

SUBSCRIBER INFORMATION:

1. BCBS ID NUMBER: Enter the identification number and any alpha prefix as shown on your Blue Cross and Blue Shield ID Card. (If you are age 65 or older, this number may not be the same as your Medicare number).
2. SUBSCRIBER'S DAYTIME PHONE NUMBER: The area code and phone number of the subscriber. This can be a landline or cell number.
3. SUBSCRIBER'S NAME: Enter the subscriber's name as shown on subscriber's ID card.
4. SUBSCRIBER'S ADDRESS: Enter the home address of the subscriber.
5. SUBSCRIBER'S DATE OF BIRTH: Enter the date of birth of the subscriber providing the month as two digits (MM), day as two digits (DD) and year as four digits (YYYY).
6. SUBSCRIBER'S SEX: Check the appropriate box for the sex of the subscriber.

PATIENT INFORMATION:

7. PATIENT'S NAME: Enter the patient's FULL LEGAL NAME (not a nickname); please include "Sr." or "Jr." if applicable.
8. PATIENT'S ADDRESS: Enter the home address of the patient.
9. PATIENT'S DATE OF BIRTH: Enter the date of birth of the patient providing the month as two digits (MM), day as two digits (DD) and year as four digits (YYYY).
10. PATIENT'S SEX: Check the appropriate box for the sex of the patient.
11. PATIENT'S RELATIONSHIP TO SUBSCRIBER: Check the appropriate box to indicate the relationship of the patient to the subscriber.

TRANSPORTATION AND LODGING INFORMATION:

12. PURPOSE OF YOUR TRAVEL? Provide essential covered medical condition for this travel.
13. DATE OF COVERED SERVICE? Provide actual date of medical procedure.
14. DID YOU TRAVEL WITH A COMPANION(S)? Check the appropriate box to indicate if companion has traveled with you.
15. TRAVEL AND LODGING DETAILS
 - DATES OF TRAVEL? Provide beginning and end dates of travel.
 - TOTAL MILES DRIVEN? Provide total miles driven from the first date of travel to the last date of travel.
 - COST OF COVERED TRANSPORTATION? Provide total cost of transportation, does not include fuel (e.g., car rental, air flight, bus or any other form of transportation).
 - COST OF LODGING? Provide itemized statement of lodging accommodation charges.

MAIL THE REQUIRED INFORMATION TO:

**Blue Cross Blue Shield of Nebraska
PO Box 3248
Omaha, NE 68180-0001**

Non-discrimination and Translation Notice

Discrimination is Against the Law

Blue Cross and Blue Shield of Nebraska (BCBSNE) complies with applicable federal civil rights laws and does not discriminate on the basis of race, color, national origin, age, disability or sex. BCBSNE does not exclude people or treat them differently because of race, color, national origin, age, disability or sex.
BCBSNE:

- Provides free aids and services to people with disabilities to communicate effectively with us, such as:
 - Qualified sign language interpreters
 - Written information in other formats (large print, audio, accessible electronic formats, other formats)
- Provides free language services to people whose primary language is not English, such as:
 - Qualified interpreters
 - Information written in other languages

If you need these services, contact Customer Service at 800-991-5840, TTY 771 between 8 a.m. to 9 p.m., Central time, seven days a week from Oct. 1 through March 31; 8 a.m. to 9 p.m., Central time, Monday through Friday from April 1 through Sept. 30.

If you believe that Blue Cross and Blue Shield of Nebraska has failed to provide these services or discriminated in another way on the basis of race, color, national origin, age, disability or sex, you can file a grievance with:

Manager, Corporate Compliance
Blue Cross and Blue Shield of Nebraska
P.O. Box 3248
Omaha, NE 68180-001
800-991-5840, TTY: 711
CivilRights@NebraskaBlue.com

You can file a grievance in person or by mail, fax or email. If you need help filing a grievance, our Manager of Corporate Compliance is available to help you.

You can also file a civil rights complaint with the U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights, electronically through the Office for Civil Rights Complaint Portal, available at ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf, or by mail or phone at:

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)

Complaint forms are available at hhs.gov/sites/default/files/ocr-cr-complaint-form-package.pdf.

