

УВЕДОМЛЕНИЕ О ПОЛИТИКЕ КОНФИДЕНЦИАЛЬНОСТИ

Blue Shield of California Promise Health Plan

В этом уведомлении описывается, как медицинская информация о вас может быть использована и раскрыта, и как вы можете получить к ней доступ. **Пожалуйста, внимательно прочтите его.**

НАШЕ ОБЯЗАТЕЛЬСТВО О КОНФИДЕНЦИАЛЬНОСТИ

В Blue Shield of California Promise Health Plan мы понимаем важность сохранения конфиденциальности вашей личной информации и очень серьезно относимся к своим обязательствам.

В ходе обычной деятельности мы создаем записи о вас, вашем лечении и услугах, которые мы вам предоставляем. Информация в этих записях называется «защищенной медицинской информацией» (PHI) и включает вашу индивидуально идентифицируемую личную информацию, такую как ваше имя, адрес, номер телефона и номер социального страхования, а также вашу медицинскую информацию, такую как медицинский диагноз или информация о жалобах.

В соответствии с федеральным законодательством и законодательством штата мы обязаны предоставить вам это уведомление о наших юридических обязанностях и методах обеспечения конфиденциальности в отношении вашей PHI. Мы обязаны поддерживать конфиденциальность вашей PHI и уведомлять вас в случае нарушения конфиденциальности вашей PHI. Когда мы используем или разглашаем («раскрываем») вашу PHI, мы обязаны соблюдать условия данного уведомления, которое применяется ко всем содержащим вашу PHI записям, которые мы создаем, получаем и/или ведем.

КАК МЫ ЗАЩИЩАЕМ ВАШУ КОНФИДЕНЦИАЛЬНОСТЬ

Мы применяем физические, технические и административные меры безопасности для обеспечения конфиденциальности вашей PHI. Для защиты вашей конфиденциальности только авторизованные и обученные сотрудники Blue Shield Promise получают доступ к нашим бумажным и электронным записям, а также к закрытым областям, где хранится эта информация.

Персонал проходит обучение по следующим тематикам:

- Политики и процедуры конфиденциальности и защиты данных, включая то, как бумажные и электронные записи маркируются, хранятся, обрабатываются и как к ним получают доступ.
- Наличие физических, технических и административных мер защиты для обеспечения конфиденциальности и безопасности вашей PHI.

Наш корпоративный офис конфиденциальности следит за тем, как мы соблюдаем наши политики и процедуры конфиденциальности, и обучает нашу организацию этой важной теме.

Medi_21_144_LA_RU_012022



Promise
Health
Plan



Использование РНІ без вашего разрешения

Мы можем раскрыть вашу РНІ без вашего письменного разрешения, если это необходимо при предоставлении вам медицинских льгот и услуг. Мы можем раскрывать вашу РНІ для следующих целей:

Лечение

- Для предоставления информации медсестрам, врачам, фармацевтам, оптометристам, педагогам и другим медицинским работникам, чтобы они могли составить ваш план лечения.
- Чтобы помочь вам получить услуги и лечение, которые вам могут понадобиться, например, заказ лабораторных анализов и использование результатов.
- Для координации вашего медицинского обслуживания и сопутствующих услуг с медицинским учреждением или специалистом.

Оплата

- Чтобы получить оплату страховых взносов за ваше покрытие.
- Для определения страхового покрытия, например, чтобы поговорить с медицинским работником об оплате за предоставленные вам услуги.
- Для координации льгот с другим покрытием, которое у вас может быть, например, чтобы соотнести информацию с другим планом медицинского страхования или поговорить со страховщиком, чтобы определить ваше право на участие или покрытие.
- Для получения оплаты от третьей стороны, которая может нести ответственность за платеж, например, от члена семьи.
- Чтобы иным образом определить и выполнить наши обязательства по предоставлению вам медицинских льгот, например, для управления жалобами.

