

Highlights of your Health Care Coverage

(BHT) BUSINESS HEALTH TRUST

Effective Date: 07/01/2020

Any deductibles, copays, and coinsurance percentages shown are amounts for which you're responsible. Medical Benefits apply after the calendar-year deductible is met unless otherwise noted, or if the cost share is a copay.

MEDICAL PLAN	STERLING 750	
	HERITAGE IN-NETWORK	OUT-OF-NETWORK
MEDICAL COST SHARE OPTIONS		
Individual Deductible PCY (Family embedded deductible 3X Individual)	\$750	\$1,500
Coinsurance (Member's percentage of costs after deductible based on allowable charges)	20%	50%
Individual Out of Pocket Maximum PCY, includes deductible, coinsurance, copay and pharmacy if applicable (Family Embedded OOP Max \$14,300)	\$6,000	Unlimited
Office Visit Cost Share	\$35 Copay, applies to the \$6,000 Out of Pocket Maximum	\$1,500 Deductible, then 50% Coinsurance, applies to Unlimited Out of Pocket Maximum
PREVENTIVE CARE OPTIONS AND HEALTH EDUCATION		
Preventive Office Visit (Unlimited, subject to standard medical guidelines)	Covered In Full	Not Covered
Immunizations (Unlimited, subject to standard medical guidelines)	Covered In Full	Not Covered
Health Education (HE) (Unlimited)	Covered In Full	Not Covered
Nicotine Dependency Programs (ND) (Unlimited)	Covered In Full	Not Covered
Diabetes Health Education (DE) (Unlimited)	Covered In Full	Not Covered
PROFESSIONAL CARE		
Professional Office Visit (Includes TeleMedicine)	\$35 Copay, applies to the \$6,000 Out of Pocket Maximum	\$1,500 Deductible, then 50% Coinsurance, applies to Unlimited Out of Pocket Maximum
Inpatient Professional Services	\$750 Deductible, then 20% Coinsurance, applies to \$6,000 Out of Pocket Maximum	\$1,500 Deductible, then 50% Coinsurance, applies to Unlimited Out of Pocket Maximum
Contraceptive Management Services (Unlimited)	Covered In Full	\$1,500 Deductible, then 50% Coinsurance, applies to Unlimited Out of Pocket Maximum