For quick processing, use the OCR online portal to file a complaint.

ATTENTION: This notice may have important information about your application or coverage. Look for key dates in this notice. You may need to take action by certain deadlines to keep your health coverage or get help with costs. If you or someone you're helping has questions, you have the right to get help and information in your language at no cost. To talk to an interpreter, call 1-800-991-5840. This notice is translated as federally required.

Arabic

تنبيه: قد يتضمن هذا الإشعار معلومات مهمة عن تطبيقك أو تأمينك. ابحث عن التواريخ الرئيسية في هذا الإشعار. قد يلزمك اتخاذ إجراء قبل المواعيد النهائية المحددة للحفاظ على التأمين الصحي أو للحصول على مساعدة بشأن التكاليف. إذا كنت أنت أو أحد من تساعدكم لديكم أسئلة، فلك الحق في الحصول على مساعدة ومعلومات بلغتك وبدون تكلفة. للتحدث مع أحد المترجمين الفوريين، اتصل برقم 1-800-991-5840.

Chinese Traditional

注意：本通知可能含有與您的申請或保險有關的重要資訊。在本通知中尋找重要的日期。您可能需要在某個截止日期前採取行動，以保持您的健康保險或獲得費用方面的幫助。如果您或者您正幫助的人有疑問，您有權利以您的語言免費獲得提供的幫助與資訊。致電口譯員，請撥打1-800-991-5840。

German

Achtung: Diese Mitteilung kann wichtige Informationen über Ihren Antrag oder die Versicherungsdeckung beinhalten. Beachten Sie wichtige Fristen in dieser Mitteilung. Sie müssen unter Umständen Maßnahmen innerhalb bestimmter Fristen ergreifen, um Ihren Krankenversicherungsschutz zu erhalten oder eine Kostenerstattung zu erhalten. Wenn Sie oder jemand, dem Sie helfen, Fragen hat, können Sie kostenlos Hilfe und Informationen in Ihrer Sprache erhalten. Um mit einem Dolmetscher zu sprechen, rufen Sie bitte 1-800-991-5840 an.

Spanish (Mexico)

ATENCIÓN: Este aviso puede contener información importante sobre su solicitud o cobertura. Ponga atención a las fechas clave en este aviso. Puede ser que usted necesite realizar algunas acciones para determinadas fechas y así mantener su cobertura de salud o para obtener ayuda con los costos. Si usted o alguien a quien usted ayuda tiene alguna pregunta, tiene el derecho de recibir información y ayuda en su propio idioma sin costo. Para hablar con un intérprete, llame al 1-800-991-5840.

Farsi

توجه این اعلامیه ممکن است اطلاعات مهمی درباره درخواست یا طرح پوشش بیمهتان داشته باشد. تاریخ های اصلی را در این اعلامیه جستجو کنید. ممکن است لازم باشد تا موعد مقرر اقدام کنید تا پوشش بیمه درمانیتان حفظ شود یا هزینه های درمانی را دریافت کنید. اگر شما یا فردی دیگر که به او کمک می کنید، سؤالی دارید، از این حق برخوردار هستید تا راهنمایی و اطلاعات را به صورت رایگان به زبان خودتان دریافت کنید. برای صحبت کردن با یک مترجم، با شماره 1-800-991-5840 تماس بگیرید.

French (Europe)

ATTENTION : Cet avis peut contenir des informations importantes concernant votre demande ou votre garantie. Prêtez attention aux dates clés indiquées. Il vous faudra peut-être prendre des mesures avant une certaine date pour pouvoir conserver votre assurance santé ou bénéficier d'aides au paiement. Si vous ou une personne que vous aidez avez des questions, vous pouvez obtenir gratuitement de l'assistance et des informations dans votre langue. Pour parler à un interprète, appelez le 1-800-991-5840.

