 전문가 등)과 CareFirst가 MHR의 정보를 열람하고 정보를 안전하고 신뢰할 수 있는 방법을 통해 공유하도록 하여 귀하의 의료 서비스를 조정하고 관리하게 됩니다.

**아래의 각 내용을 자세히 읽어주시기 바랍니다.**

CareFirst PCMH 프로그램에 대한 본 참여 결정서에 서명함으로써 본인은 다음을 이해합니다.

- 본인의 참여는 자발적입니다. 본인은 참여하지 않고도 CareFirst에 가입한 보험 혜택을 유지할 수 있습니다.
- CareFirst는 본인의 프로그램 참여 여부가 의료 혜택에 대한 지불, 등록 또는 의료 혜택 수급 자격에 영향을 미치지 않도록 할 것입니다.
- 법률에서 요구하거나 허용하는 경우, CareFirst는 본인의 의료 정보를 공개할 수 있습니다.
- CareFirst는 치료 또는 서비스를 제공해온 의료 서비스 제공자(예: 건강관리 전문가, 병원, 클리닉, 실험실, 약국 또는 의료 시설)가 제공한 자료와 정보를 본인을 대신하여 공유할 수 있습니다. 이는 CareFirst의 계약된 의료 서비스 파트너를 통해 제공받은 본인의 건강 평가 및/또는 건강검진 결과도 포함할 수 있습니다. 본인의 의료 서비스 제공자는 본인의 의료 기록 정보를 CareFirst와 공유할 수 있습니다. 공개된 본인의 정보는 의료기관 방문 기록, 치료, 진단 검사, 검진, 처방, PCMH 및 기타 관리 행위 등 본인의 의료 기록에 포함된 정보 및 의료 서비스를 포함합니다. 또한 다음과 관련된 본인의 모든 의료 기록도 포함될 수 있으며 반드시 다음으로 한정되는 것은 아닙니다.
  - ▶ 약물 남용, 알코올 중독 또는 기타 물질 남용
  - ▶ 심리적, 정신의학적 또는 기타 정신적 장애나 발달 장애 (“심리 치료 기록” 제외)
  - ▶ 겸상 적혈구 빈혈과 같은 대사 장애
  - ▶ 피임 및 가족 계획
  - ▶ 전염성 또는 비전염성 질병의 존재를 보여줄 수 있는 기록
  - ▶ HIV/AIDS 또는 성병의 검사나 기록
  - ▶ 유전적 질병 또는 검사 및 임상 실험실로부터 직접 받은 실험실 검사 결과.

- 본인의 건강관리와 치료를 목적으로 하는 정보의 공유는 1996년 제정된 건강 보험 이전 및 책임에 관한 법률(Health Insurance Portability AND Accountability Act, “HIPAA”)의 개인정보 규칙에 의거하여 허용됩니다.
- 본인의 PCMH 관리 코디네이션 팀의 모든 구성원은 오직 본인의 건강관리와 치료를 위하여 본인의 의료 정보에 접근하고, 그러한 모든 개인은 HIPAA 개인정보 규칙을 포함한 해당 연방 및 주의 개인정보 보호 법률에 따라 본인의 의료 정보를 기밀로 유지해야 합니다. 그러나 주 법률의 요구에 따라, CareFirst는 그러한 정보를 제공받은 자가 본인의 정보를 무단으로 재공개하는 것을 통제할 수 없음을 공지하고, 본인은 이를 이해합니다
- 본인은 추가적인 참여 결정서 양식에 서명할 필요 없이 본인의 의료 서비스 제공자의 요청에 따라 임상 프로그램에 참여할 수 있음을 이해합니다. 본인은 언제든지 이러한 서비스의 참여를 거절할 수 있습니다.
- 본인은 현재 진행 중인 의료 관리, 만성 질환의 치료 및 본인의 건강 상태 증진과 관련된 결정에 적극적으로 참여할 것입니다. 또한,
- 본인은 정신 건강 의료 정보에 관한 본인의 모든 기록을 검사할 권리를 갖습니다.
- 의료 서비스 제공자와 CareFirst의 건강관리 관련 계약 파트너는 개인의 보호대상 건강 정보의 기밀에 관한 모든 관련 법률을 준수할 의무가 있습니다. 그러나 CareFirst는 본인이 CareFirst에게 그러한 정보를 공개하도록 허락한 자에 의해 본인의 정보가 무단으로 재공개되는 것을 통제할 수는 없습니다.
- 본인은 PCMH 취소 양식([www.carefirst.com/memberpcmh](http://www.carefirst.com/memberpcmh))을 작성하여 불리한 결과 없이 언제든지 본인의 참여를 종료할 수 있습니다.

