

# AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Blue Shield of California Promise Health Plan

Este aviso describe cómo se puede usar y revelar su información médica y de qué manera puede obtener acceso a esta información. **Revíselo cuidadosamente.**

## NUESTRO COMPROMISO CON LA PRIVACIDAD

En Blue Shield of California Promise Health Plan, entendemos la importancia de mantener la privacidad de su información personal y tomamos con seriedad nuestra obligación de proteger esa información.

En nuestras actividades habituales, creamos registros sobre usted, su tratamiento médico y los servicios que le brindamos. La información de estos registros se llama "información médica protegida" (PHI, por sus siglas en inglés) e incluye información personal que lo identifica individualmente, como su nombre, dirección, número de teléfono y número de Seguro Social, además de información relacionada con su salud, como diagnósticos médicos o información sobre reclamaciones.

Para cumplir con la ley estatal y federal, debemos brindarle este aviso de nuestras prácticas de privacidad y nuestras obligaciones legales con respecto a su PHI. Tenemos la obligación de mantener la privacidad de su PHI y de avisarle en caso de que se vea afectado por una violación de PHI vulnerable. Cuando usamos o hacemos pública ("revelamos") su PHI, estamos sujetos a los términos de este aviso, que se aplica a todos los registros que creamos, obtenemos y/o guardamos con su PHI.

## CÓMO PROTEGEMOS SU PRIVACIDAD

Contamos con medidas de seguridad físicas, técnicas y administrativas para garantizar la privacidad de su PHI. Para proteger su privacidad, solo los miembros del personal de Blue Shield Promise autorizados y entrenados tienen acceso a nuestros registros electrónicos e impresos y a las áreas privadas donde se almacena esta información.

Los miembros del personal reciben entrenamiento en los siguientes temas:

- Los procedimientos y las políticas de protección de datos y privacidad, lo que incluye cómo etiquetar, almacenar y archivar los registros impresos y electrónicos, y cómo obtener acceso a ellos.
- Las medidas de seguridad físicas, técnicas y administrativas que se aplican para mantener la privacidad y seguridad de su PHI.

Nuestra Oficina de Privacidad corporativa controla la manera en que cumplimos con los procedimientos y las políticas de privacidad, y brinda asesoramiento a nuestra organización sobre este tema tan importante.

### Usos de la PHI sin su autorización

Si es necesario, podemos revelar su PHI sin su autorización por escrito mientras le brindamos beneficios y servicios relacionados con la salud. Podemos revelar su PHI para los siguientes objetivos:

#### Tratamiento

- Para compartirla con enfermeros, médicos, farmacéuticos, optometristas, educadores de la salud y otros profesionales de atención de la salud, de manera que puedan determinar su plan de atención.
- Para ayudarlo a obtener servicios y tratamientos que pueda necesitar; por ejemplo, pedir pruebas de laboratorio y usar los resultados.
- Para coordinar con un profesional o un centro de atención médica su atención de la salud y los servicios relacionados.

#### Pago

- Para obtener el pago de las primas de su cobertura.
- Para tomar decisiones de cobertura; por ejemplo, hablar con un profesional de atención de la salud sobre el pago por los servicios que le brindó.
- Para coordinar los beneficios con otra cobertura que pueda tener; por ejemplo, hablar con un representante de otro plan o aseguradora de salud para determinar su elegibilidad o su cobertura.
- Para obtener el pago de un tercero que sea responsable del pago; por ejemplo, un familiar.
- Para determinar y cumplir de cualquier otra manera nuestra responsabilidad de brindarle sus beneficios de salud; por ejemplo, para administrar reclamaciones.

#### Actividades relacionadas con la atención de la salud

- Para brindar servicio al cliente.
- Para promover y/o mejorar los programas o servicios que le ofrecemos.
- Para ayudarlo a controlar su salud; por ejemplo, brindarle información sobre alternativas de tratamiento a las que puede obtener acceso o brindarle recordatorios de tratamientos o servicios de atención de la salud.
- Para colaborar con otro plan de salud, aseguradora o profesional de atención de la salud que mantengan un vínculo con usted y mejorar así los programas que le ofrecen; por ejemplo, para la administración de casos o para que se respete un acuerdo con una organización responsable del cuidado de la salud (ACO, por sus siglas en inglés) o con un hogar médico centrado en el paciente.
- Para el proceso de evaluación para la aprobación del seguro; la clasificación de primas o cuotas; u otras actividades relacionadas con la creación, la renovación o el reemplazo de un contrato para un seguro o una cobertura de salud. Sin embargo, tenga en cuenta que en el proceso de evaluación para la aprobación del seguro no usaremos ni revelaremos la PHI que incluya información genética, ya que está prohibido por la ley federal.

