

إشعار بشأن ممارسات الخصوصية

Blue Shield of California Promise Health Plan

يصف هذا الإشعار كيفية استخدام معلوماتك الطبية والإفصاح عنها وكيفية وصولك إلى هذه المعلومات. يرجى مراجعته بتمعن.

التزامنا بالخصوصية

في Blue Shield of California Promise Health Plan، ندرك أهمية الحفاظ على خصوصية معلوماتك الشخصية، ونأخذ التزامنا بذلك على محمل الجد.

في السياق المعتاد لممارسة الأعمال التجارية، ننشئ سجلات عنك وعن علاجك الطبي وعن الخدمات التي نقدمها لك. تُدعى المعلومات الواردة في هذه السجلات "المعلومات الصحية المحمية" (PHI) وتتضمن معلوماتك الشخصية التي يمكن تعريف هوية الفرد منها؛ مثل اسمك وعنوانك ورقم هاتفك ورقم الضمان الاجتماعي، بالإضافة إلى معلوماتك الصحية؛ مثل معلومات تشخيص الرعاية الصحية أو المطالبة الطبية.

نحن ملزمون بموجب القانون الفيدرالي وقانون الولاية بتزويدك بهذا الإشعار بواجباتنا القانونية وممارسات الخصوصية، إذ إنها مرتبطة بـ PHI. نحن ملزمون بالحفاظ على خصوصية PHI وإبلاغك في حالة تأثرك بانتهاك PHI غير المؤمنة. عندما نستخدم أو نكشف ("نفتح") عن PHI، فإننا ملزمون بأحكام هذا الإشعار الذي ينطبق على جميع السجلات التي ننشئها و/أو نحصل عليها و/أو نحتفظ بها والتي تحتوي على PHI.

كيف نحمي خصوصيتك

نضع احترازا وقائية مادية وتقنية وإدارية لضمان خصوصية PHI. لحماية خصوصيتك، لا نمنح صلاحية الوصول إلى سجلاتنا الورقية والإلكترونية وإلى الأماكن غير المتاحة للجمهور حيث تُخزن هذه المعلومات إلا للأعضاء العاملين المصرح لهم والمدرسين من قبل Blue Shield Promise.

ويخضع الأعضاء العاملون للتدريب على موضوعات تشمل:

- سياسات وإجراءات الخصوصية وحماية البيانات؛ بما في ذلك كيفية تصنيف السجلات الورقية والإلكترونية وتخزينها وحفظها والوصول إليها.
 - الاحترازا الوقائية المادية والتقنية والإدارية للحفاظ على خصوصية وأمن PHI.
- يراقب مكتب الخصوصية التابع لشركتنا مدى التزامنا بسياسات وإجراءات الخصوصية لدينا، ويوعي مؤسستنا بشأن هذا الموضوع المهم.

استخدامات PHI بدون إذن منك

يجوز لنا الإفصاح عن PHI بدون إذن كتابي منك، إذا لزم الأمر، في أثناء تقديم المزايا والخدمات الصحية لك. وقد نفصح عن PHI لتحقيق الأغراض التالية:

العلاج

إجراءات الرعاية الصحية

- لتقديم خدمة العملاء.
- لدعم و/أو تحسين البرامج أو الخدمات التي نقدمها لك.
- لمساعدتك في إدارة صحتك - على سبيل المثال، لتزويدك بمعلومات بشأن بدائل العلاج التي قد يحق لك الحصول عليها، أو لتزويدك بخدمات الرعاية الصحية أو للتذكير بالعلاج.
- لدعم خطة صحية أخرى أو شركة تأمين أو اختصاصي رعاية صحية آخر له علاقة بك، ولتحسين البرامج التي تقدمها تلك الجهات لك - على سبيل المثال، لإدارة الحالات أو لدعم منظمة رعاية صحية مسؤولة (ACO) أو اتفاق بشأن تقديم الرعاية الطبية المنزلية للمريض.
- تقييم ضمان السندات أو المستحقات أو تصنيف الأقساط أو الأنشطة الأخرى المتعلقة بإبرام عقد أو تجديده أو استبداله للتغطية الصحية أو التأمين. ومع ذلك، يرجى ملاحظة أننا لن نستخدم PHI المتعلقة بمعلوماتك الوراثية ولن نفصح عنها لأغراض ضمان السندات، فذلك أمر محظور بموجب القانون الفيدرالي.