Japanese

ご注意：本通知書には、患者さんの申請や保険について重大な情報が含まれている可能性があります。本通知書の日付をご覧ください。医療保険を利用したり、費用についてサポートを受けるには、本通知書に従って特定の期限までに手続きしてください。患者さん、または付き添いの方が質問がある場合は、母国語で無料で支援を受けたり、情報を受け取る権利があります。通訳と話したい場合は、1-800-991-5840. まで電話をおかけください。

Karen

ဟံသုဂ်ဟံသး-တံဘိးဘဂ်သုဂ်ညါအံ၊ ဘဂ်သုဂ်သုဂ် ကဆိဂ်ဒီးတံဂုတ်တံကျိလံ၊ အရုခိဂ်ဘဂ်သး နလံပတ်ထီဂ်တံ မုတမု တံဆုဂ်ကီလံးနုဂ်လီ၊ ကွံယု မုနံမုသိအရုခိဂ်လံ၊ လံဘိးဘဂ်သုဂ်ညါအံပုတကံ၊ ဘဂ်သုဂ်သုဂ် နကဘဂ် ဟံးဂုဂ်လံ၊ မုနံလံခံကတံလံ၊ တံဟံပနိဂ်နုနံ လံ၊နကဟုဂ်နတံဆိဂ်ဆုဂ်ဆိဂ်လူ တံဘူးတံလဲတဟ် မုတမု မနုတံမံမံလံ၊ တံပုလီလဲတဟ်နုဂ်လီ၊ နု မုတမု ပုတဂံဂံလံ၊ နမံမံမုဆိဂ်ဒီးတံသံကွံအယံ၊ နဆိဂ်ဒီးတံခွဲးတံယံလံ၊ ကမနုတံမံမံမံဒီးတံဂုတ်တံကျိလံ၊ နကျိလံ၊ တလံဘဂ်လံလံဘဂ်သုဂ်နုဂ်လီ၊ လံ၊နကတံတံတံဒီး ပုကျိးဝံတံအဂီ၊ ကိး1-800-991-5840.တကံ၊

Korean

주의: 본 고지에는 해당 신청서 또는 적용범위에 대한 중요한 정보가 있을 수 있습니다. 본 고지의 주요 날짜를 찾으십시오. 해당 건강보험을 유지하거나 비용을 지원받는 특정 기간까지 조치를 취하셔야 합니다. 본인 자신이 나본인이 돕고 있는 누군가가 질문이 있다면 무료로 모국어로 된 도움과 정보를 얻을 수 있는 권리가 있습니다. 통역사와 통화하려면 1-800-991-5840. 번으로 전화하십시오.

Kurdish

ئاگاداری
ڕهنگه ئهم ئاگاداریه زانیاری گرنگی تێدا بێت دهمبارهی داواکاری یان پرومالمکردنهکمت بهدوای بهرواره سهههکهیکانی ناو ئهم ئاگاداریه بهگهڕێ. لهوانهیه بپووست بکات له ههندیک دوا واده کرداریک بهکهمیت بۆ ئهوهی پرومالمی تهندهوستیت بهردهوام بێت یان یارمهتی بۆ تهندهوستیت دهست بهکهمیت. ئهگهڕ ئهوهی یان کهسهیکه که تو یارمهتی دهدیت پرسپاری ههمیه، تو مافی دهسهکوتنی یارمهتی و زانیاریت به زمانی خۆت بێ بهرامبهس ههمیه بۆ قسهکردن لهگهڵ وهرگهڕێک، پهیوهندی به 18009915840. بهک.

Lao

ສິ່ງທີ່ຄວນເອົາໃຈໃສ່: ແຈ້ງການສະບັບນີ້ ອາດຈະມີຂໍ້ມູນທີ່ສໍາຄັນກ່ຽວກັບການສະໝັກ ຫຼື ການຄຸ້ມຄອງສຸຂະພາບຂອງທ່ານ. ຈົ່ງຊອກຫາວັນທີ່ສໍາຄັນໃນແຈ້ງການສະບັບນີ້. ທ່ານອາດຈະຕ້ອງຕໍາເນີນການໃນຂອບເຂດເວລາໃດໜຶ່ງ ເພື່ອຮັກສາການຄຸ້ມຄອງດ້ານສຸຂະພາບຂອງທ່ານ ຫຼື ໄດ້ຮັບການຊ່ວຍເຫຼືອທາງດ້ານງົບປະມານ. ຖ້າທ່ານທ່ານ ຫຼືບຸກຄົນທີ່ທ່ານກຳລັງຊ່ວຍເຫຼືອຢູ່ນັ້ນ ມີຄໍາຖາມ,ທ່ານມີສິດໄດ້ຮັບການຊ່ວຍເຫຼືອ ແລະ ໄດ້ຮັບຂໍ້ມູນທີ່ເປັນພາສາຂອງທ່ານ ໂດຍບໍ່ເສຍຄ່າໃຊ້ຈ່າຍ. ຕ້ອງການລົມກັບນາຍແປພາສາ, ຈົ່ງໂທຫາເບີ 1-800-991-5840.