MEDICAL PLAN		STERLING 750	
	HERITAGE IN-NETWORK	OUT-OF-NETWORK	
VIRTUAL CARE - ON DEMAND			
Virtual Care - General Medical/ Dermatology (Voice/Video)	Covered in Full	Not Applicable	
DIAGNOSTIC SERVICE OPTIONS			
Preventive Professional Diagnostic Imaging and Laboratory Services - Including Mammogram and PAP/PSA	Covered In Full	\$1,500 Deductible, then 50% Coinsurance, applies to Unlimited Out of Pocket Maximum	
Other Professional Diagnostic Imaging	Waive Deductible, then 20% Coinsurance, applies to \$6,000 Out of Pocket Maximum	\$1,500 Deductible, then 50% Coinsurance, applies to Unlimited Out of Pocket Maximum	
Professional Diagnostic Major Imaging	Waive Deductible, then 20% Coinsurance, applies to \$6,000 Out of Pocket Maximum	\$1,500 Deductible, then 50% Coinsurance, applies to Unlimited Out of Pocket Maximum	
Other Professional Diagnostic Laboratory/Pathology	Waive Deductible, then 20% Coinsurance, applies to \$6,000 Out of Pocket Maximum	\$1,500 Deductible, then 50% Coinsurance, applies to Unlimited Out of Pocket Maximum	
Diagnostic Mammography	Waive Deductible, then 20% Coinsurance, applies to \$6,000 Out of Pocket Maximum	\$1,500 Deductible, then 50% Coinsurance, applies to Unlimited Out of Pocket Maximum	
FACILITY CARE OPTIONS			
Inpatient Facility	\$750 Deductible, then 20% Coinsurance, applies to \$6,000 Out of Pocket Maximum	\$1,500 Deductible, then 50% Coinsurance, applies to Unlimited Out of Pocket Maximum	
Outpatient Surgery Facility	\$750 Deductible, then 20% Coinsurance, applies to \$6,000 Out of Pocket Maximum	\$1,500 Deductible, then 50% Coinsurance, applies to Unlimited Out of Pocket Maximum	
Skilled Nursing Facility (90 days PCY; includes room and board, and facility billed professional and ancillary fees)	\$750 Deductible, then 20% Coinsurance, applies to \$6,000 Out of Pocket Maximum	\$1,500 Deductible, then 50% Coinsurance, applies to Unlimited Out of Pocket Maximum	
Hospice Inpatient Facility (Unlimited; within the 6 month lifetime maximum)	\$750 Deductible, then 20% Coinsurance, applies to \$6,000 Out of Pocket Maximum	\$1,500 Deductible, then 50% Coinsurance, applies to Unlimited Out of Pocket Maximum	
PREMERA DESIGNATED CENTERS OF EXCELLENCE			
Centers of Excellence Packaged Services (Eligible Services Include: Total Joint Replacement (Knee & Hip Replacement))	Covered In Full	Covered as any other service	
Travel and Care Coordination (Limited to IRS Guidelines)	Covered In Full	Not Covered	
EMERGENCY CARE AND TRANSPORTATION OPTION			
Emergency Care (If applicable, waive copay if admitted to inpatient facility)	\$200 Copay then \$750 Deductible and 20% Coinsurance; all cost shares apply to the \$6,000 Out of Pocket Maximum	\$200 Copay then \$750 Deductible and 20% Coinsurance; all cost shares apply to the \$6,000 Out of Pocket Maximum	
Emergency Room Physician	\$750 Deductible, then 20% Coinsurance, applies to \$6,000 Out of Pocket Maximum	\$750 Deductible, then 20% Coinsurance, applies to \$6,000 Out of Pocket Maximum	
Urgent Care Center	\$35 Copay, applies to the \$6,000 Out of Pocket Maximum	\$1,500 Deductible, then 50% Coinsurance, applies to Unlimited Out of Pocket Maximum	
Ambulance Transportation (Unlimited)	\$750 Deductible, then 20% Coinsurance, applies to \$6,000 Out of Pocket Maximum	\$750 Deductible, then 20% Coinsurance, applies to \$6,000 Out of Pocket Maximum	
Air Ambulance (Unlimited)	\$750 Deductible, then 20% Coinsurance, applies to \$6,000 Out of Pocket Maximum	\$750 Deductible, then 20% Coinsurance, applies to \$6,000 Out of Pocket Maximum	