- لمشاركة المعلومات مع الممرضين والأطباء والصيدلة واختصاصيي تصحيح البصر والمرشدين الصحيين وغيرهم من المتخصصين في الرعاية الصحية حتى يتمكنوا من وضع خطة الرعاية لك.
- لمساعدتك في الحصول على الخدمات والعلاج التي قد تحتاج إليها - فعلى سبيل المثال، طلب الاختبارات المعملية واستخدام النتائج.
- لتنسيق رعايتك الصحية والخدمات ذات الصلة مع المنشأة أو المتخصص المُقَدِّم للرعاية الصحية.

المدفوعات

- للحصول على أقساط تغطيتك التأمينية.
- لاتخاذ قرارات التغطية التأمينية - على سبيل المثال، للتحدث إلى أحد اختصاصيي الرعاية الصحية بشأن الدفع مقابل الخدمات المقدمة لك.
- لتنسيق المزايا مع التغطية التأمينية الأخرى التي قد تكون متاحة لك - على سبيل المثال، للتحدث إلى مسؤولي خطة صحية أخرى أو شركة تأمين أخرى لتحديد أهليتك أو تغطيتك التأمينية.
- للحصول على مدفوعات من طرف خارجي قد يكون مسؤولاً عن الدفع؛ مثل أحد أفراد الأسرة.
- لتحديد مسؤوليتنا والوفاء بها لتوفير المزايا الصحية لك - على سبيل المثال، لإدارة المطالبات الصحية.

ويجوز لنا أيضًا الإفصاح عن PHI بدون إذن كتابي منك لأغراض أخرى، وذلك وفقًا لما يسمح به القانون أو يقتضيه. ويشمل ذلك:

الإفصاح عن المعلومات لأفراد آخرين مشاركين في رعايتك الصحية

- قد نفصح عن PHI للآخرين؛ مثل أحد أفراد الأسرة أو صديق مقرب أو مقدم الرعاية المسؤول عنك، إذا كنت موجودًا أو متاحًا وطلبت منا القيام بذلك.
- إذا كنت في حالة طارئة، أو لم تكن موجودًا، أو كنت فاقدًا للأهلية، أو في حال وفاتك، لا قدر الله، فسنقرر، وفقًا لما يمليه علينا تقديرنا المهني، ما إذا كان الإفصاح عن PHI للآخرين في مصلحتك الفضلى. إذا أفصحنا عن PHI في موقف لا تكون متاحًا فيه لسؤالك عما ترغب، فلن نفصح إلا عن المعلومات ذات الصلة المباشرة بمشاركة هؤلاء الأفراد في علاجك أو المدفوعات المتعلقة بعلاجك. قد نفصح أيضًا عن PHI من أجل إبلاغ (أو المساعدة في إبلاغ) هؤلاء الأفراد بموقعك أو حالتك الطبية العامة أو خبر وفاتك.
- قد نفصح عن PHI الخاصة بطفلك القاصر لوالد/والدة طفلك.

الإفصاح عن المعلومات للموردين ومنظمات الاعتماد

- يجوز لنا أن نفصح عن PHI للجهات التالية:
- الشركات التي تؤدي خدمات معينة نيابة عن Blue Shield Promise. على سبيل المثال، قد نكلف موردين بمساعدتنا في توفير المعلومات والإرشادات للأعضاء المصابين بأمراض مزمنة مثل مرض السكري والربو.
 - منظمات الاعتماد مثل National Committee for Quality Assurance (NCQA)، اللجنة الوطنية لضمان الجودة) لأغراض قياس الجودة.
- يرجى الملاحظة أنه قبل مشاركة PHI، نبرم اتفاقًا مكتوبًا مع المورد أو منظمة الاعتماد بغرض حماية خصوصية PHI.

الاتصالات

قد نستخدم PHI للتواصل معك لتزويدك بمعلومات بشأن تغطية خطتك الصحية، والمزايا، والبرامج والخدمات المتعلقة بالصحة، والتذكير بالعلاج، أو بدائل العلاج المتاحة لك.

جمع التبرعات

لا نستخدم PHI لأغراض جمع التبرعات.

الصحة أو السلامة

يجوز لنا أن نفصح عن PHI للوقاية أو الحد من تهديد خطير وشيك على صحتك أو سلامتك، أو صحة أو سلامة عامة الناس.