También podemos revelar su PHI sin su autorización por escrito para otros objetivos, en la medida que lo permita o requiera la ley. Esto incluye lo siguiente:

### **Revelar información a otras personas que participan en su atención de la salud.**

- Podemos revelar su PHI a otras personas si usted está presente o disponible de alguna manera para indicarnos que lo hagamos; por ejemplo, a un familiar, a un amigo cercano o a la persona que le brinda cuidados.
- Si usted está en una situación de emergencia, no está presente o está incapacitado, o si ha fallecido, usaremos nuestro criterio profesional para decidir si revelar su PHI a otras personas puede beneficiarlo de alguna manera. Si revelamos su PHI en una situación en la que usted no está disponible, revelaremos solo la información que sea directamente relevante para la participación de la persona en su tratamiento o para el pago relacionado con el tratamiento. También podemos revelar su PHI para avisar (o ayudar a avisar) a esas personas acerca de su ubicación, su estado de salud general o su fallecimiento.
- En el caso de un menor de edad, podemos revelar la PHI a cualquiera de sus padres.

### **Revelar información a proveedores y organizaciones de acreditación**

Podemos revelar su PHI a:

- compañías que brindan ciertos servicios en nombre de Blue Shield Promise; por ejemplo, podemos contar con la participación de proveedores para que nos ayuden a brindar información y asesoramiento a los miembros con enfermedades crónicas, como diabetes y asma;
- organizaciones de acreditación, como el National Committee for Quality Assurance (NCQA, Comité Nacional de Garantía de Calidad) para controlar la calidad.

Tenga en cuenta que, antes de compartir su PHI, obtenemos el acuerdo por escrito de la organización de acreditación o del proveedor para proteger la privacidad de su PHI.

### **Comunicaciones**

Podemos usar su PHI para comunicarnos con usted y brindarle información sobre la cobertura, los beneficios, los programas y servicios relacionados con la salud, los recordatorios de tratamientos o las alternativas de tratamiento disponibles en su plan de salud.

### **Recaudación de fondos**

No usamos su PHI para recaudar fondos.

### **Salud o seguridad**

Podemos revelar su PHI para prevenir o reducir una amenaza grave e inmediata para su salud o seguridad, o para la salud o seguridad de las personas en general.

### **Actividades relacionadas con la salud pública**

Podemos revelar su PHI para lo siguiente:

- Brindar información sobre la salud a autoridades de salud pública autorizadas por la ley para recibir esa información con el objetivo de prevenir o controlar enfermedades, lesiones o discapacidades, o de controlar las inmunizaciones.
- Denunciar abuso o descuido de niños, o abuso de adultos, incluidos los casos de violencia en el hogar, a una autoridad de gobierno autorizada por la ley para recibir esas denuncias.
- Brindar información sobre un producto o una actividad regulados por la Food and Drug Administration (FDA, Administración de Alimentos y Medicamentos) de los Estados Unidos a la persona responsable de la calidad, la seguridad o la eficacia del producto o la actividad.

- Alertar a una persona que pueda haber estado expuesta a una enfermedad transmisible, siempre y cuando la ley nos permita hacerlo.

### **Actividades relacionadas con el control de la salud**

Podemos revelar su PHI a:

- una agencia del Gobierno legalmente responsable de controlar el sistema de atención de la salud o de garantizar el cumplimiento de las reglas de los programas de beneficios del Gobierno, como Medicare o Medicaid;
- otros programas reglamentarios que necesitan información sobre la salud para determinar el cumplimiento.

### **Investigación**

Podemos revelar su PHI para hacer investigaciones, pero siempre según lo que permita la ley.