MEDICAL PLAN		
	STERLING 750	
	HERITAGE IN-NETWORK	OUT-OF-NETWORK
OTHER SERVICES		
Allergy/Therapeutic Injections	\$750 Deductible, then 20% Coinsurance, applies to \$6,000 Out of Pocket Maximum	\$1,500 Deductible, then 50% Coinsurance, applies to Unlimited Out of Pocket Maximum
Mental Health Inpatient Facility Care (Unlimited)	\$750 Deductible, then 20% Coinsurance, applies to \$6,000 Out of Pocket Maximum	\$1,500 Deductible, then 50% Coinsurance, applies to Unlimited Out of Pocket Maximum
Mental Health Outpatient Professional Care (Unlimited)	\$35 Copay, applies to the \$6,000 Out of Pocket Maximum	\$1,500 Deductible, then 50% Coinsurance, applies to Unlimited Out of Pocket Maximum
Telemedicine - Mental Health	Subject to Mental Health Outpatient Professional Care In-Network Cost Share	Not Applicable
Chemical Dependency Inpatient Facility Care (Unlimited)	\$750 Deductible, then 20% Coinsurance, applies to \$6,000 Out of Pocket Maximum	\$1,500 Deductible, then 50% Coinsurance, applies to Unlimited Out of Pocket Maximum
Chemical Dependency Outpatient Professional Care (Unlimited)	\$35 Copay, applies to the \$6,000 Out of Pocket Maximum	\$1,500 Deductible, then 50% Coinsurance, applies to Unlimited Out of Pocket Maximum
Rehab Inpatient Facility (30 days PCY)	\$750 Deductible, then 20% Coinsurance, applies to \$6,000 Out of Pocket Maximum	\$1,500 Deductible, then 50% Coinsurance, applies to Unlimited Out of Pocket Maximum
Rehab Outpatient Care, Including Physical, Occupational, Speech and Massage Therapy, and Chronic Pain (45 visits PCY)	\$35 Copay, applies to the \$6,000 Out of Pocket Maximum	\$1,500 Deductible, then 50% Coinsurance, applies to Unlimited Out of Pocket Maximum
Rehab Outpatient Care Chronic Conditions, Including Cardiac, Pulmonary Rehab, and Cancer	\$35 Copay, applies to the \$6,000 Out of Pocket Maximum	\$1,500 Deductible, then 50% Coinsurance, applies to Unlimited Out of Pocket Maximum
Medical Supplies, Equipment, Prosthetics (Unlimited)	\$750 Deductible, then 20% Coinsurance, applies to \$6,000 Out of Pocket Maximum	\$1,500 Deductible, then 50% Coinsurance, applies to Unlimited Out of Pocket Maximum
Foot Orthotics, Orthopedic Shoes and Accessories (\$300 PCY; Includes orthotics and orthopedic shoes)	\$750 Deductible, then 20% Coinsurance, applies to \$6,000 Out of Pocket Maximum	\$1,500 Deductible, then 50% Coinsurance, applies to Unlimited Out of Pocket Maximum
Home Health Visits (130 visits PCY)	\$750 Deductible, then 20% Coinsurance, applies to \$6,000 Out of Pocket Maximum	\$1,500 Deductible, then 50% Coinsurance, applies to Unlimited Out of Pocket Maximum
Hospice Care (Hospice Home Visits: Unlimited; Respite: 240 hours; within the 6 month lifetime maximum)	\$750 Deductible, then 20% Coinsurance, applies to \$6,000 Out of Pocket Maximum	\$1,500 Deductible, then 50% Coinsurance, applies to Unlimited Out of Pocket Maximum
TMJ (Temporomandibular Joint Disorders) (Unlimited (Medical and Dental services - Medical and Dental cost shares based on type of service))	Covered as any other service	Covered as any other service
Transplants (Unlimited; \$7,500 travel and lodging limits)	Covered as any other service	Not Covered
ALTERNATIVE CARE		
Manipulations (Spinal and other) (12 visits PCY)	\$35 Copay, applies to the \$6,000 Out of Pocket Maximum	\$1,500 Deductible, then 50% Coinsurance, applies to Unlimited Out of Pocket Maximum
Acupuncture (12 visits PCY)	\$35 Copay, applies to the \$6,000 Out of Pocket Maximum	\$1,500 Deductible, then 50% Coinsurance, applies to Unlimited Out of Pocket Maximum
ANNUAL PLAN MAXIMUM		
Annual Plan Maximum	Unlimited	Unlimited

Prior Authorization is required for many services to be covered. For more information please refer to your benefit booklet.

PCY = Per Calendar Year. Balance billing may apply if a provider is not contracted with Premera Blue Cross. Members are responsible for amounts in excess of the allowable charge.

This is not a complete explanation of covered services, exclusions, limitations, reductions or the terms under which the program may be continued in force. This benefit highlight is not a contract. For full coverage provisions, including a description of waiting periods, limitations and exclusions please contact Customer Service.

Highlights of your Health Care Coverage

(BHT) BUSINESS HEALTH TRUST

Effective Date: 07/01/2020

Below is a brief overview of your Pharmacy Benefits. For more information on your benefits, please refer to your benefit booklets. To find out what tiers apply to a specific medication, refer to our Preferred Drug List at www.premera.com

PHARMACY PLAN	
STERLING 750 - RX	
PRESCRIPTION DRUGS	
Drug List	Preferred B4 Tier 1 = generic Tier 2 = preferred brand Tier 3 = non-preferred brands Tier 4 = specialty
Retail Cost Shares	\$10/\$30/\$60/\$250
Mail Cost Shares	\$25/\$75/\$150/\$250
Day Supply	Retail: 30 Days; Mail: 90 Days; Specialty: 30 Days
Individual Deductible PCY	\$0
Family Deductible PCY	No Family Deductible
Out of Network (Non-participating retail pharmacies)	Cost Share, then 40% (to allowable)
Out of Pocket Maximum	Applies to the medical out of pocket maximum
Annual Benefit Maximum	Unlimited

Prior Authorization is required for many services to be covered. For more information please refer to your benefit booklet.

PCY = Per Calendar Year. Balance billing may apply if a provider is not contracted with Premera Blue Cross. Members are responsible for amounts in excess of the allowable charge.

This is not a complete explanation of covered services, exclusions, limitations, reductions or the terms under which the program may be continued in force. This benefit highlight is not a contract. For full coverage provisions, including a description of waiting periods, limitations and exclusions please contact Customer Service.