أنشطة الصحة العامة

يجوز لنا أن نفصح عن PHI بغرض:

- الإبلاغ عن المعلومات الصحية إلى سلطات الصحة العامة المخولة بموجب القانون لتلقي هذه المعلومات لغرض الوقاية من المرض أو الإصابة أو الإعاقة والسيطرة عليها، أو لمراقبة التطعيمات.
- الإبلاغ عن إساءة معاملة الأطفال أو إهمالهم أو إساءة معاملة البالغين، بما في ذلك العنف المنزلي، إلى سلطة حكومية مخولة بموجب القانون لتلقي مثل هذه التقارير.
- الإبلاغ عن معلومات بشأن منتج أو نشاط، يخضع لإشراف إدارة الغذاء والدواء الأمريكية (Food, FDA and Drug Administration)، إلى الفرد المسؤول عن جودة المنتج أو النشاط أو مأموريته أو فعاليته.
- تحذير فرد ربما يكون قد تعرض لمرض معد، إذا كان القانون يسمح لنا بتقديم مثل هذا الإخطار.

أنشطة الإشراف الصحي

يجوز لنا أن نفصح عن PHI إلى:

- وكالة حكومية مسؤولة قانونًا عن الإشراف على نظام الرعاية الصحية أو ضمان الامتثال لقواعد برامج الإعانات الحكومية مثل Medicare أو Medicaid.
- البرامج التنظيمية الأخرى التي تحتاج إلى معلومات صحية للتحقق من الامتثال.

الأبحاث

يجوز لنا الإفصاح عن PHI لأغراض البحث، ولكن وفقًا للقانون وبالقدر الذي يسمح به القانون فقط.

الامتثال للقانون

يجوز لنا أن نستخدم PHI أو نفصح عنها امتثالًا للقانون.

الإجراءات القضائية والإدارية

يجوز لنا الإفصاح عن PHI في إجراء قضائي أو إداري أو استجابة لأمر قانوني نافذ.

مسؤولو إنفاذ القانون

يجوز لنا الإفصاح عن PHI إلى الشرطة أو غيرهم من مسؤولي إنفاذ القانون وفقًا لما يقتضيه القانون أو وفقًا لأمر محكمة أو أي إجراء أخرى بموجب القانون.

استخدامات PHI التي تتطلب إذنًا منك

بخلاف الأغراض الواردة أعلاه، يجب أن نحصل على إذن كتابي منك لاستخدام PHI أو الإفصاح عنها. فعلى سبيل المثال، لن نستخدم PHI لأغراض التسويق دون الحصول على إذن كتابي مسبق منك، ولن نعطي PHI إلى صاحب عمل محتمل دون إذن كتابي منك.

إن استخدام PHI معينة والإفصاح عنها يعد أمرًا "سريًا للغاية"

بالنسبة لأنواع معينة من PHI، قد يتطلب القانون الفيدرالي وقانون الولاية تعزيز حماية الخصوصية. ويشمل ذلك PHI التي:

- تُحفظ في ملاحظات المعالجة النفسية
- تخص تعاطي الكحول والمخدرات والوقاية والعلاج والإحالة
- تخص الإصابة بفيروس العوز المناعي البشري/مرض الإيدز، أو تشخيصه، أو علاجه
- تخص الأمراض التناسلية و/أو المعدية
- تخص الاختبارات الجينية

لا يمكننا الإفصاح عن هذا النوع من PHI الخاصة إلا بإذن كتابي مسبق منك، باستثناء حالات محددة يسمح بها القانون أو يقتضيها.

حقوقك الفردية

ولك الحقوق التالية فيما يتعلق بـ PHI التي تنشئها Blue Shield و/أو تحصل عليها و/أو تحتفظ بها عنك:

الحق في تلقي المراسلات السرية

يجوز لك أن تطلب تلقي مراسلات Blue Shield Promise التي تحتوي على PHI بوسائل بديلة أو في مواقع بديلة. ونلبي الطلبات المعقولة وفقًا لما يقتضيه القانون وحيثما كان ذلك ممكنًا. قد نطلب منك تقديم طلبك كتابيًا. وإذا كان طلبك يتعلق بطفل قاصر، فقد نطلب منك تقديم وثائق قانونية تدعم طلبك.

الحق في الوصول إلى PHI

يجوز لك أن تطلب فحص PHI معينة نحتفظ بها عنك في "مجموعة سجلات مخصصة"، أو أن تطلب الحصول على نسخة منها. يتضمن ذلك، على سبيل المثال، سجلات التسجيل والدفع والفصل في المطالبات وأنظمة سجلات الحالة أو المعالجة الطبية وأي

الحق في فرض القيود

يجوز لك أن تطلب منا تقييد طريقة استخدام PHI والإفصاح عنها بغرض العلاج والدفع وإجراءات الرعاية الصحية، كما هو موضح في هذا الإشعار. لسنا ملزمين بالموافقة على طلبات التقييد الخاصة بك، لكننا سننظر فيها بعناية.

