

Beneficios médicos – Instrucciones para la presentación de reclamos

Toda persona que, a sabiendas y con intención de agraviar, defraudar o engañar a alguna compañía de seguros o a otra persona, presente una solicitud de seguro o una declaración de reclamo que contenga información esencialmente falsa o que oculte, con el propósito de engañar, información relacionada con hechos esenciales de dicho reclamo comete un acto de fraude al seguro. Esto constituye un delito; consecuentemente, dicha persona está sujeta a sanciones penales y civiles.

Atención, residentes de Alabama: Toda persona que, a sabiendas, presente un reclamo falso o fraudulento para recibir el pago de una pérdida o beneficio o que, con conocimiento de causa, presente información falsa en una solicitud de seguro es culpable de un delito y puede estar sujeta a multas de restitución o reclusión en una prisión, o cualquier combinación de estas. **Atención, residentes de Arkansas, Distrito de Columbia, Rhode Island y Virginia Occidental:** Toda persona que, a sabiendas, presente un reclamo falso o fraudulento para recibir el pago de una pérdida o beneficio o que, con conocimiento de causa, presente información falsa en una solicitud de seguro es culpable de un delito y puede estar sujeta a la aplicación de multas y la reclusión en prisión. **Atención, residentes de California: Para su protección, la ley de California exige que este formulario contenga el aviso detallado a continuación.** Toda persona que, a sabiendas, presente un reclamo falso o fraudulento para recibir el pago de una pérdida es culpable de un delito y está sujeta a la aplicación de multas y la reclusión en prisión. **Atención, residentes de Colorado:** Es ilegal proporcionar, a sabiendas, información o hechos falsos, incompletos o engañosos a una compañía de seguros con el propósito de defraudarla o intentar defraudarla. Las sanciones pueden incluir encarcelamiento, multas, negación de seguro y daños y perjuicios. Toda compañía de seguros o agente de una compañía de seguros que, a sabiendas, brinde información o hechos falsos, incompletos o engañosos al titular de una póliza o reclamante, con el propósito de defraudarlo o intentar defraudarlo en relación con una concesión o un acuerdo pagadero con las recaudaciones del seguro, será denunciado a la división de seguros de Colorado, dentro del departamento de agencias reguladoras. **Atención, residentes de Florida:** Toda persona que, a sabiendas y con intención de agraviar, defraudar o engañar a alguna compañía de seguros, presente una declaración de reclamo o una solicitud que contenga información falsa, incompleta o engañosa es culpable de un delito grave de tercer grado. **Atención, residentes de Kansas:** Toda persona que, a sabiendas y con intención de agraviar, defraudar o engañar a cualquier compañía de seguros o a otra persona, presente una solicitud de seguro o una declaración de reclamo que contenga información esencialmente falsa o que oculte, con el propósito de engañar, información relacionada con hechos esenciales de dicho reclamo, puede haber violado la ley del estado. **Atención, residentes de Kentucky:** Toda persona que, a sabiendas y con intención de defraudar a alguna compañía de seguros o a otra persona, presente una declaración de reclamo que contenga información esencialmente falsa o que oculte, con el propósito de engañar, información relacionada con hechos esenciales de dicho reclamo, comete un acto de fraude al seguro, lo cual constituye un delito. **Atención, residentes de Luisiana:** Toda persona que, a sabiendas, presente un reclamo falso o fraudulento para recibir el pago de una pérdida o beneficio o que, con conocimiento de causa, presente información falsa en una solicitud de seguro es culpable de un delito y está sujeta a la aplicación de multas y la reclusión en prisión. **Atención, residentes de Maine y Tennessee:** Es ilegal proporcionar, a sabiendas, información falsa, incompleta o engañosa a una compañía de seguros con el propósito de defraudarla. Las sanciones pueden incluir encarcelamiento, multas o negación de los beneficios del seguro. **Atención, residentes de Maryland:** Toda persona que, a sabiendas o de manera deliberada, presente un reclamo falso o fraudulento para recibir el pago de una pérdida o beneficio o que, con conocimiento de causa o de manera deliberada, presente información falsa en una solicitud de seguro es culpable de un delito y puede estar sujeta a la aplicación de multas y la reclusión en prisión. **Atención, residentes de Misuri:** Es ilegal proporcionar, a sabiendas, información falsa, incompleta o engañosa a una compañía de seguros con el propósito de defraudarla. Las sanciones incluyen encarcelamiento, multas, negación de seguro y daños y perjuicios, según lo determine un tribunal de justicia. Toda persona que, a sabiendas e intencionalmente, agravié, defraude o engañe a una compañía de seguros puede ser culpable del delito de fraude, según lo determine un tribunal de justicia. **Atención, residentes de Nueva Jersey:** Toda persona que incluya información falsa o engañosa en una solicitud para una póliza de seguro o a sabiendas presente una declaración de reclamo