

# Solicitud de beneficios médicos

Correo postal para reclamos:  
P.O. Box 14079  
Lexington, KY  
40512-4079

## DEBE SER COMPLETADO POR EL EMPLEADO

|  |  |   |   |
|--|--|---|---|
| 1. Nombre del empleador  |  | 2. Número de grupo/póliza   |   |
| 3. Identificación de miembro del suscriptor  | 4. Nombre del empleado   |   | 5. Fecha de nacimiento del empleado (MM/DD/AAAA)  |
| 6. <input type="checkbox"/> Activo <input type="checkbox"/> Jubilado<br>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. Identificación de miembro del paciente   | 11. Fecha de nacimiento del paciente (MM/DD/AAAA)   | 12. Relación del paciente con el empleado<br><input type="checkbox"/> Empleado <input type="checkbox"/> Cónyuge<br><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)<br><input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> No binario/otro |   |
| 15. Estado civil del paciente<br><input type="checkbox"/> Casado(a) <input type="checkbox"/> Soltero(a)  | 16. ¿El paciente está empleado?<br><input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí | 17. Nombre y dirección del empleador  |   |
| 18. ¿El reclamo está relacionado con un accidente?<br><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?<br><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?<br><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:<br>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) a Aetna Life Insurance Company o a alguna de sus compañías afiliadas ("Aetna"), a cualquier administrador de reclamos independiente, a profesionales de asesoramiento de la salud y a organizaciones de revisión de utilización, con quienes Aetna tiene contratos. Esta información se utilizará para evaluar reclamos de beneficios. Aetna 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.<br>Firma del paciente o de la persona autorizada _____ Fecha _____ |  |   |   |
| 26. Autorizo el pago de beneficios médicos al médico o proveedor del servicio.<br>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<br><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)<br>1.<br>2.<br>3.<br>4. |  |  |   |   |                 |                       |
| 38. Procedimientos, servicios médicos, suministros proporcionados  |  |  |   |   |                 |                       |
| Fecha del servicio   | Lugar de servicio                                      | Identificación de código de procedimiento  | Descripción del 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. |                 |                       |
|  |  |  | 42. Número de cuenta del paciente   | 43. Cargo total \$ _____<br>Monto pagado \$ _____<br>Saldo adeudado \$ _____  |                 |                       |
| 44. Firma del médico o proveedor   |  |  | 45. Identificador nacional del proveedor                                      | 46. Fecha   |                 |                       |

# Beneficios médicos – Instrucciones para la presentación de reclamos

Toda persona que, a sabiendas y con intención de agravar, 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 una prisión estatal. **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 agravar, 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 agravar, 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, es ilegal proporcionar, a sabiendas, 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, agrave, 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 agravar, 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 consiente 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 agravar, 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 agravar, 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 período fijo de tres (3) años, o ambos. Si existen circunstancias agravantes, el período fijo de encarcelamiento puede ascender a un máximo de cinco (5) años y, si existen circunstancias atenuantes, el período 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 agravar, 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 agravar, 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. **Atención, residentes de Virginia:** cualquier persona que, con la intención de cometer fraude o con el conocimiento de que está facilitando un fraude contra una aseguradora, presente una solicitud o una reclamación que contenga una declaración falsa o engañosa puede haber violado la ley estatal. **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/DD/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 AETNA 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 firmela.
- 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.
- Correo postal para reclamos: P.O. Box 14079, Lexington, KY 40512-4079.**

## 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.

Aetna 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.

Aetna 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 (clientes de CA HMO:

P.O. Box 24030 Fresno, CA 93779),

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

Fax: [859-425-3379](tel:859-425-3379) (clientes de CA HMO: [860-262-7705](tel:860-262-7705)), [CRCoordinator@aetna.com](mailto: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).

*Aetna es el nombre comercial que se utiliza en los productos y servicios proporcionados por una o más de las compañías subsidiarias del grupo Aetna, entre las que se incluyen Aetna Life Insurance Company, los planes de Coventry Health Care y sus compañías afiliadas (Aetna).*