Операции по оказанию медицинских услуг

- Для обеспечения обслуживания клиентов.
- Для поддержки и/или улучшения программ или услуг, которые мы вам предлагаем.
- Чтобы помочь вам в управлении своим здоровьем, например, чтобы предоставить вам информацию об альтернативах лечению, на которые вы можете иметь право, или предоставить вам медицинские услуги или напоминания о лечении.
- Для поддержки другого плана медицинского страхования, страховщика или медицинского работника, который имеет с вами отношения, для улучшения программ, которые он вам предлагает, например, для ведения пациентов или для поддержки подотчетной организации по уходу (АСО) или медицинского дома, ориентированного на пациента.
- Для андеррайтинга, определения ставок сборов или страховых взносов или других действий, связанных с созданием, продлением или заменой контракта на медицинское покрытие или страхование. Однако обратите внимание, что мы не будем использовать или раскрывать вашу РНІ, являющуюся генетической информацией, в целях андеррайтинга, так как это запрещено федеральным законом.

Мы также можем раскрыть вашу PHI без вашего письменного разрешения для других целей, если это разрешено или требуется законом. Сюда относятся:

Раскрытие информации другим лицам, имеющим отношение к вашему здоровью

- Если вы присутствуете или иным образом можете дать нам указание сделать это, мы можем раскрыть вашу PHI другим людям, таким как, например, член семьи, близкий друг или ваш опекун.
- Если вы находитесь в чрезвычайной ситуации, отсутствуете, недееспособны, или если вы умерли, мы будем использовать свое профессиональное суждение, чтобы решить, отвечает ли раскрытие вашей PHI другим лицам вашим интересам. Если мы раскроем вашу PHI в ситуации, когда вы недоступны, мы раскроем только ту информацию, которая имеет непосредственное отношение к участию человека в вашем лечении или оплате, связанной с вашим лечением. Мы также можем раскрыть вашу PHI, чтобы уведомить (или помочь в уведомлении) таких лиц о вашем местонахождении, общем состоянии вашего здоровья или вашей смерти.
- Мы можем раскрыть PHI вашего несовершеннолетнего ребенка другому родителю ребенка.

Раскрытие информации поставщикам и аккредитационным организациям

Мы можем раскрыть вашу PHI:

- Компаниям, которые предоставляют определенные услуги от имени Blue Shield Promise. Например, мы можем привлекать поставщиков, чтобы они помогли нам предоставить информацию и рекомендации клиентам с хроническими заболеваниями, такими как диабет и астма.
- Аккредитационным организациям, таким как Национальный комитет по обеспечению качества (NCQA, National Committee for Quality Assurance), для измерения качества.

Обратите внимание, что перед тем, как передать вашу PHI, мы получаем письменное согласие поставщика или аккредитационной организации на защиту конфиденциальности вашей PHI.

Связь

Мы можем использовать вашу PHI, чтобы связываться с вами и сообщать информацию о вашем страховом покрытии, льготах, программах и услугах, связанных со здоровьем, доступных вам альтернативах лечению или для напоминаний о лечении.

Сбор средств

Мы не используем вашу PHI для сбора средств.

Здоровье или безопасность

Мы можем раскрывать вашу PHI, чтобы предотвратить или уменьшить серьезную и неминуемую угрозу вашему здоровью или безопасности, а также здоровью или безопасности населения.

Общественное здравоохранение

Мы можем раскрыть вашу PHI, чтобы:

- Сообщить информацию о здоровье в органы общественного здравоохранения, уполномоченные законом получать такую информацию, с целью предотвращения или контроля заболеваний, травм или инвалидности, или мониторинга иммунизации.
- Сообщить о жестоком обращении с детьми или пренебрежении, или о жестоком обращении со взрослыми, включая насилие в семье, в государственный орган, уполномоченный законом получать такие сообщения.

- Сообщить информацию о продукте или деятельности, которые регулируются Управлением по контролю за продуктами и лекарствами США (FDA, Food and Drug Administration), лицу, ответственному за качество, безопасность или эффективность продукта или деятельности.
- Предупредить человека, который мог заразиться инфекционным заболеванием, если мы уполномочены законом направить такое уведомление.

Деятельность по надзору за здоровьем

Мы можем раскрыть вашу PHI:

- Государственному учреждению, которое несет юридическую ответственность за надзор за системой здравоохранения или за обеспечение соблюдения правил программ государственных льгот, таких как Medicare или Medicaid.
- Другим нормативным программам, которым необходима медицинская информация для определения соответствия.