Nepali

ध्यानकर्षणः यो सूचनामा तपाईंको निवेदन वा कभरेजको बारेमा महत्त्वपूर्ण जानकारी हुनसक्छ। यो सूचनामा मुख्य मितिहरू हेर्नुहोस्। तपाईंको स्वास्थ्य कभरेज वा लागतमा महत् प्राप्त गर्न तपाईंले निश्चित समयसीमा भित्र कारबाही लिनुपर्ने हुनसक्छ। तपाईं वा तपाईंले सहायता गरेका कसैसँग जिज्ञासाहरू छन् भने तपाईंसँग आफ्नो भाषामा निःशुल्क सहायता र जानकारी प्राप्त गर्ने अधिकार छ। दोभाषेसँग कुरा गर्न 1-800-991-5840.मा कल गर्नुहोस्।

Oromo

HUBAACHISA: Beeksisi kun odeeffannoo barbaachisaa waa’ee iyyata keetii yookaan waa’ee tajaajiloota qabaachuu mala. Beeksisa kana irraa guyyoota barbaachisoo ta’an ilaali. Tajaajila fayyaa kee itti fufsiisuuf guyyoota murtaa’an irratti tarkaanfiin ati fudhattu yookaan kaffaltiidhaan gargaarsi ati argattu jiraachu mala. Yoo ati ykn namni ati gargaartu, gaaffii qabaattan, gatii malee gargaarsaa fi oddeeffanno afaan dandeessaaniin argachuun mirga keessaani. Warra afaan hikkaaniif lakkoofsa kanaan bilbilaa 1-800-991-5840.

Russian

ВНИМАНИЕ! В данном уведомлении может содержаться важная информация о вашей заявке или страховке. В нем также указаны ключевые даты. Вам может потребоваться выполнить некоторые действия к определенному сроку для сохранения вашей медицинской страховки или получения помощи в оплате расходов. Если у вас или у человека, которому вы помогаете, возникнут вопросы, вы имеете право получить помощь и информацию на своем языке бесплатно. Чтобы поговорить с переводчиком, позвоните по номеру 1-800-991-5840.

Vietnamese

CHÚ Ý: Thông báo này có thể chứa thông tin quan trọng về đơn đăng ký hoặc bảo hiểm của quý vị. Tìm những ngày chính trong thông báo này. Quý vị có thể cần hành động trước một số thời hạn để duy trì bảo hiểm sức khỏe của mình hoặc được giúp đỡ có tính phí. Nếu quý vị hoặc người quý vị đang giúp đỡ, có thắc mắc, quý vị có quyền lấy thông tin và được trợ giúp bằng ngôn ngữ của mình miễn phí. Để nói chuyện với một thông dịch viên, gọi số 1-800-991-5840.

Non-discrimination and Translation Notice

Discrimination is Against the Law

Blue Cross and Blue Shield of Nebraska (BCBSNE) complies with applicable federal civil rights laws and does not discriminate on the basis of race, color, national origin, age, disability or sex. BCBSNE does not exclude people or treat them differently because of race, color, national origin, age, disability or sex.
BCBSNE:

- Provides free aids and services to people with disabilities to communicate effectively with us, such as:
 - Qualified sign language interpreters
 - Written information in other formats (large print, audio, accessible electronic formats, other formats)
- Provides free language services to people whose primary language is not English, such as:
 - Qualified interpreters
 - Information written in other languages

If you need these services, contact Customer Service at 800-991-5840, TTY 711 between 7:30 a.m. to 6 p.m., Central time, Monday through Friday.