|                      |   |
|----------------------|---|
| Igbo                 | Inweta enyemaka asụsụ na akwughi ụgwọ obụla, 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                | လၢတၢ်ကမၤ ကျိတၢ်မၤစၢ်အတၢ်ဖံးတၢ်မၤတဖၣ်<br>လၢတၢ်အိၣ်ဒီးအံၤလၢတၢ်ကတၢၢ်အိၣ်အံၤကိးဘၣ်လိတဲဝဲနီၣ်ဂံၢ်လၢတၢ်အိၣ်လၢတၢ်န့ၣ်ခိၣ်ဂံၢ် ၁ (၅၅) အလံၤတက့ၢ်ၤ                        |
| 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 دەستگیراگەشتن بە خزمەتگوزاری زمان بەی تێچوون بۆ تو، پەیوەندی بکە بە ژمارە ی سەر ئای دی (ID) کارتی خۆت.   |
| Lao                  | ເພື່ອເຂົ້າເຖິງບໍລິການພາສາທີ່ບໍ່ເສຍຄ່າ, ໃຫ້ໂທຫາເບີໂທຢູ່ໃນບັດປະຈຳຕົວຂອງທ່ານ.  |
| Marathi              | आपल्याला कोणत्याही शुल्काशिवाय भाषा सेवांपर्यंत पोहोचण्यासाठी, आपल्या ID कार्डावरील क्रमांकावर फोन करा.   |
| Marshallese          | Ñan bök jipañ kōn kajin ilo an ejjelok wōñean ñan kwe, kwōn kallok nōm̄ba 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 | ដើម្បីទទួលបានសេវាកម្មភាសាដែលគេគិតថ្លៃសម្រាប់លោកអ្នក សូមហៅទូរសព្ទទៅកាន់លេខដែលមាននៅលើប័ណ្ណសម្គាល់ខ្លួនរបស់លោកអ្នក។  |
| Navajo               | T'áá ni nizaad k'ehjí bee níká a'doowoł doo b́ááh ílínígóó naaltsoos bee atah nílíígo nanitinígíí bee néého'dólzínígíí béésh bee hane'í biká'ígíí áájí' hólne'. |
| Nepali               | भाषासम्बन्धी सेवाहरूमाथि निःशुल्क पहुँच राख्न आफ्नो कार्डमा रहेको नम्बरमा कल गर्नुहोस्।   |
| Nilotic-Dinka        | Të koor yin ran de wëër de thokic ke cìn wëu kōr keek tēnɔŋ yin. Ke yin cōl ran ye kōc kuony nē namba de abac tō nē ID kard duōn de tīt de nyin de panakim kōu. |
| 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, apălați 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.              |
| Sudanic Fulfulde | Heeba a naasta nder ekkitol jaangirde woldeji walla yobugo, ewnu lamba je don windi ha do derowol maafa.                             |
| Swahili          | Kupata huduma za lugha bila malipo kwako, piga nambari iliyo kwenye kadi yako ya kitambulisho.                                       |
| Syriac-Assyrian  | ܟܘܦܬܐ ܗܘܕܘܡܐ ܙܐ ܠܘܒܗܐ ܒܝܠܐ ܡܠܝܦܐ ܟܘܟܘܟܐ, ܦܝܓܐ ܢܡܒܪܝ ܝܠܝܘ ܟܘܨܢܝܐ ܟܘܕܝ ܝܘܟܐ ܝܐ ܟܝܬܐܡܒܘܠܝܫܘܟܐ.  |
| Tagalog          | Upang ma-access ang mga serbisyo sa wika nang walang bayad, tawagan ang numero sa iyong ID card.                                     |
| Telugu           | భాష సేవలను మీకు ఖర్చు లేకుండా అందుకునేందుకు, మీ ఐడి కార్డుపై ఉన్న నంబరుకు కాల్ చేయండి.   |
| Thai             | หากท่านต้องการเข้าถึงการบริการทางด้านภาษาโดยไม่มีค่าใช้จ่าย โปรดโทรหมายเลขที่แสดงอยู่บนบัตรประจำตัวของท่าน                           |
| Tongan           | Kapau 'oku ke fiema'u ta'etōtōngi 'a e ngaahi sēvesi kotoa pē he ngaahi lea kotoa, telefoni ki he fika 'oku hā atu 'i ho'ō ID kaati. |
| Turkish          | Dil hizmetlerine ücretsiz olarak erişmek için kimlik kartınızdaki numarayı arayın.   |
| Ukrainian        | Щоб безкоштовно отримати мовні послуги, задзвоніть за номером, вказаним на вашій ідентифікаційній картці.                            |
| Urdu             | لسانی خدمات تک مُفت رسائی کے لیے، اپنے بیمہ کے ID کارڈ پر درج نمبر پر کال کریں۔  |
| Vietnamese       | Để sử dụng các dịch vụ ngôn ngữ miễn phí, vui lòng gọi số điện thoại ghi trên thẻ ID của quý vị.                                     |
| Yiddish          | צו באקומען שפראך סערוויסעס פריי פון אפצאל, רופט דעם נומער אויף אייער ID קארטל.   |
| Yoruba           | Láti ráyèsì àwọn isẹ̀ èdè fún ọ̀ lófẹ̀ẹ̀, pe nọmbà tò wà lóri káàdì ìdánimọ̀ rẹ̀.  |