Discrimination is Against the Law

Prera Blue Cross complies with applicable Federal and state laws and does not discriminate on the basis of race, national origin, age, disability, or sex. Prera Blue Cross does not discriminate against persons of any color, national origin, age, disability or sex.

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

If you need these services, contact our Civil Rights Coordinator.

If you believe that Prera Blue 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 complaint through the Civil Rights Coordinator, Complaints and Appeals, 700 Blue Sky Drive, Suite 500, St. Louis, MO 63101. TTY: 800-642-5357. Fax: 314-339-1350. Email: App.Docs@prerablue.com

You can also file a grievance in person or by mail, fax, or email. If you need help filing a grievance, the Civil Rights Coordinator 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 www.hhs.gov/ocr/ocomplaintportal/, or by first mail or phone at: U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue, SW, Room 508F, Main Building, Washington, D.C. 20201. 1-800-368-1019. 800-637-7897 (TDD). Complaint forms are available at: www.hhs.gov/officefor-civil-rights

Getting Help in Other Languages

This notice has important information. This notice may have important information about your enrollment or coverage through Prera Blue Cross. Please read this notice carefully. If you need help understanding this notice, you can get help in your language at no cost. Call 800-722-1471 (TTY: 800-642-5357).

हिन्दी (Hindi)
आपको आवश्यक जानकारी प्रेराम्ब्लू क्रॉस प्रदाता के साथ आपके प्रदाता से प्राप्त करने के लिए प्रेराम्ब्लू क्रॉस को सूचित करने के लिए आपको इस सूचना पत्र को ध्यान से पढ़ना चाहिए। यदि आपको इस सूचना पत्र को समझने में मदद चाहिए, तो आपको अपने मातृभाषा में मदद के लिए 800-722-1471 (TTY: 800-642-5357) पर कॉल करें।

العربية (Arabic)
يجب عليك قراءة هذه المعلومات بعناية. قد تحتوي هذه المعلومات على معلومات مهمة تتعلق بخدمات التأمين التي تقدمها شركة بليو كروس. إذا كنت بحاجة إلى مساعدة في فهم هذه المعلومات، يمكنك الحصول على المساعدة بلغتك الأم مجاناً. اتصل برقم 800-722-1471 (TTY: 800-642-5357).

中文 (Chinese)
本通知包含重要信息。请仔细阅读本通知。本通知可能包含有关您通过 Prera Blue Cross 投保的重要信息。如果您需要帮助理解本通知，您可以免费获得您母语的帮助。请拨打 800-722-1471 (TTY: 800-642-5357)。

日本語 (Japanese)
この通知には重要な情報が含まれています。この通知には、Prera Blue Cross が提供する保険に関する重要な情報が含まれています。この通知を理解する必要がある場合は、無料で母国語でのサポートを受けられます。800-722-1471 (TTY: 800-642-5357) までお問い合わせください。

한국어 (Korean)
이 통지에는 중요한 정보가 포함되어 있습니다. 이 통지에는 Prera Blue Cross 에서 제공하는 보험과 관련된 중요한 정보가 포함되어 있습니다. 이 통지를 이해하는 데 도움이 필요하시면 무료로 모국어 지원 서비스를 받으실 수 있습니다. 800-722-1471 (TTY: 800-642-5357) 으로 문의하십시오.

မြန်မာစာ (Burmese)
ဤအချက်အလက်များကို သတိပြုစေရန်အတွက်၊ ဤအချက်အလက်များတွင် အရေးကြီးသော အချက်အလက်များ ပါရှိသည်။ အချက်အလက်များကို အသိရှိရန်အတွက် အခြားဘာသာစကားဖြင့် အကူအညီလိုအပ်ပါက အခမဲ့အားဖြင့် အကူအညီရရှိနိုင်ပါသည်။ အကူအညီလိုအပ်ပါက 800-722-1471 (TTY: 800-642-5357) သို့ ခေါ်ဆိုပါ။