Исследования

Мы можем раскрывать вашу PHI в исследовательских целях, но только в соответствии с законом.

Соблюдение закона

Мы можем использовать и раскрывать вашу PHI в соответствии с законом.

Судебное и административное производство

Мы можем раскрыть вашу PHI в судебном или административном порядке или в соответствии с действующим судебным постановлением.

Правоохранительные органы

Мы можем раскрыть вашу PHI полиции или другим правоохранительным органам в соответствии с требованиями закона или в соответствии с постановлением суда или другим процессом, разрешенным законом.

Государственные функции

Мы можем раскрывать вашу PHI различным правительственным организациям, таким как Вооруженные силы США или Государственный департамент США, в соответствии с требованиями закона.

Компенсация работникам

Мы можем раскрыть вашу PHI, когда это необходимо для соблюдения законов о компенсации работникам.

Использование PHI, требующее вашего разрешения

Помимо целей, описанных выше, мы должны получить ваше письменное разрешение на использование или раскрытие вашей PHI. Например, мы не будем использовать вашу PHI в маркетинговых целях без вашего предварительного письменного разрешения, а также мы не будем передавать вашу PHI потенциальному работодателю без вашего письменного разрешения.

Использование и раскрытие определенной PHI, считающейся «строго конфиденциальной»

Для некоторых видов PHI федеральное законодательство и законы штата могут требовать усиленной защиты конфиденциальности. Это включает в себя PHI:

- Которая содержится в психотерапевтических записях
- О злоупотреблении алкоголем и наркотиками, профилактике, лечении и направлениях
- О тестировании на ВИЧ/СПИД, диагностике или лечении
- О венерических и/или инфекционных заболеваниях
- О генетическом тестировании

Мы можем раскрыть этот тип особо защищенной PHI только с вашего предварительного письменного разрешения, за исключением случаев, когда это специально разрешено или требуется законом.

Отмена разрешения

В любой момент вы можете отменить письменное разрешение, которое вы нам дали ранее. При отправке нам в письменной форме отмена будет применяться к будущему использованию и раскрытию вашей PHI. Это не повлияет на использование или раскрытие информации, сделанное ранее, пока действовало ваше разрешение.

ВАШИ ЛИЧНЫЕ ПРАВА

У вас есть следующие права в отношении PHI, которую Blue Shield Promise создает, получает и/или ведет о вас:

Право требовать ограничения

Вы можете попросить нас ограничить использование и раскрытие вашей PHI для лечения, оплаты и медицинских операций, как описано в этом уведомлении. Мы не обязаны соглашаться с вашими запросами на ограничение, но мы внимательно их рассмотрим.

Если мы согласимся с запросом на ограничение, мы будем его соблюдать, пока вы не потребуете или не согласитесь отменить ограничение. Мы также можем сообщить вам, что расторгаем наше соглашение в связи с ограничением. В этом случае расторжение будет применяться только к PHI, созданной или полученной после того, как мы проинформировали вас о расторжении.

Право на получение конфиденциальных сообщений

Вы можете запросить получение сообщений Blue Shield Promise, содержащих PHI, альтернативными способами или в других местах. Мы выполним разумные запросы в соответствии с требованиями закона и возможностями. Мы можем потребовать, чтобы вы отправили запрос в письменной форме. Если ваш запрос касается несовершеннолетнего ребенка, мы можем попросить вас предоставить юридические документы в поддержку вашего запроса.

Право на доступ к вашей PHI

Вы можете попросить проверить или получить копию определенной PHI о вас, которую мы храним в «специально отведенном наборе записей». Сюда входят, например, записи о

поступлении, оплате, рассмотрении жалоб, информация из систем учета случаев или медицинского управления, а также любая информация, которую мы использовали для принятия решений в отношении вас. Ваш запрос должен быть в письменной форме. По возможности и в соответствии с требованиями законодательства мы предоставим вам копию вашей PHI в форме (бумажной или электронной) и в формате, который вы запрашиваете. Если вы запросите копию своей PHI, мы можем взимать с вас разумную плату за ее подготовку, копирование и/или отправку вам по почте. В определенных ограниченных обстоятельствах, разрешенных законом, мы можем отказать вам в доступе к части ваших записей.