가입자 서명*	가입자 성명(정자체)	날짜
가입자 생년월일	가입자 ID	
부모/보호자 서명	부모/보호자 성명(정자체)	날짜
전화 번호	이메일 주소	

본인은 전화번호와 이메일 주소를 제공함으로써 CareFirst와 계열사가 본인의 의료 서비스 관리와 관련하여 전화, 휴대 전화, 문자 메시지 또는 이메일로 연락할 수 있음을 이해합니다. 본인은 본인에게 연락하는 것에 대한 동의가 본인이 동의를 철회하지 않는 한 본 참여 결정서가 만료되기까지 유효하다는 점을 이해합니다. 본 양식에 서명한 사람이 회원이 아니거나 18세 미만 피부양자의 부모 또는 보호자가 아닌 경우, 귀하는 해당 회원을 대신하여 귀하의 법적 권리를 증명할 수 있는 공식 문서를 위의 주소로 제출해야 합니다(예: 위임장, 법정 보호자, 인격 대리인 등). 의료 또는 기타 의료 서비스 기록을 통해 공개된 정신 건강 및 약물 남용 정보는 연방 및/또는 주 법률에 따라 보호됩니다. 이와 같이 보호되는 기록의 경우, 연방 규정(42 CFR Part 2)에 따라 해당 정보의 수신자는 정보의 주체가 서면으로 해당 정보의 공개를 명시적으로 허용하거나 42 CFR Part 2에서 허용하지 않는 한 더 이상 정보를 공개할 수 없습니다. 의료 또는 기타 의료 서비스 정보의 공개에 대한 일반적 동의는 이러한 목적에 충분하지 않습니다. 연방 규정은 알코올 중독 또는 약물 남용 환자에 대한 형법상 수사나 기소를 위해 해당 정보를 사용하는 것을 제한합니다. 정신 건강 정보의 무단 공개는 1978년에 제정된 컬럼비아 특별구 정신 건강 정보법(District of Columbia Mental Health Information Act)(§§7-1201.01 to 7-1207.02)의 규정을 위반하는 것입니다.

\*부모 또는 보호자가 서비스 규정에 동의하지 않고, 대신 미성년자가 합법적으로 충분히 동의한 경우, 그 미성년자는 본인의 정보 공개를 허락할 수 있습니다. 미성년자가 그러한 조치에 동의하는 경우, 특정 법률이 요구하는 경우를 제외하고, 성별, 약물 남용, 임신 또는 정신적 질병은 그러한 정보가 미성년자와 대중의 건강에 필요한 경우 및 미성년자의 신원이 기밀로 유지되는 경우에 한해서만 공개됩니다. D.C.와 버지니아 주에서는 이러한 동의가 정신 건강 정보와 관련되고(14세 이상의 미성년자가 정신 병원 입원에 동의한 경우 포함), 동의가 적용되는 환자가 14세 이상 18세 미만의 미성년자인 경우, 해당 미성년자와 그의 양육권이 있는 부모가 모두 동의해야 합니다. D.C.에서는 환자가 14세 미만인 경우, 부모 또는 보호자만 동의해야 합니다. 버지니아 주에서 입원환자의 약물 남용 기록을 공개하기 위해서는 미성년자와 그의 양육권이 있는 부모가 모두 동의해야 합니다.

본 참여 결정서의 사본 1부를 보관하십시오. 본 양식에 관한 질문이 있으시면 CareFirst 지방 또는 지역 관리 코디네이터(Care Coordinator)에게 연락하십시오.