ਪੰਜਾਬੀ (Punjabi)
ਇਹ ਖ਼ਬਰ ਵਿੱਚ ਮਹੱਤਵਪੂਰਨ ਜਾਣਕਾਰੀ ਸ਼ਾਮਲ ਹੈ। ਇਹ ਖ਼ਬਰ ਵਿੱਚ ਪ੍ਰੇਰਾ ਬਲੂ ਕਰਾਸ ਦੁਆਰਾ ਪ੍ਰਦਾਨ ਕੀਤੇ ਭਰਤੀਆਂ ਦੀਆਂ ਸੇਵਾਵਾਂ ਬਾਰੇ ਮਹੱਤਵਪੂਰਨ ਜਾਣਕਾਰੀ ਸ਼ਾਮਲ ਹੈ। ਜੇਕਰ ਤੁਹਾਨੂੰ ਇਹ ਖ਼ਬਰ ਸਮਝਣ ਵਿੱਚ ਮਦਦ ਦੀ ਲੋੜ ਹੈ ਤਾਂ ਤੁਸੀਂ ਮੁਫ਼ਤ ਵਿੱਚ ਆਪਣੀ ਮਾਤਰਾ ਵਿੱਚ ਮਦਦ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ। 800-722-1471 (TTY: 800-642-5357) 'ਤੇ ਸੰਪਰਕ ਕਰੋ।

ภาษาไทย (Thai)
โปรดอ่านข้อมูลนี้ด้วยความระมัดระวัง ข้อมูลนี้อาจมีข้อมูลสำคัญเกี่ยวกับบริการประกันภัยที่ Prera Blue Cross ของเราให้บริการ หากต้องการความช่วยเหลือในการทำความเข้าใจข้อมูลนี้ โปรดติดต่อเราฟรีในภาษาแม่ของคุณ โทร 800-722-1471 (TTY: 800-642-5357)

தமிழ் (Tamil)
இந்த அறிவிப்பில் முக்கியமான தகவல்கள் உள்ளன. இது Prera Blue Cross இன் வழங்கும் காப்பீட்டு சேவையின் பற்றியானே. இந்த அறிவிப்பை புரிந்துகொள்ள உதவியாக இருக்க வேண்டியிருந்தால், உங்கள் தாய்மொழியில் உதவி பெறும் வசியை இலவசமாகப் பெறலாம். உதவி பெற 800-722-1471 (TTY: 800-642-5357) ல் தொடர்பு கொள்ளுங்கள்.

فارسی (Persian)
این اطلاعیه حاوی اطلاعات مهمی است. این اطلاعیه حاوی اطلاعات مهمی در مورد خدمات بیمه ای که توسط Prera Blue Cross ارائه می شود. اگر به شما در درک این اطلاعیه نیاز باشد، می توانید به زبان مادری خود کمک بگیرید. با تماس با شماره 800-722-1471 (TTY: 800-642-5357) تماس بگیرید.

हिन्दी (Hindi)
यह सूचना महत्वपूर्ण जानकारी है। यह सूचना प्रेराम्ब्लू क्रॉस द्वारा प्रदान की गई सेवाओं के बारे में महत्वपूर्ण जानकारी है। यदि आपको इस सूचना पत्र को समझने में मदद चाहिए, तो आप अपनी मातृभाषा में मदद कर सकते हैं। 800-722-1471 (TTY: 800-642-5357) पर कॉल करें।

Overview (Czech)

Prosím, pozorně si přečtěte následující informace. Tato informace může obsahovat důležité informace o Vašem členství u Prera Blue Cross. Pokud potřebujete pomoci při pochopení této informace, můžete požádat o pomoc v mateřském jazyce zdarma. Zavolajte číslo 800-722-1471 (TTY: 800-642-5357) na bezplatnou pomoc.

Franses (French)

Cette notice est importante. Elle contient des informations importantes sur votre adhésion à Prera Blue Cross. Si vous avez besoin d'aide pour comprendre cette notice, vous pouvez obtenir de l'aide dans votre langue maternelle gratuitement. Appelez le 800-722-1471 (TTY: 800-642-5357).

Angli (English)

This notice has important information. This notice may have important information about your enrollment or coverage through Prera Blue Cross. Please read this notice carefully. If you need help understanding this notice, you can get help in your language at no cost. Call 800-722-1471 (TTY: 800-642-5357).

Deutsch (German)

Dieses Benachrichtigung enthält wichtige Informationen. Diese Benachrichtigung enthält wichtige Informationen über Ihre Mitgliedschaft bei Prera Blue Cross. Bitte lesen Sie diese Benachrichtigung sorgfältig. Wenn Sie Hilfe beim Verstehen dieser Benachrichtigung benötigen, können Sie sich kostenlos in Ihrer Muttersprache Hilfe leisten. Rufen Sie unter 800-722-1471 (TTY: 800-642-5357).