Право на внесение изменений в ваши записи

Вы имеете право попросить нас исправить или изменить вашу PHI, которую мы храним в специально отведенном наборе записей. Ваш запрос должен быть оформлен в письменной форме и содержать объяснения, почему вы хотите изменить свою PHI. Если мы определим, что PHI неточная или неполная, мы исправим ее, если это разрешено законом. Если врач или медицинское учреждение создали PHI, которую вы хотите изменить, вам следует попросить их исправить информацию.

Право на получение отчета о раскрытии информации

По вашему письменному запросу мы предоставим вам список раскрытых нами сведений из вашей PHI за определенный период времени, до шести лет до даты вашего запроса. Однако список не будет включать:

- Раскрытие информации, которое вы разрешили.
- Раскрытие информации, совершенное ранее, чем за шесть лет до даты вашего запроса.
- Раскрытие информации в целях лечения, оплаты и медицинских операций, за исключением случаев, предусмотренных законом.
- Некоторую другую информацию, которую нам разрешено исключать из учета по закону.

Если вы запрашиваете отчет более одного раза в течение любого 12-месячного периода, мы будем взимать с вас разумную плату, основанную на затратах, за каждый отчет после первого.

Право назначить личного представителя

Вы можете назначить другое лицо в качестве вашего личного представителя. Вашему представителю будет предоставлен доступ к вашей PHI, возможность общаться с медицинскими работниками и учреждениями, предоставляющими вам медицинское обслуживание, а также пользоваться всеми другими правами HIPAA от вашего имени. В зависимости от полномочий, которыми вы наделите своего представителя, он или она также может иметь право принимать за вас медицинские решения.

Право на получение бумажной копии этого уведомления

По вашему запросу мы предоставим бумажную копию этого Уведомления, даже если вы согласились получить это Уведомление в электронном виде. См. раздел «Уведомление о доступности и сроке действия» в этом Уведомлении.

ДЕЙСТВИЯ, КОТОРЫЕ ВЫ МОЖЕТЕ ПРЕДПРИНЯТЬ

Связь с Blue Shield Promise

Если у вас есть вопросы о ваших правах на конфиденциальность, вы считаете, что мы могли нарушить ваши права на конфиденциальность, или не согласны с принятым нами решением о доступе к вашей PHI, вы можете связаться с нами:

Blue Shield of California Promise Health Plan Privacy Office

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

Тел.: (888) 266-8080 (звонок бесплатный)
Горячая линия: (855) 296-9086 (звонок бесплатный)
Факс: (800) 201-9020 (звонок бесплатный)
Адрес электронной почты: **privacy@blueshieldca.com**

Для определенных типов запросов вы должны заполнить и отправить нам по электронной почте форму, которую можно получить, позвонив по номеру службы поддержки, указанному в вашей идентификационной карте участника Promise Health Plan, или посетив наш веб-сайт по адресу **blueshieldca.com/bsca/bsc/wcm/connect/sites/Sites_Content_EN/bsp/about-promise/privacy**.

Связь с федеральным правительственным учреждением

Вы также можете подать письменную жалобу секретарю Управления по гражданским делам Министерства здравоохранения и социальных служб США (HHS, U.S. Department of Health & Human Services), если считаете, что мы могли нарушить ваши права на конфиденциальность:

Office for Civil Rights

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

Тел.: (877) 696-6775
Веб-сайт: **hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints**

Если вы являетесь жителем Калифорнии, вы также можете связаться с региональным менеджером OCR в Калифорнии:

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

Тел.: (800) 368-1019
Факс: (202) 619-3818
TTY: (800) 537-7697

Связь с правительственным учреждением штата

Вы также можете подать письменную жалобу в Департамент здравоохранения Калифорнии (DHCS, Department of Health Care Services) и L.A. Care Health Plan:

DHCS

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

Тел.: (916) 445-4646
Факс: (916) 440-7680
Веб-сайт: <http://dhcs.ca.gov/privacyoffice>

L.A. Care Health Plan Privacy Office

1055 West 7th Street, 10th Floor
Los Angeles, CA 90017

Тел.: (888) 839-9909

Мы не будем преследовать вас за то, что вы подали жалобу относительно нашей политики конфиденциальности.