If you believe that Blue Cross and Blue Shield of Nebraska has failed to provide these services or discriminated in another way on the basis of race, color, national origin, age, disability or sex, you can file a grievance with:

Manager, Corporate Compliance
Blue Cross and Blue Shield of Nebraska
P.O. Box 3248
Omaha, NE 68180-001
800-991-5840, TTY: 711
CivilRights@NebraskaBlue.com

You can file a grievance in person or by mail, fax or email. If you need help filing a grievance, our Manager of Corporate Compliance is available to help you.

You can also file a civil rights complaint with the U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights, electronically through the Office for Civil Rights Complaint Portal, available at ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf, or by mail or phone at:

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)

Complaint forms are available at hhs.gov/sites/default/files/ocr-cr-complaint-form-package.pdf.
For quick processing, use the OCR online portal to file a complaint.

ATTENTION: This notice may have important information about your application or coverage. Look for key dates in this notice. You may need to take action by certain deadlines to keep your health coverage or get help with costs. If you or someone you're helping has questions, you have the right to get help and information in your language at no cost. To talk to an interpreter, call 1-800-991-5840. This notice is translated as federally required.

Arabic

تنبيه: قد يتضمن هذا الإشعار معلومات مهمة عن تطبيقك أو تأمينك. ابحث عن التواريخ الرئيسية في هذا الإشعار. قد يلزمك اتخاذ إجراء قبل المواعيد النهائية المحددة للحفاظ على التأمين الصحي أو للحصول على مساعدة بشأن التكاليف. إذا كنت أنت أو أحد من تساعدكم لديكم أسئلة، فلك الحق في الحصول على مساعدة ومعلومات بلغتك وبدون تكلفة. للتحدث مع أحد المترجمين الفوريين، اتصل برقم 1-800-991-5840.

Chinese Traditional

注意：本通知可能含有與您的申請或保險有關的重要資訊。在本通知中尋找重要的日期。您可能需要在某個截止日期前採取行動，以保持您的健康保險或獲得費用方面的幫助。如果您或者您正幫助的人有疑問，您有權利以您的語言免費獲得提供的幫助與資訊。致電口譯員，請撥打1-800-991-5840。

German

Achtung: Diese Mitteilung kann wichtige Informationen über Ihren Antrag oder die Versicherungsdeckung beinhalten. Beachten Sie wichtige Fristen in dieser Mitteilung. Sie müssen unter Umständen Maßnahmen innerhalb bestimmter Fristen ergreifen, um Ihren Krankenversicherungsschutz zu erhalten oder eine Kostenerstattung zu erhalten. Wenn Sie oder jemand, dem Sie helfen, Fragen hat, können Sie kostenlos Hilfe und Informationen in Ihrer Sprache erhalten. Um mit einem Dolmetscher zu sprechen, rufen Sie bitte 1-800-991-5840 an.

Spanish (Mexico)

ATENCIÓN: Este aviso puede contener información importante sobre su solicitud o cobertura. Ponga atención a las fechas clave en este aviso. Puede ser que usted necesite realizar algunas acciones para determinadas fechas y así mantener su cobertura de salud o para obtener ayuda con los costos. Si usted o alguien a quien usted ayuda tiene alguna pregunta, tiene el derecho de recibir información y ayuda en su propio idioma sin costo. Para hablar con un intérprete, llame al 1-800-991-5840.

Farsi

توجه این اعلامیه ممکن است اطلاعات مهمی درباره درخواست یا طرح پوشش بیمهتان داشته باشد. تاریخ های اصلی را در این اعلامیه جستجو کنید. ممکن است لازم باشد تا موعد مقرر اقدام کنید تا پوشش بیمه درمانیتان حفظ شود یا هزینه های درمانی را دریافت کنید. اگر شما یا فردی دیگر که به او کمک می کنید، سؤالی دارید، از این حق برخوردار هستید تا راهنمایی و اطلاعات را به صورت رایگان به زبان خودتان دریافت کنید. برای صحبت کردن با یک مترجم، با شماره 1-800-991-5840 تماس بگیرید.