Hungari (Hungary)

Ez a közlemény fontos információkat tartalmaz. Ez a közlemény fontos információkat tartalmazhat az Ön Prera Blue Cross általi csatlakozásáról vagy fedezetéről. Kérjük, figyelmesen olvassa el ezt a közleményt. Ha segítségre van szüksége az érthettség érdekében, ingyenesen segítséget kérhet anyanyelven. Hívjon a 800-722-1471 (TTY: 800-642-5357) számra.

Italia (Italian)

Questo avviso contiene informazioni importanti. Questo avviso potrebbe contenere informazioni importanti relative alla sua iscrizione o copertura assicurativa Prera Blue Cross. Legga attentamente questo avviso. Se ha bisogno di aiuto per comprendere questo avviso, può ottenere aiuto nella sua lingua madre gratuitamente. Chiamate il numero 800-722-1471 (TTY: 800-642-5357).

한국어 (Korean)

이 통지에는 중요한 정보가 포함되어 있습니다. 이 통지에는 Prera Blue Cross 에서 제공하는 보험과 관련된 중요한 정보가 포함되어 있습니다. 이 통지를 이해하는 데 도움이 필요하시면 무료로 모국어 지원 서비스를 받으실 수 있습니다. 800-722-1471 (TTY: 800-642-5357) 으로 문의하십시오.

မြန်မာစာ (Burmese)

ဤအချက်အလက်များကို သတိပြုစေရန်အတွက်၊ ဤအချက်အလက်များတွင် အရေးကြီးသော အချက်အလက်များ ပါရှိသည်။ အချက်အလက်များကို အသိရှိရန်အတွက် အခြားဘာသာစကားဖြင့် အကူအညီလိုအပ်ပါက အခမဲ့အားဖြင့် အကူအညီရရှိနိုင်ပါသည်။ အကူအညီလိုအပ်ပါက 800-722-1471 (TTY: 800-642-5357) သို့ ခေါ်ဆိုပါ။

ਪੰਜਾਬੀ (Punjabi)

ਇਹ ਖ਼ਬਰ ਵਿੱਚ ਮਹੱਤਵਪੂਰਨ ਜਾਣਕਾਰੀ ਸ਼ਾਮਲ ਹੈ। ਇਹ ਖ਼ਬਰ ਵਿੱਚ ਪ੍ਰੇਰਾ ਬਲੂ ਕਰਾਸ ਦੁਆਰਾ ਪ੍ਰਦਾਨ ਕੀਤੇ ਭਰਤੀਆਂ ਦੀਆਂ ਸੇਵਾਵਾਂ ਬਾਰੇ ਮਹੱਤਵਪੂਰਨ ਜਾਣਕਾਰੀ ਸ਼ਾਮਲ ਹੈ। ਜੇਕਰ ਤੁਹਾਨੂੰ ਇਹ ਖ਼ਬਰ ਸਮਝਣ ਵਿੱਚ ਮਦਦ ਦੀ ਲੋੜ ਹੈ ਤਾਂ ਤੁਸੀਂ ਮੁਫ਼ਤ ਵਿੱਚ ਆਪਣੀ ਮਾਤਰਾ ਵਿੱਚ ਮਦਦ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ। 800-722-1471 (TTY: 800-642-5357) 'ਤੇ ਸੰਪਰਕ ਕਰੋ।

ภาษาไทย (Thai)

โปรดอ่านข้อมูลนี้ด้วยความระมัดระวัง ข้อมูลนี้อาจมีข้อมูลสำคัญเกี่ยวกับบริการประกันภัยที่ Prera Blue Cross ของเราให้บริการ หากต้องการความช่วยเหลือในการทำความเข้าใจข้อมูลนี้ โปรดติดต่อเราฟรีในภาษาแม่ของคุณ โทร 800-722-1471 (TTY: 800-642-5357)

தமிழ் (Tamil)

இந்த அறிவிப்பில் முக்கியமான தகவல்கள் உள்ளன. இது Prera Blue Cross இன் வழங்கும் காப்பீட்டு சேவையின் பற்றியானே. இந்த அறிவிப்பை புரிந்துகொள்ள உதவியாக இருக்க வேண்டியிருந்தால், உங்கள் தாய்மொழியில் உதவி பெறும் வசியை இலவசமாகப் பெறலாம். உதவி பெற 800-722-1471 (TTY: 800-642-5357) ல் தொடர்பு கொள்ளுங்கள்.