УВЕДОМЛЕНИЕ О ДОСТУПНОСТИ И СРОКЕ ДЕЙСТВИЯ

Уведомление о доступности

Копию этого Уведомления можно получить, позвонив по номеру службы поддержки, указанному на вашей идентификационной карте участника Promise Health Plan, или посетив наш веб-сайт по адресу blueshieldca.com/bsca/bsc/wcm/connect/sites/Sites_Content_EN/bsp/about-promise/privacy.

Право изменять условия этого Уведомления

Мы обязаны соблюдать условия этого Уведомления, пока оно остается в силе. Мы можем изменить условия этого Уведомления в любое время, и по нашему усмотрению мы можем сделать новые условия действующими для всей вашей PHI, находящейся в нашем распоряжении, включая любую PHI, созданную или полученную до того, как мы выпустили новое уведомление.

Если мы изменим это уведомление, мы обновим уведомление на нашем веб-сайте, и если вы в это время будете участвовать в плане льгот Blue Shield Promise, мы отправим вам новое уведомление в соответствии с требованиями закона.

Дата вступления в силу: Настоящее Уведомление вступает в силу с 1/1/2022

Для получения дополнительной информации и доступа к ресурсам посетите blueshieldca.com/promise/medical. Вы также можете обратиться в Центр поддержки клиентов по номеру (800) 605-2556 (TTY: 711) в будние дни с 8:00 до 18:00. Blue Shield of California Promise Health Plan имеет заключенный договор с L.A. Care Health Plan на предоставление медицинских услуг под управлением Medi-Cal в округе Los Angeles.

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.

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 009 Sacramento, CA 95899-7413**

Complaint forms are available at
http://www.dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx.

- Electronically: Send an email to 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 1-800-605-2556 (TTY: 711). Aids and services for people with disabilities, like documents in braille and large print, are also available. Call 1-800-605-2556 (TTY: 711). These services are free of charge.

الشعار بالعربية (Arabic)

يُرجى الانتباه: إذا احتجت إلى المساعدة بلغتك، فاتصل بـ 1-800-605-2556 (TTY: 711). تتوفر أيضًا المساعدات والخدمات للأشخاص ذوي الإعاقة، مثل المستندات المكتوبة بطريقة بريـل والخط الكبير. اتصل بـ 1-800-605-2556 (TTY: 711). هذه الخدمات مجانية.

Հայերեն պիտակ (Armenian)

Ուժեղ օգնություն է հարկավոր Ձեր լեզվով, զանգահարեք 1-800-605-2556 (TTY՝ 711) հեռախոսահամարով: Կան նաև օժանդակ միջոցներ ու ծառայություններ հաշմանդամություն ունեցող անձանց համար, օրինակ Բրայլի գրատիպով ու խոշորատառ տպագրված նյութեր: Զանգահարեք 1-800-605-2556 (TTY՝ 711) հեռախոսահամարով: Այդ ծառայություններն անվճար են:

ឃ្លាសំគាល់ភាសាខ្មែរ (Cambodian)

ចំណាំ: បើសិនអ្នកត្រូវការជំនួយ ជាភាសារបស់អ្នក សូមទូរស័ព្ទទៅលេខ 1-800-605-2556 (TTY: 711) ។ ជំនួយ និងសេវា សំរាប់ជនពិការ ដូចជាឯកសារសរសេរជាអក្សរព្រីល សំរាប់ជនពិការភ្នែក ឬឯកសារជាអក្សរពុម្ពធំៗ ក៏មានដែរ។ ទូរស័ព្ទមកលេខ 1-800-605-2556 (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 1-800-605-2556 (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 1-800-605-2556 (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 1-800-605-2556 (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 1-800-605-2556 (TTY: 711) تماس بگیرید. این خدمات رایگان ارائه میشوند.