que contenga información falsa o engañosa está sujeta a sanciones penales y civiles. **Atención, residentes de Carolina del Norte:** Toda persona que, a sabiendas y con intención de agraviar, defraudar o engañar a cualquier compañía de seguros o a otra persona, presente una solicitud de seguro o una declaración de reclamo que contenga información esencialmente falsa o que oculte, con el propósito de engañar, información relacionada con hechos esenciales de dicho reclamo, comete un acto fraudulento de seguro, lo cual puede constituir un delito; consecuentemente, dicha persona está sujeta a sanciones penales y civiles. **Atención, residentes de Ohio:** Toda persona que, con intención de defraudar o consciente de que está facilitando un fraude contra una compañía de seguros, presente una solicitud o reclamo que contenga declaraciones falsas o engañosas es culpable de fraude al seguro. **Atención, residentes de Oklahoma:** ADVERTENCIA: Toda persona que, a sabiendas y con intención de agraviar, defraudar o engañar a cualquier compañía de seguros, presente un reclamo por las recaudaciones de una póliza de seguro que contenga información falsa, incompleta o engañosa es culpable de un delito grave. **Atención, residentes de Oregón:** Toda persona que, a sabiendas y con intención de agraviar, defraudar o engañar a alguna compañía de seguros o a otra persona, presente una solicitud de seguro o una declaración de reclamo que contenga información esencialmente falsa o que oculte, con el propósito de engañar, información relacionada con hechos esenciales de dicho reclamo, puede haber violado la ley del estado. **Atención, residentes de Pensilvania:** Toda persona que, a sabiendas y con intención de defraudar a alguna compañía de seguros o a otra persona, presente una solicitud de seguro o una declaración de reclamo que contenga información esencialmente falsa o que oculte, con el propósito de engañar, información relacionada con hechos esenciales de dicho reclamo comete un acto de fraude al seguro. Esto constituye un delito; consecuentemente, dicha persona está sujeta a sanciones penales y civiles. **Atención, residentes de Puerto Rico:** Toda persona que, a sabiendas y con intención de defraudar, incluya información falsa en una solicitud de seguro o presente, ayude o aliente a presentar un reclamo fraudulento para recibir el pago de una pérdida u otro beneficio o presente más de un reclamo por la misma pérdida o daño, comete un delito grave. Si la persona es declarada culpable, será castigada por cada violación con una multa no inferior a cinco mil dólares (\$5,000) y no superior a diez mil dólares (\$10,000). También podrá ser encarcelada por un periodo fijo de tres (3) años, o ambos. Si existen circunstancias agravantes, el periodo fijo de encarcelamiento puede ascender a un máximo de cinco (5) años y, si existen circunstancias atenuantes, el periodo de encarcelamiento puede ser reducido a un mínimo de dos (2) años. **Atención, residentes de Texas:** Toda persona que, a sabiendas y con intención de agraviar, defraudar o engañar a cualquier compañía de seguros o a otra persona, presente una solicitud de seguro o una declaración de reclamo que contenga cualquier distorsión intencional de un hecho esencial o que oculte, con el propósito de engañar, información relacionada con hechos esenciales de dicho reclamo, puede cometer un acto fraudulento de seguro, lo cual puede constituir un delito; consecuentemente, dicha persona puede estar sujeta a sanciones penales y civiles. **Atención, residentes de Vermont:** Toda persona que, a sabiendas y con intención de agraviar, defraudar o engañar a cualquier compañía de seguros o a otra persona, presente una solicitud de seguro o una declaración de reclamo que contenga información esencialmente falsa o que oculte, con el propósito de engañar, información relacionada con hechos esenciales de dicho reclamo, comete un acto fraudulento de seguro, lo cual puede constituir un delito; consecuentemente, dicha persona puede estar sujeta a sanciones penales y civiles. **Aviso para residentes de Virginia:** Toda persona que, con intención de estafar o consciente de que está facilitando un fraude contra una compañía de seguros, presente una solicitud o reclamo que contenga declaraciones falsas o engañosas podría estar violando la ley del estado. **Atención, residentes de Washington:** Es ilegal proporcionar, a sabiendas, información falsa, incompleta o engañosa a una compañía de seguros con el propósito de defraudarla. Las sanciones incluyen encarcelamiento, multas y negación de los beneficios del seguro. **Atención, residentes de Nueva York:** Toda persona que, a sabiendas y con intención de defraudar a alguna compañía de seguros o a otra persona, presente una solicitud de seguro o una declaración de reclamo que contenga información esencialmente falsa o que oculte, con el propósito de engañar, información relacionada con hechos esenciales de dicho reclamo, comete un acto de fraude al seguro. Esto constituye un delito; consecuentemente, dicha persona está sujeta a sanciones civiles que no exceden los cinco mil dólares y el valor establecido del reclamo para cada una de dichas violaciones.