فارسی (Persian)

این اطلاعیه حاوی اطلاعات مهمی است. این اطلاعیه حاوی اطلاعات مهمی در مورد خدمات بیمه ای که توسط Prera Blue Cross ارائه می شود. اگر به شما در درک این اطلاعیه نیاز باشد، می توانید به زبان مادری خود کمک بگیرید. با تماس با شماره 800-722-1471 (TTY: 800-642-5357) تماس بگیرید.

हिन्दी (Hindi)

यह सूचना महत्वपूर्ण जानकारी है। यह सूचना प्रेराम्ब्लू क्रॉस द्वारा प्रदान की गई सेवाओं के बारे में महत्वपूर्ण जानकारी है। यदि आपको इस सूचना पत्र को समझने में मदद चाहिए, तो आप अपनी मातृभाषा में मदद कर सकते हैं। 800-722-1471 (TTY: 800-642-5357) पर कॉल करें।

မြန်မာစာ (Burmese)

ဤအချက်အလက်များကို သတိပြုစေရန်အတွက်၊ ဤအချက်အလက်များတွင် အရေးကြီးသော အချက်အလက်များ ပါရှိသည်။ အချက်အလက်များကို အသိရှိရန်အတွက် အခြားဘာသာစကားဖြင့် အကူအညီလိုအပ်ပါက အခမဲ့အားဖြင့် အကူအညီရရှိနိုင်ပါသည်။ အကူအညီလိုအပ်ပါက 800-722-1471 (TTY: 800-642-5357) သို့ ခေါ်ဆိုပါ။

ਪੰਜਾਬੀ (Punjabi)

ਇਹ ਖ਼ਬਰ ਵਿੱਚ ਮਹੱਤਵਪੂਰਨ ਜਾਣਕਾਰੀ ਸ਼ਾਮਲ ਹੈ। ਇਹ ਖ਼ਬਰ ਵਿੱਚ ਪ੍ਰੇਰਾ ਬਲੂ ਕਰਾਸ ਦੁਆਰਾ ਪ੍ਰਦਾਨ ਕੀਤੇ ਭਰਤੀਆਂ ਦੀਆਂ ਸੇਵਾਵਾਂ ਬਾਰੇ ਮਹੱਤਵਪੂਰਨ ਜਾਣਕਾਰੀ ਸ਼ਾਮਲ ਹੈ। ਜੇਕਰ ਤੁਹਾਨੂੰ ਇਹ ਖ਼ਬਰ ਸਮਝਣ ਵਿੱਚ ਮਦਦ ਦੀ ਲੋੜ ਹੈ ਤਾਂ ਤੁਸੀਂ ਮੁਫ਼ਤ ਵਿੱਚ ਆਪਣੀ ਮਾਤਰਾ ਵਿੱਚ ਮਦਦ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ। 800-722-1471 (TTY: 800-642-5357) 'ਤੇ ਸੰਪਰਕ ਕਰੋ।

ภาษาไทย (Thai)

โปรดอ่านข้อมูลนี้ด้วยความระมัดระวัง ข้อมูลนี้อาจมีข้อมูลสำคัญเกี่ยวกับบริการประกันภัยที่ Prera Blue Cross ของเราให้บริการ หากต้องการความช่วยเหลือในการทำความเข้าใจข้อมูลนี้ โปรดติดต่อเราฟรีในภาษาแม่ของคุณ โทร 800-722-1471 (TTY: 800-642-5357)

தமிழ் (Tamil)

இந்த அறிவிப்பில் முக்கியமான தகவல்கள் உள்ளன. இது Prera Blue Cross இன் வழங்கும் காப்பீட்டு சேவையின் பற்றியானே. இந்த அறிவிப்பை புரிந்துகொள்ள உதவியாக இருக்க வேண்டியிருந்தால், உங்கள் தாய்மொழியில் உதவி பெறும் வசியை இலவசமாகப் பெறலாம். உதவி பெற 800-722-1471 (TTY: 800-642-5357) ல் தொடர்பு கொள்ளுங்கள்.