# 차별 금지 및 언어 지원 서비스 이용에 대한 공지

CareFirst BlueCross BlueShield, CareFirst BlueChoice, Inc. 및 모든 법인 계열사(CareFirst)는 적용되는 연방 민권법을 준수하며 인종, 피부색, 출신 국가, 연령, 장애 및 성별로 인한 차별을 하지 않습니다. CareFirst는 인종, 피부색, 출신 국가, 연령, 장애 및 성별로 인하여 사람들을 제외시키거나 달리 대우하지 않습니다.

CareFirst:

- 장애가 있는 사람들과 효과적으로 소통하기 위해 다음과 같은 무료 지원 및 서비스를 제공합니다.
  - 유자격 수화 통역사
  - 다른 형식(대형 활자 인쇄물, 음성, 이용 가능한 전자 형식, 기타 형식)으로 작성된 정보
- 영어를 주 언어로 사용하지 않는 다음과 같은 사람들에게 무료 언어 서비스를 제공합니다.
  - 유자격 통역사
  - 다른 언어로 작성된 정보

이러한 서비스가 필요한 경우 855-258-6518번으로 전화 주십시오.

CareFirst가 이러한 서비스를 제공하지 못했거나 달리 인종, 피부색, 출신 국가, 연령, 장애 및 성별에 따른 차별을 했다고 여겨지는 경우, 저희 CareFirst 민권 담당자(Civil Rights Coordinator)에게 우편, 팩스 또는 이메일을 통해 항의서를 제출할 수 있습니다. 항의서를 제출하는 데 도움이 필요하시면 저희 CareFirst 민권 담당자가 도와드릴 것입니다.

**연방 민권의 위반에 관련된 항의서를 제출하시려면 민권 담당자에게 아래 표시된 바와 같이 연락하시기 바랍니다. 본 사무실로 지출금, 청구서 문제 또는 기타 문서를 보내지 마십시오.**

## Civil Rights Coordinator, Corporate Office of Civil Rights

우편 주소 P.O. Box 8894  
Baltimore, Maryland 21224

이메일 주소 [civilrightscordinator@carefirst.com](mailto:civilrightscordinator@carefirst.com)

전화 번호 410-528-7820  
팩스 번호 410-505-2011

귀하는 또한 미국 보건복지부(U.S. Department of Health and Human Services) 또는 민권 사무소(Office for Civil Rights)에 민권에 대한 불만을 제기하거나 온라인으로 <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>를 방문하여 민권 사무소 불만 제기 포털(Office for Civil Rights Complaint Portal)을 이용하실 수 있습니다. 우편이나 전화 접수는 아래로 하시면 됩니다.

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 BlueShield는 CareFirst of Maryland, Inc. 및 Group Hospitalization and Medical Services, Inc.의 공동 상호명입니다. CareFirst of Maryland, Inc., Group Hospitalization, Medical Services, Inc., CareFirst BlueChoice, Inc., First Care, Inc. 및 The Dental Network는 Blue Cross Blue Shield Association의 독립적인 자회사입니다. © Blue Cross and Blue Shield Association의 등록상표.  
® CareFirst of Maryland, Inc.의 등록상표



불만 제기 양식은 <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>에서 이용하실 수 있습니다.

본 참여 결정서의 사본 1부를 보관하십시오. 본 양식에 관한 질문이 있으시면 CareFirst 지방 또는 지역 관리 코디네이터(Care Coordinator)에게 연락하십시오.