Firma de empleado:

Fecha (MM/DS/AAAA):

NOTA: LOS FORMULARIOS DE RECLAMO INCOMPLETOS LE SERÁN DEVUELTOS PARA QUE COMPLETE LA INFORMACIÓN FALTANTE. ESTO DEMORARÁ EL PROCESO DEL RECLAMO. PARA UNA PRESENTACIÓN DE RECLAMOS MÁS RÁPIDA Y FÁCIL, EL PROVEEDOR PUEDE COMUNICARSE CON EL CENTRO DE PROCESAMIENTO DE RECLAMOS DE INNOVATION HEALTH PARA OBTENER INFORMACIÓN REFERIDA A LA PRESENTACIÓN ELECTRÓNICA DE RECLAMOS.

PARA EL EMPLEADO

- Complete desde el punto uno (1) hasta el diecinueve (19) en su totalidad.
- Complete desde el punto veinte (20) hasta el veinticuatro (24) sólo si tiene otra cobertura médica.
- Asegúrese de firmar la autorización para divulgar información en el casillero veinticinco (25).
- Si desea que sus beneficios por este reclamo se paguen directamente a su médico o proveedor, firme en el casillero veintiséis (26).
- Si presentó una solicitud de beneficios a otro plan, incluyendo Medicare, adjunte una copia de las facturas que presentó al otro plan y la explicación de beneficios recibida del otro plan.
- Adjunte las facturas detalladas o pida a su proveedor de atención de salud que complete la sección correspondiente en el reverso de la página. Las facturas deben incluir lo siguiente:
 - nombre del paciente
 - fecha(s) del (de los) servicio(s)
 - condición en tratamiento
 - relación con el empleado
 - tipo(s) de servicio(s) prestado(s)
 Si esta información no está incluida en la factura, escríbala y fírmela.
- Si su plan cubre medicamentos con receta, presente los recibos o un formulario de registro de medicamentos recetados. El recibo debe incluir lo siguiente:
 - nombre del medicamento
 - dosis por día
 - cargo
 - fecha de compra
 - naturaleza de la enfermedad o lesión
 - concentración
 - número de receta
 - cantidad
 - nombre/dirección de la farmacia
 - nombre del médico
 Esta información se puede copiar de la caja o frasco del medicamento.
- Conserve las copias de sus facturas para su información.
- Consulte la dirección de correo para reclamos en el reverso de su tarjeta de identificación (ID).

PARA EL MÉDICO O PROVEEDOR

- Complete desde el punto veintisiete (27) hasta el cuarenta y seis (46) en su totalidad.
- Si el empleado indica que los beneficios deben pagarse directamente al médico o proveedor, estos beneficios le serán enviados directamente a usted junto con una copia informativa de las transacciones al empleado.