فارسی (Persian)

این اطلاعیه حاوی اطلاعات مهمی است. این اطلاعیه حاوی اطلاعات مهمی در مورد خدمات بیمه ای که توسط Prera Blue Cross ارائه می شود. اگر به شما در درک این اطلاعیه نیاز باشد، می توانید به زبان مادری خود کمک بگیرید. با تماس با شماره 800-722-1471 (TTY: 800-642-5357) تماس بگیرید.

हिन्दी (Hindi)

यह सूचना महत्वपूर्ण जानकारी है। यह सूचना प्रेराम्ब्लू क्रॉस द्वारा प्रदान की गई सेवाओं के बारे में महत्वपूर्ण जानकारी है। यदि आपको इस सूचना पत्र को समझने में मदद चाहिए, तो आप अपनी मातृभाषा में मदद कर सकते हैं। 800-722-1471 (TTY: 800-642-5357) पर कॉल करें।

မြန်မာစာ (Burmese)

ဤအချက်အလက်များကို သတိပြုစေရန်အတွက်၊ ဤအချက်အလက်များတွင် အရေးကြီးသော အချက်အလက်များ ပါရှိသည်။ အချက်အလက်များကို အသိရှိရန်အတွက် အခြားဘာသာစကားဖြင့် အကူအညီလိုအပ်ပါက အခမဲ့အားဖြင့် အကူအညီရရှိနိုင်ပါသည်။ အကူအညီလိုအပ်ပါက 800-722-1471 (TTY: 800-642-5357) သို့ ခေါ်ဆိုပါ။

ਪੰਜਾਬੀ (Punjabi)

ਇਹ ਖ਼ਬਰ ਵਿੱਚ ਮਹੱਤਵਪੂਰਨ ਜਾਣਕਾਰੀ ਸ਼ਾਮਲ ਹੈ। ਇਹ ਖ਼ਬਰ ਵਿੱਚ ਪ੍ਰੇਰਾ ਬਲੂ ਕਰਾਸ ਦੁਆਰਾ ਪ੍ਰਦਾਨ ਕੀਤੇ ਭਰਤੀਆਂ ਦੀਆਂ ਸੇਵਾਵਾਂ ਬਾਰੇ ਮਹੱਤਵਪੂਰਨ ਜਾਣਕਾਰੀ ਸ਼ਾਮਲ ਹੈ। ਜੇਕਰ ਤੁਹਾਨੂੰ ਇਹ ਖ਼ਬਰ ਸਮਝਣ ਵਿੱਚ ਮਦਦ ਦੀ ਲੋੜ ਹੈ ਤਾਂ ਤੁਸੀਂ ਮੁਫ਼ਤ ਵਿੱਚ ਆਪਣੀ ਮਾਤਰਾ ਵਿੱਚ ਮਦਦ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ। 800-722-1471 (TTY: 800-642-5357) 'ਤੇ ਸੰਪਰਕ ਕਰੋ।

ภาษาไทย (Thai)

โปรดอ่านข้อมูลนี้ด้วยความระมัดระวัง ข้อมูลนี้อาจมีข้อมูลสำคัญเกี่ยวกับบริการประกันภัยที่ Prera Blue Cross ของเราให้บริการ หากต้องการความช่วยเหลือในการทำความเข้าใจข้อมูลนี้ โปรดติดต่อเราฟรีในภาษาแม่ของคุณ โทร 800-722-1471 (TTY: 800-642-5357)

தமிழ் (Tamil)

இந்த அறிவிப்பில் முக்கியமான தகவல்கள் உள்ளன. இது Prera Blue Cross இன் வழங்கும் காப்பீட்டு சேவையின் பற்றியானே. இந்த அறிவிப்பை புரிந்துகொள்ள உதவியாக இருக்க வேண்டியிருந்தால், உங்கள் தாய்மொழியில் உதவி பெறும் வசியை இலவசமாகப் பெறலாம். உதவி பெற 800-722-1471 (TTY: 800-642-5357) ல் தொடர்பு கொள்ளுங்கள்.

فارسی (Persian)

این اطلاعیه حاوی اطلاعات مهمی است. این اطلاعیه حاوی اطلاعات مهمی در مورد خدمات بیمه ای که توسط Prera Blue Cross ارائه می شود. اگر به شما در درک این اطلاعیه نیاز باشد، می توانید به زبان مادری خود کمک بگیرید. با تماس با شماره 800-722-1471 (TTY: 800-642-5357) تماس بگیرید.