### **Cumplimiento de la ley**

Podemos usar y revelar su PHI para cumplir con la ley.

### **Procedimientos judiciales y administrativos**

Podemos revelar su PHI en un procedimiento judicial o administrativo, o en respuesta a una orden judicial válida.

### **Agentes responsables del cumplimiento de la ley**

Podemos revelar su PHI a la policía o a otros agentes responsables del cumplimiento de la ley, según lo requiera la ley, o para cumplir con una orden judicial o con otro proceso autorizado por la ley.

### **Funciones de gobierno**

Podemos revelar su PHI a diversos departamentos del Gobierno, como las Fuerzas Armadas de los Estados Unidos o el Departamento de Estado de los Estados Unidos, según lo requiera la ley.

### **Compensación por accidentes de trabajo**

Podemos revelar su PHI cada vez que sea necesario para cumplir con las leyes de compensación por accidentes de trabajo.

## **Usos de la PHI que requieren su autorización**

Excepto para los objetivos que se describen anteriormente, debemos obtener su autorización por escrito para usar o revelar su PHI. Por ejemplo, no usaremos su PHI para fines comerciales sin su autorización previa por escrito ni brindaremos su PHI a un posible empleador sin su autorización por escrito.

## Usos y revelación de cierta PHI considerada “altamente confidencial”

Para ciertos tipos de PHI, es posible que la ley federal y estatal requiera un mayor nivel de protección de la privacidad. Esto incluye la PHI que está relacionada con lo siguiente:

- Información incluida en notas de terapia psicológica.
- La prevención, el tratamiento y la referencia a otros servicios por abuso de alcohol y drogas.
- Las pruebas, el diagnóstico o el tratamiento del VIH/SIDA.
- Enfermedades venéreas y/o transmisibles.
- Pruebas genéticas.

Solo podemos revelar este tipo de PHI especialmente protegida con su autorización previa por escrito, excepto cuando la ley lo permita o lo requiera específicamente.

### **Cancelación de la autorización**

En cualquier momento, usted puede cancelar una autorización por escrito que nos haya dado previamente. La cancelación, que deberá ser enviada por escrito, se aplicará a usos y revelaciones futuros de su PHI. No afectará los usos o las revelaciones que se hayan hecho antes, mientras teníamos su autorización.

## SUS DERECHOS INDIVIDUALES

Usted tiene los siguientes derechos relacionados con la PHI que Blue Shield Promise crea, obtiene y/o guarda sobre usted:

### **Derecho a pedir limitaciones**

Puede pedirnos que limitemos la forma en que usamos y revelamos su PHI para tratamientos, pagos y actividades relacionadas con la atención de la salud, según se explica en este aviso. No estamos obligados a aceptar sus pedidos de limitación, pero los analizaremos cuidadosamente.

Si aceptamos un pedido de limitación, lo cumpliremos hasta que usted pida o acepte cancelar la limitación. También es posible que le informemos que decidimos cancelar lo que aceptamos con respecto a una limitación. En ese caso, la cancelación se aplicará solo a la PHI que se cree o reciba después de haberle informado la cancelación.

### **Derecho a recibir comunicaciones confidenciales**

Puede indicar que desea recibir por medios alternativos o en lugares alternativos las comunicaciones de Blue Shield Promise que contengan PHI. Según lo requiera la ley y en la medida que sea posible, nos adaptaremos a los pedidos razonables. Tal vez le pidamos que haga su pedido por escrito. Si su pedido está relacionado con un niño menor de edad, es posible que necesitemos que brinde documentación legal que apoye su pedido.

### **Derecho a obtener acceso a su PHI**

Puede presentar un pedido para revisar o recibir una copia de cierta PHI que guardamos sobre usted en un “conjunto de registros designado”. Esto incluye,

por ejemplo, registros de inscripción, pagos, resolución de reclamaciones y sistemas de registro de administración médica o de casos, y toda aquella información que usamos para tomar decisiones relacionadas con usted. Debe presentar su pedido por escrito. En la medida de lo posible y según lo requiera la ley, le entregaremos una copia de su PHI de la manera (impresa o electrónica) y en el formato que usted la pida. Si pide una copia de su PHI, es posible que le cobremos una tarifa razonable, basada en el costo, por preparar, fotocopiar y/o enviarle por correo la PHI. En ciertas situaciones limitadas y permitidas por la ley, podemos negarle el acceso a una parte de sus registros.