DEBE SER COMPLETADO POR EL EMPLEADO

1. Nombre del empleador		2. Número de grupo/póliza	
3. Número de identificación del empleado	4. Nombre del empleado	5. Fecha de nacimiento del empleado (MM/DD/AAAA)	
6. <input type="checkbox"/> Activo <input type="checkbox"/> Jubilado Fecha de jubilación	7. Dirección del empleado (incluir código postal) <input type="checkbox"/> Dirección nueva		8. Número de teléfono durante el día del empleado ()
9. Nombre del paciente	10. Número de identificación del paciente	11. Fecha de nacimiento del paciente (MM/DD/AAAA)	12. Relación del paciente con el empleado <input type="checkbox"/> Empleado <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Hijo(a) <input type="checkbox"/> Otra
13. Dirección del paciente (si es diferente de la del empleado)		14. Sexo del paciente (Si prefiere no dar esta información, deje el espacio en blanco) <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> No binario/otro	
15. Estado civil del paciente <input type="checkbox"/> Casado(a) <input type="checkbox"/> Soltero(a)	16. ¿El paciente está empleado? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	17. Nombre y dirección del empleador	
18. ¿El reclamo está relacionado con un accidente? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí En caso afirmativo, fecha _____ hora _____ <input type="checkbox"/> a.m. <input type="checkbox"/> p.m.		19. ¿El reclamo está relacionado con el empleo? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	
20. ¿Los gastos de algún miembro de la familia están cubiertos por otro plan de salud de grupo, plan prepago de grupo (Blue Cross-Blue Shield, etc.), seguro para automotor sin culpabilidad, Medicare u otro plan gubernamental local, estatal o federal? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí		21. En caso afirmativo, mencione el titular del contrato o de la póliza, número(s) de contrato(s) o póliza(s) y nombre/dirección de la compañía de seguros o del administrador	
22. Número de identificación (ID) del miembro	23. Nombre del miembro	24. Fecha de nacimiento del miembro (MM/DD/AAAA)	
25. Para todos los proveedores de atención de salud: Usted está autorizado a brindar información referida al asesoramiento sobre atención de salud, tratamiento o suministros provistos al paciente (incluyendo la información relacionada con enfermedad mental y/o SIDA/ARC/VIH) Innovation Health Plan, Inc. o Innovation Health Insurance Company ("Innovation Health"), a cualquier administrador de reclamos independiente, a profesionales de asesoramiento de la salud y a organizaciones de revisión de utilización, con quienes Innovation Health tiene contratos. Esta información se utilizará para evaluar reclamos de beneficios. Innovation Health puede proporcionar al empleador mencionado anteriormente cualquier cálculo de beneficio utilizado en el pago de este reclamo con el propósito de revisar la experiencia y operación de la póliza o del contrato. Esta autorización es válida durante el plazo de la póliza o del contrato bajo la cual se presentó un reclamo. Conozco mi derecho a recibir una copia de esta autorización si la solicito y estoy de acuerdo en que una copia fotográfica de esta autorización es tan válida como el original.			
Firma del paciente o de la persona autorizada _____		Fecha _____	
26. Autorizo el pago de beneficios médicos al médico o proveedor del servicio. Firma del paciente o de la persona autorizada _____ Fecha _____			

DEBE SER COMPLETADO POR EL MÉDICO O PROVEEDOR

27. Fecha de la enfermedad (primer síntoma), lesión (accidente) o del embarazo (FUM)	28. Fecha de la primera consulta por esta condición	29. Si el paciente tuvo enfermedades o lesiones similares, proporcione las fechas	30. Si fue una emergencia, marque aquí <input type="checkbox"/> Emergencia				
31. Fecha de reincorporación del paciente al trabajo	32. Fecha de incapacidad total desde _____ hasta _____	33. Fecha de incapacidad parcial desde _____ hasta _____					
34. Nombre del médico que remite (p. ej., agencia de salud pública)		35. Para servicios relacionados con hospitalización, proporcione fechas de internación admisión _____ alta _____					
36. Nombre y dirección del centro donde se prestaron los servicios (si son diferentes del domicilio o consultorio)							
37. Diagnóstico o naturaleza de la enfermedad o lesión (por favor indique primario y secundario) 1. 2. 3. 4.							
38. Procedimientos, servicios médicos, suministros proporcionados							
Fecha del servicio	Lugar de servicio*	Identificación de código de procedimiento**	Descripción del servicio	Tipo de servicio [†]	Cargos	Días o unidades	Código de diagnóstico ^{††}
39. Nombre y dirección del médico (incluir código postal)		40. Número de teléfono ()	41. Ingrese el número de identificación de contribuyente para ser utilizado en la presentación del formulario 1099. Usted tiene la obligación, por ley, de proporcionar su número de identificación de contribuyente.				
44. Firma del médico o proveedor		42. Número de cuenta del paciente	43. Cargo total \$ _____ Monto pagado \$ _____ Saldo adeudado \$ _____		46. Fecha		
45. Identificador nacional del proveedor		46. Fecha					