## 외국어 지원

*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 መድን ሽፋንዎ መረጃ ይዟል። ከተወሰኑ ቀን-ገደቦች በፊት ሊፈጽሟቸው 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 0ን እንዲጫኑ እስኪነገርዎ ድረስ ንግግሩን መጠበቅ አለብዎ። አንድ ወኪል መልስ ሲሰጥዎ፣ የሚፈልጉትን ቋንቋ ያሳውቁ፣ ከዚያም ከተርጓሚ ጋር ይገናኛሉ።*

*Èdè Yorùbá (Yoruba) Ìtétílékó: Àkiyèsí yìí ní iwífún nípá isẹ́ adójútòfò rẹ́. Ó lẹ́ ní àwọn déèti pátò o sì lẹ́ ní láti gbé igbésẹ́ ní àwọn ojò gbèdèké kan. O ni ètò láti gba iwífún yìí àti iránlówó ní èdè rẹ́ lófèfè. Àwọn omo-egbé gbòdò pe nòmbà fòònù tò wà lèyìn káadi idánimò wọn. Àwọn mírán lẹ́ pe 855-258-6518 kí o sì dúró nípàsẹ́ ijíròrò tí tí a ó fi sọ fún ọ láti tẹ 0. Nígbàtí aṣojú kan bá dáhùn, sọ èdè tí o fẹ́ a ó sì sọ ọ pò mò 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।

**Bàsɔ̀ò-wùdù (Bassa)** Tò Dũ̀ú Cáo! Bǎ̀ nìà kè bá nyo bě kè m̄ gbo kpá bó nì fùà-fúá-tĩn nyɛɛ jè dyí. Bǎ̀ nìà kè bédé wé jéé bě bē m̄ kè dɛ wa m̄ kè nyuɛɛ nyu hwɛ bē wé b̄ə kè zi. ɔ̀ m̄ nì kpé bē m̄ kè bǎ̀ nìà kè kè gbo-kpá-kpá m̄ m̄ɛɛ dyé dè nì bídǫ̀- wùdù mú bē m̄ kè se wídǫ̀ d̄ò péé. Kpooò nyo bē m̄ dǎ́ fúùn-nòbà nìà dè waà I.D. káàò d̄eín nyɛ. Nyo t̄òò séín m̄ dǎ́ nòbà nìà kè: 855-258-6518, kè m̄ m̄ fò tee bē wa kèɛ m̄ gbo c̄é bē m̄ kè nòbà m̄òà 0 kèɛ dyi pàd̄àin hwɛ. ɔ̀ jǔ́ kè nyo d̄ò dyi m̄ ḡǔ́ jǔ́n, po wuɔ̀ m̄ m̄ p̄oɛ dyie, kè nyo d̄ò mu bó m̄n̄ bē ɔ̀ kè nì wuɔ̀ò 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 না 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 دباتے 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 درج شده 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識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)* Nrụbama: Ọkwa a nwere ozi gbasara mkpuchi nchekwa onwe gi. Ọ nwere ike ịnwe ụbọchị ndị dị mkpa, ị nwere ike ịme ihe tupu ụfọdụ ụbọchị njedebe. Ị nwere ikike ịnweta ozi na enyemaka a n'asụsụ gi na akwughị ụgwọ ọ bụla. Ndị otu kwesiri ịkpọ akara ekwentị di n'azụ nke kaadi njirimara ha. Ndị ozo niile nwere ike ịkpọ 855-258-6518 wee chere ụbụbọ ahụ ruo mgbe amanyere ịpị 0. Mgbe onye nnochite anya zara, kwuo asụsụ ị 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 아닌 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' dahólq bee éedahózin béeso ách'ááh naanil ník'ist'í'ígíí bá. Bii' dahólq doo íiyisí yoolkáálígíí dóo t'áadoo le'é ádadoolyíí'ígíí da yókeedgo t'áa doo bee e'e'aahí ájiil'ííh. Bee ná ahóót'í' díí bee íł hane' dóo níká'ádoowot t'áa nínizaad bee t'áa jii'k'é. Atah danilínígíí béesh bee hane'é bee wólta'ígíí nit'izgo bee nee hódolzinígíí bikéédéé' bikáá' bich'í' hodoonihjí'. Aadóo náánáta' éi koji' dahóoolnih 855-258-6518 dóo yii diilts'ííł yałtí'ígíí t'áa niléjį áádóo éi bikéé'dóo naasbaas bíł adidiilchíł. Áká'ánidaalwó'ígíí neidiitáągo, saad bee yáníłt'í'ígíí yii diikíł dóo ata' halne'é lá níká'ádoowot.