### **Derecho a hacer cambios en sus registros**

Usted tiene derecho a pedirnos que hagamos correcciones o cambios en la PHI que guardamos sobre usted en un conjunto de registros designado. Debe presentar su pedido por escrito e incluir una explicación de las razones por las que desea que se hagan cambios en su PHI. Si decidimos que la PHI no es correcta o está incompleta, la corregiremos según lo permita la ley. Si la PHI que desea cambiar fue creada por un médico o un centro de atención de la salud, debe comunicarse con ellos para pedirles que hagan los cambios en la información.

### **Derecho a recibir un informe sobre las revelaciones**

Si lo pide por escrito, le entregaremos una lista de las revelaciones de su PHI que hayamos hecho durante un período específico, hasta un máximo de seis años antes de la fecha de su pedido. Sin embargo, la lista no incluirá lo siguiente:

- Revelaciones que usted haya autorizado.
- Revelaciones hechas más de seis años antes de la fecha de su pedido.
- Revelaciones hechas para tratamientos, pagos y actividades relacionadas

con la atención de la salud, excepto cuando lo requiera la ley.

- Otro tipo de revelaciones específicas que la ley nos permite no incluir en el informe.

Si pide un informe más de una vez durante un período de 12 meses, le cobraremos una tarifa razonable, basada en el costo, por cada informe que pida después del primero.

### **Derecho a nombrar a un representante personal**

Puede nombrar a otra persona para que actúe como su representante personal. Su representante tendrá permiso para obtener acceso a su PHI, comunicarse con los profesionales y los centros que le brindan atención de la salud, y ejercer en su nombre el resto de los derechos de la Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPAA, Ley de Transferibilidad y Responsabilidad de Seguros Médicos). Según la autoridad que le dé a su representante, este también podrá tomar decisiones sobre la atención de la salud en su nombre.

### **Derecho a recibir una copia impresa de este aviso**

Si lo pide, le entregaremos una copia impresa de este Aviso, aunque haya elegido recibirlo en forma electrónica. Consulte la sección "Disponibilidad y duración del aviso" de este Aviso.



## ACCIONES QUE USTED PUEDE HACER

### Comuníquese con Blue Shield Promise

Si tiene alguna pregunta sobre sus derechos de privacidad, si cree que tal vez no los cumplimos o si no está de acuerdo con una decisión que tomamos sobre el acceso a su PHI, puede comunicarse con nosotros:

#### **Blue Shield of California Promise Health Plan Privacy Office**

P.O. Box 272540  
Chico, CA 95927-2540

Teléfono: (888) 266-8080 (gratis)  
Línea directa: (855) 296-9086 (gratis)  
Fax: (800) 201-9020 (gratis)  
Correo electrónico: [privacy@blueshieldca.com](mailto:privacy@blueshieldca.com)

Para ciertos tipos de pedidos, debe completar y enviarnos por correo un formulario que se puede obtener llamando al número de Atención al Cliente que está en su tarjeta de identificación de miembro de Promise Health Plan o visitando nuestro sitio web, [blueshieldca.com/bzca/bca/wcm/connect/sites/Sites\\_Content\\_EN/bsp/about-promise/privacy](https://blueshieldca.com/bzca/bca/wcm/connect/sites/Sites_Content_EN/bsp/about-promise/privacy).

### Comuníquese con una agencia de gobierno federal

También puede presentar una queja por escrito ante el secretario de la Oficina de Derechos Civiles (OCR, por sus siglas en inglés) del Department of Health & Human Services (HHS, Departamento de Salud y Servicios Humanos) de los Estados Unidos si cree que tal vez no cumplimos con sus derechos de privacidad:

#### **Office for Civil Rights**

U.S. Department of Health & Human Services  
200 Independence Avenue, S.W.  
Washington, D.C. 20201

Teléfono: (877) 696-6775  
Sitio web: [hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints](https://hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints)

Si vive en California, también puede comunicarse con el gerente regional de la OCR de California:

#### **Region IX Regional Manager**

Office for Civil Rights  
U.S. Department of Health & Human Services  
90 7th St., Suite 4-100  
San Francisco, CA 94103

Teléfono: (800) 368-1019  
Fax: (202) 619-3818  
TTY: (800) 537-7697

## Comuníquese con una agencia de gobierno estatal

También puede presentar una queja por escrito ante el Department of Health Care Services (DHCS, Departamento de Servicios de Atención de la Salud) de California:

### **DHCS**

Privacy Officer  
c/o Office of HIPAA Compliance DHCS  
P.O. Box 997413, MS 4721  
Sacramento, CA 95899-7413

Teléfono: (916) 445-4646  
Fax: (916) 440-7680  
Sitio web: <http://dhcs.ca.gov/privacyoffice>

No tomaremos represalias contra usted por presentar una queja sobre nuestras prácticas de privacidad.

## DISPONIBILIDAD Y DURACIÓN DEL AVISO

### **Disponibilidad del aviso**

Para obtener una copia de este Aviso, llame al número de Atención al Cliente que está en su tarjeta de identificación de miembro de Promise Health Plan o visite nuestro sitio web, [blueshieldca.com/bsca/bsc/wcm/connect/sites/Sites\\_Content\\_EN/bsp/about-promise/privacy](http://blueshieldca.com/bsca/bsc/wcm/connect/sites/Sites_Content_EN/bsp/about-promise/privacy).

### **Derecho a cambiar los términos de este Aviso**

Tenemos la obligación de cumplir con los términos de este Aviso mientras tenga validez. Podemos cambiar los términos de este Aviso en cualquier momento y, a nuestro criterio, podemos aplicar los nuevos términos a toda la PHI de usted que tengamos en nuestro poder, incluida toda la PHI creada o recibida antes de emitir el nuevo aviso.

Si hacemos cambios en este aviso, lo actualizaremos en nuestro sitio web y, si está inscrito en un plan de beneficios de Blue Shield Promise en ese momento, le enviaremos el nuevo aviso según lo requiera la ley.

**Fecha de comienzo:** este Aviso es válido desde el 1/1/2022.



## NONDISCRIMINATION NOTICE

---

Discrimination is against the law. Blue Shield of California Promise Health Plan follows State and Federal civil rights laws. Blue Shield of California Promise Health Plan does not unlawfully discriminate, exclude people, or treat them differently because of sex, race, color, religion, ancestry, national origin, ethnic group identification, age, mental disability, physical disability, medical condition, genetic information, marital status, gender, gender identity, or sexual orientation.

Blue Shield of California Promise Health Plan provides:

- Free aids and services to people with disabilities to help them communicate better, such as:
  - ✓ Qualified sign language interpreters
  - ✓ Written information in other formats (large print, audio, accessible electronic formats, other formats)
- 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 Blue Shield of California Promise Health Plan between 8 a.m. – 6 p.m., Monday through Friday. Call Customer Care in your region:

**(800) 605-2556 (Los Angeles)**  
**(855) 699-5557 (San Diego)**

If you cannot hear or speak well, please call **TTY:711**. Upon request, this document can be made available to you in braille, large print, audiocassette, or electronic form. To obtain a copy in one of these alternative formats, please call or write to:

Blue Shield of California Promise Health Plan  
Customer Care  
601 Potrero Grande Dr., Monterey Park, CA 91755  
(800) 605-2556 (Los Angeles)  
(855) 699-5557 (San Diego)  
TTY:711

---

## **HOW TO FILE A GRIEVANCE**

If you believe that Blue Shield of California Promise Health Plan has failed to provide these services or unlawfully discriminated in another way on the basis of sex, race, color, religion, ancestry, national origin, ethnic group identification, age, mental disability, physical disability, medical condition, genetic information, marital status, gender, gender identity, or sexual orientation, you can file a grievance with Blue Shield of California Promise Health Plan's Civil Rights Coordinator. You can file a grievance by phone, in writing, in person, or electronically:

- **By phone:** Contact Blue Shield of California Promise Health Plan's Civil Rights Coordinator between 8 a.m. - 6 p.m., Monday – Friday by calling (844) 883-2233. Or, if you cannot hear or speak well, please call TYY/TDD 711.
- **In writing:** Fill out a complaint form or write a letter and send it to:  
  
Blue Shield of California Promise Health Plan Civil Rights Coordinator  
601 Potrero Grande Dr.  
Monterey Park, CA 91755
- **In person:** Visit your doctor's office or Blue Shield of California Promise Health Plan and say you want to file a grievance.
- **Electronically:** Visit Blue Shield of California Promise Health Plan's website at [www.blueshieldca.com/promise/medi-cal](http://www.blueshieldca.com/promise/medi-cal).