*** Códigos de lugar de servicio:**

1 - (IH) - Hospital con internación	8 - (SNF) - Centro de enfermería especializada
2 - (OH) - Hospital ambulatorio	9 - Ambulancia
3 - (O) - Visita al consultorio	0 - (OL) - Otro lugar
4 - (H) - Domicilio del paciente	A - (IL) - Laboratorio independiente
5 - (PSY) - Centro de atención de día	B - Otro centro médico quirúrgico
6 - (PSY) - Centro de atención de noche	C - (RTC) - Centro residencial de tratamiento
7 - (NH) - Hogar de ancianos	D - (STF) - Centro de tratamiento especializado

† Códigos de tipo de servicio:

1 - Atención médica	8 - Asistencia en cirugía
2 - Cirugía	9 - Otro servicio médico
3 - Consulta	0 - Sangre o hematocrito
4 - Rayos X para diagnóstico	A - Equipo médico duradero (DME) utilizado
5 - Laboratorio de diagnóstico	M - Pago alternativo por diálisis de mantenimiento
6 - Radioterapia	Y - Segunda opinión sobre cirugía electiva
7 - Anestesia	Z - Tercera opinión sobre cirugía electiva

** Por favor, utilice los códigos de terminología de procedimiento actuales para cirugía.

†† Por favor, utilice la clasificación internacional de enfermedades Código de la ICD para diagnóstico de alta.

Si necesita un intérprete calificado, la información escrita en un formato alternativo, servicios de traducción u otro tipo de servicios, llame al número que figura en su tarjeta de identificación.

Innovation Health cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina, excluye ni trata de manera diferente a ningún individuo por su raza, color, nacionalidad, sexo, edad o discapacidad.

Innovation Health brinda servicios y asistencia gratuitos a las personas con discapacidades y a las que necesitan asistencia de idioma.

Si necesita un intérprete calificado, la información escrita en un formato alternativo, servicios de traducción u otro tipo de servicios, llame al número que figura en su tarjeta de identificación.

Si cree que no brindamos estos servicios de manera adecuada o que discriminamos por alguna de las características mencionadas más arriba, puede comunicarse con el Civil Rights Coordinator y presentarle una reclamación:

Civil Rights Coordinator,

P.O. Box 14462 Lexington, KY 40512

[1-800-648-7817](tel:1-800-648-7817), TTY: [711](tel:711)

Fax: 859-425-3379, CRCoordinator@aetna.com.

También puede presentar una queja en el portal de quejas en Internet de la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o por escrito a U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue SW., Room 509 F, HHH Building, Washington, DC 20201. Además, puede llamar al [1-800-368-1019](tel:1-800-368-1019), [800-537-7697](tel:800-537-7697) (TDD).

Innovation Health® es el nombre comercial que se utiliza en los productos y servicios proporcionados por Innovation Health Insurance Company y por Innovation Health Plan, Inc. Innovation Health Insurance Company e Innovation Health Plan, Inc., son compañías afiliadas de Aetna Life Insurance Company y sus compañías afiliadas (Aetna). Aetna ofrece ciertos servicios de administración a Innovation Health. Cada compañía de seguros tiene responsabilidad financiera exclusiva sobre sus propios productos. Aetna forma parte de las compañías de CVS Health®.