French (Europe)

ATTENTION : Cet avis peut contenir des informations importantes concernant votre demande ou votre garantie. Prêtez attention aux dates clés indiquées. Il vous faudra peut-être prendre des mesures avant une certaine date pour pouvoir conserver votre assurance santé ou bénéficier d'aides au paiement. Si vous ou une personne que vous aidez avez des questions, vous pouvez obtenir gratuitement de l'assistance et des informations dans votre langue. Pour parler à un interprète, appelez le 1-800-991-5840.

Japanese

ご注意：本通知書には、患者さんの申請や保険について重大な情報が含まれている可能性があります。本通知書の日付をご覧ください。医療保険を利用したり、費用についてサポートを受けるには、本通知書に従って特定の期限までに手続きしてください。患者さん、または付き添いの方が質問がある場合は、母国語で無料で支援を受けたり、情報を受け取る権利があります。通訳と話したい場合は、1-800-991-5840.まで電話をおかけください。

Karen

ဟံသုဂ်ဟံသး-တံဘိးဘုဂ်သုဂ်ညါအံ၊ ဘုဂ်သုဂ်သုဂ် ကဆိဂ်ဒီးတံဂုာ်တံဂုာ်လံ၊ အရုဂ်ဂ်ဘုဂ်သး နလံဟံတံထီဂ်တံ မုတမုာ် တံဆုဂ်ကိလဲးန့ဂ်လီ၊ ကွဲယု မုာ်နံ၊မုာ်သိအရုဂ်ဂ်လံ၊ လံဘိးဘုဂ်သုဂ်ညါအံအပူတက့ာ်၊ ဘုဂ်သုဂ်သုဂ် နကဘုဂ် ဟံးဂုာ်ဝိလံ၊ မုာ်နံ၊လံခံကတံလံ၊ တံဟံဟံနီဂ်နံ၊နံ၊ လံ၊နကတုဂ်နကတံဆိဂ်ဆုဂ်ဆိဂ်ချ၊ တံဘုးတံလဲတဖ် မုတမုာ် မ၊နံတံမ၊စ၊လံ၊ တံပု၊လံလဲတဖ်န့ဂ်လီ၊ န၊ မုတမုာ် ပု၊တက၊ဂ၊လံ၊ နမ၊စ၊မုာ်ဆိဂ်ဒီးတံသံကွဲအယံ၊ နဆိဂ်ဒီးတံခွဲးတံယံလံ၊ ကမ၊နံတံမ၊စ၊လံဒီးတံဂုာ်တံဂုာ်လံ၊ နက့ဂ်လံ၊ တလံဘုဂ်လံဂုာ်ဘုဂ်န့ဂ်လီ၊ လံ၊နကတံတံတံဒီး ပု၊က့ဂ်းထံတံအဂီ၊ ကိး1-800-991-5840.တက့ာ်။

Korean

주의: 본 고지에는 해당 신청서 또는 적용범위에 대한 중요한 정보가 있을 수 있습니다. 본 고지의 주요 날짜를 찾으십시오. 해당 건강보험을 유지하거나 비용을 지원받는 특정 기간까지 조치를 취하셔야 합니다. 본인 자신이 나본인이 돕고 있는 누군가가 질문이 있다면 무료로 모국어로 된 도움과 정보를 얻을 수 있는 권리가 있습니다. 통역사와 통화하려면 1-800-991-5840. 번으로 전화하십시오.

Kurdish

ئاگاداری
ڕهنگه ئهم ئاگاداریه زانیاری گرنگی تیدا بئیت دربارهی داواکاری یان روومالکردنهکمت بهعواهی بهرواره سهههکهیکانی ناو ئهم ئاگاداریه بهگهڕێ. لهوانهیه بپووست بکات له ههننیک دوا واده کرداریک بهکهیته بۆ ئهوهی روومالی تههنروستنیته بهردهوام بئیت یان یارمهتی بۆ تیچوو ماکانت دهست بهکهیته. ئهگهڕ ئۆ یان کهسبیک که تۆ یارمهتی دههیته پرسیاری ههیه، تۆ مافی دهسکهوتنی یارمهتی و زانیاریته به زمانی خۆت بێ بهرامبهس ههیه. بۆ قسهکردن لهگهڵ وهرگهڕێک، پهیمهندی به. 18009915840.