---

## **OFFICE OF CIVIL RIGHTS – CALIFORNIA DEPARTMENT OF HEALTH CARE SERVICES**

You can also file a civil rights complaint with the California Department of Health Care Services, Office of Civil Rights by phone, in writing, or electronically:

- **By phone:** Call **916-440-7370**. If you cannot speak or hear well, please call **711 (Telecommunications Relay Service)**.
- **In writing:** Fill out a complaint form or send a letter to:

**Deputy Director, Office of Civil Rights  
Department of Health Care Services  
P.O. Box 997413, MS 0009 Sacramento, CA 95899-7413**

Complaint forms are available at  
[http://www.dhcs.ca.gov/Pages/Language\\_Access.aspx](http://www.dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx).

- Electronically: Send an email to [CivilRights@dhcs.ca.gov](mailto:CivilRights@dhcs.ca.gov).
- 

## **OFFICE OF CIVIL RIGHTS – U.S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES**

If you believe you have been discriminated against on the basis of race, color, national origin, age, disability or sex, you can also file a civil rights complaint with the U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights by phone, in writing, or electronically:

- By phone: Call **1-800-368-1019**. If you cannot speak or hear well, please call **TTY/TDD 1-800-537-7697**.
- In writing: Fill out a complaint form or send a letter to:

**U.S. Department of Health and Human Services  
200 Independence Avenue, SW  
Room 509F, HHH Building  
Washington, D.C. 20201**

Complaint forms are available at <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

Electronically: Visit the Office for Civil Rights Complaint Portal at  
<https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>.



## Language Assistance Notice

### English

ATTENTION: If you need help in your language call 1-855-699-5557 (TTY: 711). Aids and services for people with disabilities, like documents in braille and large print, are also available. Call 1-855-699-5557 (TTY: 711). These services are free of charge.

### الشعار بالعربية (Arabic)

يُرجى الانتباه: إذا احتجت إلى المساعدة بلغتك، فاتصل بـ 1-855-699-5557 (TTY: 711). تتوفر أيضًا المساعدات والخدمات للأشخاص ذوي الإعاقة، مثل المستندات المكتوبة بطريقة بريلا والخط الكبير. اتصل بـ 1-855-699-5557 (TTY: 711). هذه الخدمات مجانية.

### Հայերեն պիտակ (Armenian)

ՈՒՇԱԴՐՈՒԹՅՈՒՆ. Եթե Ձեզ օգնություն է հարկավոր Ձեր լեզվով, զանգահարեք 1-855-699-5557 (TTY՝ 711) հեռախոսահամարով: Կան նաև օժանդակ միջոցներ ու ծառայություններ հաշմանդամություն ունեցող անձանց համար, օրինակ Բրայլի գրատիպով ու խոշորատառ տպագրված նյութեր: Չանգահարեք 1-855-699-5557 (TTY՝ 711) հեռախոսահամարով: Այդ ծառայություններն անվճար են:

### ឃ្លាសំគាល់ភាសាខ្មែរ (Cambodian)

ចំណាំ: បើសិនអ្នកត្រូវការជំនួយ ជាភាសារបស់អ្នក សូមទូរស័ព្ទទៅលេខ 1-855-699-5557 (TTY: 711) ។ ជំនួយ និងសេវា សំរាប់ជនពិការ ដូចជាឯកសារសរសេរជាអក្សរប្រែល សំរាប់ជនពិការភ្នែក ឬឯកសារជាអក្សរពុម្ពធំៗ ក៏មានដែរ។ ទូរស័ព្ទមកលេខ 1-855-699-5557 (TTY: 711)។ សេវាទាំងនេះមិនគិតថ្លៃឡើយ។