Igbo	Inweta enyemaka asụsụ na akwughi ụgwọ obùla, kpọọ nọmba nọ na kaadi njirimara gi
Ilocano	Tapno maakses dagiti serbisio ti pagsasao nga awanan ti bayadna, awagan ti numero nga adda ayan ti ID kardmo.
Indonesian	Untuk mengakses layanan bahasa tanpa dikenakan biaya, silakan hubungi nomor telepon di kartu asuransi Anda.
Italian	Per accedere ai servizi linguistici senza alcun costo per lei, chiami il numero sulla tessera identificativa.
Japanese	無料の言語サービスは、IDカードにある番号にお電話ください。
Karen	vXw>urRM>usdmw>rRpXRtw>zH;w>rRwz. vXwtd.'D;tyShRvXeub.[h.tDRt*D><ud;b.vDwJpdeD.*H>vXtttd.vXecd.*DR A (ID) tvdRM.wuh>l
Korean	무료 다국어 서비스를 이용하려면 보험 ID 카드에 수록된 번호로 전화해 주십시오.
Kru-Bassa	I nyuu kosna mahola ni language services ngui nsaa wogui wo, sebel i nsinga i ye ntilga i kat yong matibla
Kurdish	بۆ دەسپێرێت ئاگەشتن بە خزمەتگوزاری زمان بەبێ تێچوون بۆ تۆ، پەیوەندی بکە بە ژمارەی سەر ئای دی (ID) کارتێ خۆت.
Lao	ເພື່ອເຂົ້າເຖິງບໍລິການພາສາທີ່ບໍ່ເສຍຄ່າ, ໃຫ້ໃບທາດເປີໂທຢູ່ໃນບັດປະຈຳຕົວຂອງທ່ານ.
Marathi	आपल्याला कोणत्याही शुल्काशिवाय भाषा सेवांपर्यंत पोहोचण्यासाठी, आपल्या ID कार्डवरील क्रमांकावर फोन करा.
Marshallese	Ñan bōk jipañ kōn kajin ilo an ejjelōk wōñean ñan kwe, kwōn kallok nōmba eo ilo kaat in ID eo aṃ.
Micronesian-Ponapean	Pwehn alehdi sawas en lokaia kan ni sohte pweipwei, koahlih nempe nan amhw doaropwe en ID.
Mon-Khmer, Cambodian	ដើម្បីទទួលបានសេវាភាសាដោយឥតគិតថ្លៃសម្រាប់លោកអ្នក សូមហៅទូរសព្ទទៅកាន់លេខដែលមាននៅលើប័ណ្ណសម្គាល់ខ្លួនរបស់លោកអ្នក។
Navajo	T'áá ni nizaad k'éhjí bee níká a'doowol doo búqúh ílínígóó naaltsoos bee atah níllígo nanitinígíí bee néého'dólzínígíí béésh bee hane'í biká'ígíí áajj' hólne'.
Nepali	भाषासम्बन्धी सेवाहरूमाथि निःशुल्क पहुँच राख्न आफ्नो कार्डमा रहेको नम्बरमा कल गर्नुहोस्।
Nilotic-Dinka	Tè koor yin ran de wëër de thokic ke cin wëu kor keek tënɔŋ yin. Ke yin col ran ye koc kuony nè namba de abac tö nè ID kard duön de tiit de nyin de panakim köu.
Norwegian	For tilgang til kostnadsfri språktjenester, ring nummeret på ID-kortet ditt.
Pennsylvanian-Dutch	Um Schprooch Services zu griege mitaus Koscht, ruff die Nummer uff dei ID Kaart.
Persian Farsi	برای دسترسی به خدمات زبان به طور رایگان، با شماره قید شده روی کارت شناسایی خود تماس بگیرید.
Polish	Aby uzyskać dostęp do bezpłatnych usług językowych, należy zadzwonić pod numer podany na karcie identyfikacyjnej.
Portuguese	Para aceder aos serviços linguísticos gratuitamente, ligue para o número indicado no seu cartão de identificação.
Punjabi	ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਬਿਨਾਂ ਕਿਸੇ ਕੀਮਤ ਵਾਲੀਆਂ ਪੰਜਾਬੀ ਸੇਵਾਵਾਂ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਕਰਨ ਲਈ, ਆਪਣੇ ਆਈਡੀ ਕਾਰਡ 'ਤੇ ਦਿੱਤੇ ਨੰਬਰ 'ਤੇ ਫੋਨ ਕਰੋ।
Romanian	Pentru a accesa gratuit serviciile de limbă, apelați numărul de pe cardul de membru.
Russian	Для того чтобы бесплатно получить помощь переводчика, позвоните по телефону, приведенному на вашей идентификационной карте.
Samoan	Mō le mauaina o 'au'aunaga tau gagana e aunoa ma se totogi, vala'au le numera i luga o lau pepa ID.
Serbo-Croatian	Za besplatne prevodilačke usluge pozovite broj naveden na Vašoj identifikacionoj kartici.
Spanish	Para acceder a los servicios lingüísticos sin costo alguno, llame al número que figura en su tarjeta de identificación.