Medi_21_58_LA_04292021
MU_0004142_ENG1_0321

हिन्दी टैगलाइन (Hindi)

ध्यान दें: अगर आपको अपनी भाषा में सहायता की आवश्यकता है तो 1-800-605-2556 (TTY: 711) पर कॉल करें। अशक्तता वाले लोगों के लिए सहायता और सेवाएं, जैसे ब्रेल और बड़े प्रिंट में भी दस्तावेज़ उपलब्ध हैं। 1-800-605-2556 (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 1-800-605-2556 (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 1-800-605-2556 (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1-800-605-2556 (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。1-800-605-2556 (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 1-800-605-2556 (TTY: 711)번으로 문의하십시오. 점자나 큰 활자로 된 문서와 같이 장애가 있는 분들을 위한 도움과 서비스도 이용 가능합니다. 1-800-605-2556 (TTY: 711)번으로 문의하십시오. 이러한 서비스는 무료로 제공됩니다.

ແທກໄລພາສາລາວ (Laotian)

ປະກາດ: ຖ້າທ່ານຕ້ອງການຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອໃນພາສາຂອງທ່ານໃຫ້ໂທຫາເບີ 1-800-605-2556 (TTY: 711). ຍັງມີຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອແລະການບໍລິການສໍາລັບຄົນພິການ ເຊັ່ນເອກະສານທີ່ເປັນອັກສອນນູນແລະ ມິໂຕລິມໃຫຍ່ ໃຫ້ໂທຫາເບີ 1-800-605-2556 (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 1-800-605-2556 (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 hluo mbiutc aengx caux aamz mborqv benx domh sou se mbenc nzoih bun longc. Douc waac daaih lorx 1-800-605-2556 (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 1-800-605-2556 (TTY: 711)। ਅਪਾਰਜ ਲੋਕਾਂ ਲਈ ਸਹਾਇਤਾ ਅਤੇ ਸੇਵਾਵਾਂ, ਜਿਵੇਂ ਕਿ ਬ੍ਰੇਲ ਅਤੇ ਮੇਟੀ ਛਪਾਈ ਵਿੱਚ ਦਸਤਾਵੇਜ਼, ਵੀ ਉਪਲਬਧ ਹਨ। ਕਾਲ ਕਰੋ 1-800-605-2556 (TTY: 711)। ਇਹ ਸੇਵਾਵਾਂ ਮੁਫਤ ਹਨ।

Русский слоган (Russian)

ВНИМАНИЕ! Если вам нужна помощь на вашем родном языке, звоните по номеру 1-800-605-2556 (линия ТТТ: 711). Также предоставляются средства и услуги для людей с ограниченными возможностями, например документы крупным шрифтом или шрифтом Брайля. Звоните по номеру 1-800-605-2556 (линия ТТТ: 711). Такие услуги предоставляются бесплатно.

Mensaje en español (Spanish)

ATENCIÓN: Si necesita ayuda en su idioma, llame al 1-800-605-2556 (TTY: 711). Para las personas con discapacidades, también hay asistencia y servicios gratuitos disponibles, como documentos en braille y letra grande. Llame al 1-800-605-2556 (TTY: 711). Estos servicios son gratuitos.

Tagalog Tagline (Tagalog)

PAUNAWA: Kung kailangan ninyo ng tulong sa inyong wika, tumawag sa 1-800-605-2556 (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 1-800-605-2556 (TTY: 711). Libre ang mga serbisyonang ito.

แท็กไลน์ภาษาไทย (Thai)

โปรดทราบ: หากคุณต้องการความช่วยเหลือเป็นภาษาของคุณ กรุณาโทรศัพท์ไปที่หมายเลข 1-800-605-2556 (TTY: 711) นอกจากนี้ ยังพร้อมให้ความช่วยเหลือและบริการต่าง ๆ สำหรับบุคคลที่มีความพิการ เช่น เอกสารต่าง ๆ ที่เป็นอักษรเบรลล์และเอกสารที่พิมพ์ด้วยตัวอักษรขนาดใหญ่ กรุณาโทรศัพท์ไปที่หมายเลข 1-800-605-2556 (TTY: 711) ไม่มีค่าใช้จ่ายสำหรับบริการเหล่านี้

Примітка українською (Ukrainian)

УВАГА! Якщо вам потрібна допомога вашою рідною мовою, телефонуйте на номер 1-800-605-2556 (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 1-800-605-2556 (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 1-800-605-2556 (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 1-800-605-2556 (TTY: 711). Các dịch vụ này đều miễn phí.