### 简体中文标语 (Chinese)

请注意：如果您需要以您的母语提供帮助，请致电 1-855-699-5557 (TTY: 711)。另外还提供针对残疾人士的帮助和服务，例如文盲和需要较大字体阅读，也是方便取用的。请致电 1-855-699-5557 (TTY: 711)。这些服务都是免费的。

### مطلب به زبان فارسی (Farsi)

توجه: اگر میخواهید به زبان خود کمک دریافت کنید، با 1-855-699-5557 (TTY: 711) تماس بگیرید. کمکها و خدمات مخصوص افراد دارای معلولیت، مانند نسخه های خط بریل و چاپ با حروف بزرگ، نیز موجود است. با 1-855-699-5557 (TTY: 711) تماس بگیرید. این خدمات رایگان ارائه میشوند.

Medi\_21\_59\_LS\_04292021  
MU\_0004142\_ENG1\_0321

## हिन्दी टैगलाइन (Hindi)

ध्यान दें: अगर आपको अपनी भाषा में सहायता की आवश्यकता है तो 1-855-699-5557 (TTY: 711) पर कॉल करें। अशक्तता वाले लोगों के लिए सहायता और सेवाएं, जैसे ब्रेल और बड़े प्रिंट में भी दस्तावेज़ उपलब्ध हैं। 1-855-699-5557 (TTY: 711) पर कॉल करें। ये सेवाएं निःशुल्क हैं।

## Nqe Lus Hmoob Cob (Hmong)

CEEB TOOM: Yog koj xav tau kev pab txhais koj hom lus hu rau 1-855-699-5557 (TTY: 711). Muaj cov kev pab txhawb thiab kev pab cuam rau cov neeg xiam oob qhab, xws li puav leej muaj ua cov ntawv su thiab luam tawm ua tus ntawv loj. Hu rau 1-855-699-5557 (TTY: 711). Cov kev pab cuam no yog pab dawb xwb.

## 日本語表記 (Japanese)

注意日本語での対応が必要な場合は1-855-699-5557 (TTY: 711)へお電話ください。点字の資料や文字の拡大表示など、障がいをお持ちの方のためのサービスも用意しています。1-855-699-5557 (TTY: 711)へお電話ください。これらのサービスは無料で提供していますへお電話ください。これらのサービスは無料で提供しています。

## 한국어 태그라인 (Korean)

유의사항: 귀하의 언어로 도움을 받고 싶으시면 1-855-699-5557 (TTY: 711)번으로 문의하십시오. 점자나 큰 활자로 된 문서와 같이 장애가 있는 분들을 위한 도움과 서비스도 이용 가능합니다. 1-855-699-5557 (TTY: 711)번으로 문의하십시오. 이러한 서비스는 무료로 제공됩니다.

## ແທກໄລພາສາລາວ (Laotian)

ປະກາດ: ຖ້າທ່ານຕ້ອງການຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອໃນພາສາຂອງທ່ານໃຫ້ໂທຫາເບີ 1-855-699-5557 (TTY: 711). ຍັງມີຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອແລະການບໍລິການສໍາລັບຄົນພິການ ເຊັ່ນເອກະສານທີ່ເປັນອັກສອນນຸນແລະ ມິໂຕລິມໃຫຍ່ ໃຫ້ໂທຫາເບີ 1-855-699-5557 (TTY: 711). ການບໍລິການເຫຼົ່ານີ້ບໍ່ຕ້ອງເສຍຄ່າໃຊ້ຈ່າຍໃດໆ.

## Mien Tagline (Mien)

LONGC HNYOUV JANGX LONGX OC: Beiv taux meih qiemx longc mienh tengx faan benx meih nyei waac nor douc waac daaih lorx taux 1-855-699-5557 (TTY: 711). Liouh lorx jauv-louc tengx aengx caux nzie gong bun taux ninh mbuo wuaaic fangx mienh, beiv taux longc benx nzangc-pokc bun hlou mbiutc aengx caux aamz mborqv benx domh sou se mbenc nzoih bun longc. Douc waac daaih lorx 1-855-699-5557 (TTY: 711). Naaiv deix nzie weih gong-bou jauv-louc se benx wang-henh tengx mv zuqc cuotv nyaanh oc.