Lao

ສິ່ງທີ່ຄວນເອົາໃຈໃສ່: ແຈ້ງການສະບັບນີ້ ອາດຈະມີຂໍ້ມູນທີ່ສໍາຄັນກ່ຽວກັບການສະໝັກ ຫຼື ການຄຸ້ມຄອງສຸຂະພາບຂອງທ່ານ. ຈົ່ງຊອກຫາວັນທີ່ສໍາຄັນໃນແຈ້ງການສະບັບນີ້. ທ່ານອາດຈະຕ້ອງດໍາເນີນການໃນຂອບເຂດເວລາໃດໜຶ່ງ ເພື່ອຮັກສາການຄຸ້ມຄອງດ້ານສຸຂະພາບຂອງທ່ານ ຫຼື ໄດ້ຮັບການຊ່ວຍເຫຼືອທາງດ້ານງົບປະມານ. ຖ້າທ່ານທ່ານ ຫຼືບຸກຄົນທີ່ທ່ານກຳລັງຊ່ວຍເຫຼືອຢູ່ນັ້ນ ມີຄໍາຖາມ,ທ່ານມີສິດໄດ້ຮັບການຊ່ວຍເຫຼືອ ແລະ ໄດ້ຮັບຂໍ້ມູນທີ່ເປັນພາສາຂອງທ່ານ ໂດຍບໍ່ເສຍຄ່າໃຊ້ຈ່າຍ. ຕ້ອງການລົມກັບນາຍແປພາສາ, ຈົ່ງໂທຫາເບີ 1-800-991-5840.

Nepali

ध्यानाकर्षणः यो सूचनामा तपाईंको निवेदन वा कभरेजको बारेमा महत्वपूर्ण जानकारी हुनसक्छ। यो सूचनामा मुख्य मितिहरू हेर्नुहोस्। तपाईंको स्वास्थ्य कभरेज वा लागतमा मद्दत प्राप्त गर्न तपाईंले निश्चित समयसोमा भित्र कारबाही लिनुपर्ने हुनसक्छ। तपाईं वा तपाईंले सहायता गरेका कसैसँग जिज्ञासाहरू छन् भने तपाईंसँग आफ्नो भाषामा निःशुल्क सहायता र जानकारी प्राप्त गर्ने अधिकार छ। दोभाषेसँग कुरा गर्न 1-800-991-5840.मा कल गर्नुहोस्।

Oromo

HUBAACHIIISA: Beeksisi kun odeeffannoo barbaachisaa waa’ee iyyata keetii yookaan waa’ee tajaajiloota qabaachuu mala. Beeksisa kana irraa guyyoota barbaachisoo ta’an ilaali. Tajaajila fayyaa kee itti fufsiisuuf guyyoota murtaa’an irratti tarkaanfiin ati fudhattu yookaan kaffaltiidhaan gargaarsi ati argattu jiraachu mala. Yoo ati ykn namni ati gargaartu, gaaffii qabaattan, gatii malee gargaarsaa fi oddeeffanno afaan dandeessaaniin argachuun mirga keessaani. Warra afaan hikkaaniif lakkoofsa kanaan bilbilaa 1-800-991-5840.

Russian

ВНИМАНИЕ! В данном уведомлении может содержаться важная информация о вашей заявке или страховке. В нем также указаны ключевые даты. Вам может потребоваться выполнить некоторые действия к определенному сроку для сохранения вашей медицинской страховки или получения помощи в оплате расходов. Если у вас или у человека, которому вы помогаете, возникнут вопросы, вы имеете право получить помощь и информацию на своем языке бесплатно. Чтобы поговорить с переводчиком, позвоните по номеру 1-800-991-5840.

Vietnamese

CHÚ Ý: Thông báo này có thể chứa thông tin quan trọng về đơn đăng ký hoặc bảo hiểm của quý vị. Tìm những ngày chính trong thông báo này. Quý vị có thể cần hành động trước một số thời hạn để duy trì bảo hiểm sức khỏe của mình hoặc được giúp đỡ có tính phí. Nếu quý vị hoặc người quý vị đang giúp đỡ, có thắc mắc, quý vị có quyền lấy thông tin và được trợ giúp bằng ngôn ngữ của mình miễn phí. Để nói chuyện với một thông dịch viên, gọi số 1-800-991-5840.