## ਪੰਜਾਬੀ ਟੈਗਲਾਈਨ (Punjabi)

ਧਿਆਨ ਦਿਓ: ਜੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਆਪਣੀ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਮਦਦ ਦੀ ਲੋੜ ਹੈ ਤਾਂ ਕਾਲ ਕਰੋ 1-855-699-5557 (TTY: 711)। ਅਪਾਰਜ ਲੋਕਾਂ ਲਈ ਸਹਾਇਤਾ ਅਤੇ ਸੇਵਾਵਾਂ, ਜਿਵੇਂ ਕਿ ਬ੍ਰੇਲ ਅਤੇ ਮੋਟੀ ਛਪਾਈ ਵਿੱਚ ਦਸਤਾਵੇਜ਼, ਵੀ ਉਪਲਬਧ ਹਨ। ਕਾਲ ਕਰੋ 1-855-699-5557 (TTY: 711)। ਇਹ ਸੇਵਾਵਾਂ ਮੁਫਤ ਹਨ।

## Русский слоган (Russian)

ВНИМАНИЕ! Если вам нужна помощь на вашем родном языке, звоните по номеру 1-855-699-5557 (линия ТТТ: 711). Также предоставляются средства и услуги для людей с ограниченными возможностями, например документы крупным шрифтом или шрифтом Брайля. Звоните по номеру 1-855-699-5557 (линия ТТТ: 711). Такие услуги предоставляются бесплатно.

### **Mensaje en español (Spanish)**

ATENCIÓN: Si necesita ayuda en su idioma, llame al 1-855-699-5557 (TTY: 711). Para las personas con discapacidades, también hay asistencia y servicios gratuitos disponibles, como documentos en braille y letra grande. Llame al 1-855-699-5557 (TTY: 711). Estos servicios son gratuitos.

### **Tagalog Tagline (Tagalog)**

PAUNAWA: Kung kailangan ninyo ng tulong sa inyong wika, tumawag sa 1-855-699-5557 (TTY: 711). Mayroon ding mga tulong at serbisyo para sa mga taong may kapansanan, tulad ng mga dokumento sa braille at malalaking titik. Tumawag sa 1-855-699-5557 (TTY: 711). Libre ang mga serbisyong ito.

### **แท็กไลน์ภาษาไทย (Thai)**

โปรดทราบ: หากคุณต้องการความช่วยเหลือเป็นภาษาของคุณ กรุณาโทรศัพท์ไปที่หมายเลข 1-855-699-5557 (TTY: 711) นอกจากนี้ ยังพร้อมให้ความช่วยเหลือและบริการต่าง ๆ สำหรับบุคคลที่มีความพิการ เช่น เอกสารต่าง ๆ ที่เป็นอักษรเบรลล์และเอกสารที่พิมพ์ด้วยตัวอักษรขนาดใหญ่ กรุณาโทรศัพท์ไปที่หมายเลข 1-855-699-5557 (TTY: 711) ไม่มีค่าใช้จ่ายสำหรับบริการเหล่านี้

### **Примітка українською (Ukrainian)**

УВАГА! Якщо вам потрібна допомога вашою рідною мовою, телефонуйте на номер 1-855-699-5557 (TTY: 711). Люди з обмеженими можливостями також можуть скористатися допоміжними засобами та послугами, наприклад, отримати документи, надруковані шрифтом Брайля та великим шрифтом. Телефонуйте на номер 1-855-699-5557 (TTY: 711). Ці послуги безкоштовні.

### **Khẩu hiệu tiếng Việt (Vietnamese)**

CHÚ Ý: Nếu quý vị cần trợ giúp bằng ngôn ngữ của mình, vui lòng gọi số 1-855-699-5557 (TTY: 711). Chúng tôi cũng hỗ trợ và cung cấp các dịch vụ dành cho người khuyết tật, như tài liệu bằng chữ nổi Braille và chữ khổ lớn (chữ hoa). Vui lòng gọi số 1-855-699-5557 (TTY: 711). Các dịch vụ này đều miễn phí.