إذا وافقنا على طلب تقييد، فسوف نلتزم به إلى أن تطلب إنهاء التقييد أو توافق عليه. قد نبلغك أيضًا أننا نفسخ موافقتنا على التقييد. وفي تلك الحالة، سينطبق الفسخ فقط على PHI التي تم إنشاؤها أو استلامها بعد إبلاغك بالفسخ.

الحق في اختيار ممثل شخصي

يمكنك اختيار شخص آخر ليكون ممثلك الشخصي. سيُسمح لممثلك بالوصول إلى PHI، والتواصل مع متخصصي الرعاية الصحية والمرافق التي تقدم لك الرعاية، وممارسة جميع الحقوق الأخرى التي يكفلها لك قانون HIPAA نيابةً عنك. واعتمادًا على السلطة التي تمنحها لممثلك، قد يكون لديه أيضًا سلطة اتخاذ قرارات الرعاية الصحية نيابةً عنك.

الحق في الحصول على نسخة من هذا الإشعار

بناءً على طلبك، سنقدم نسخة ورقية من هذا الإشعار، حتى وإن كنت قد وافقت على تلقي هذا الإشعار إلكترونياً. راجع قسم "توفر الإشعار ومدة سريانه" من هذا الإشعار.

معلومات استخدمناها لاتخاذ قرارات بشأنك. ويجب أن يكون طلبك كتابياً. كلما أمكن، ووفقاً لما يقتضيه القانون، سنزودك بنسخة من PHI في هيئة (ورقية أو إلكترونية) وبالصيغة التي تطلبها. إذا طلبت نسخة من PHI، فقد نفرض عليك رسومًا معقولة وقائمة على التكلفة مقابل تحضيرها و/أو نسخها و/أو إرسالها إليك بالبريد. في ظروف محدودة معينة يسمح بها القانون، قد نمنعك من الوصول إلى جزء من سجلاتك.

الحق في تعديل سجلاتك

يحق لك أن تطلب منا تصحيح أو تعديل PHI التي نحفظ بها عنك في مجموعة سجلات مخصصة. يجب تقديم طلبك كتابياً وشرح سبب رغبتك في تعديل PHI. وإذا رأينا أن PHI غير دقيقة أو غير كاملة، فسنصححها إذا أجاز القانون ذلك. إذا كانت PHI التي ترغب في تغييرها من إنشاء طبيب أو منشأة رعاية صحية، فينبغي أن تطلب منهم تعديل المعلومات.

الحق في الحصول على تقرير بعمليات الإفصاح عن معلوماتك

بناءً على طلبك الكتابي، سنزودك بقائمة عمليات الإفصاح التي أجريناها بشأن PHI في فترة زمنية محددة قبل تاريخ طلبك بمدة لا تزيد عن ست سنوات. ومع ذلك، لن تشمل هذه القائمة ما يلي:

- عمليات الإفصاح التي أذنت بها.
- عمليات الإفصاح التي تمت قبل تاريخ طلبك بـ 6 سنوات.
- عمليات الإفصاح التي تمت لأغراض العلاج والدفع وإجراءات الرعاية الصحية، باستثناء الحالات التي يقتضيها القانون.
- يجوز لنا القانون استبعاد عمليات إفصاح أخرى معينة من تقرير عمليات الإفصاح.

إذا طلبت التقرير أكثر من مرة خلال فترة 12 شهرًا، فسوف نفرض عليك رسومًا معقولة على أساس التكلفة لكل تقرير يلي التقرير الأول.

التواصل مع Blue Shield Promise

إذا كانت لديك أسئلة بشأن حقوقك في الخصوصية، أو ترى أننا ربما انتهكنا حقوقك في الخصوصية، أو لا نوافق على قرار اتخذناه بشأن الوصول إلى PHI، فيمكنك الاتصال بنا:

Blue Shield of California Promise Health Plan Privacy Office

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

الهاتف: (888) 266-8080 (الاتصال مجاني)
الخط الساخن: (855) 296-9086 (الاتصال مجاني)
الفاكس: (800) 201-9020 (الاتصال مجاني)
البريد الإلكتروني: privacy@blueshieldca.com

بالنسبة لأنواع معينة من الطلبات، يجب عليك إكمال استمارة متاحة إما عن طريق الاتصال برقم خدمة العملاء الموجود على بطاقة هوية عضو Promise Health Plan الخاصة بك أو عن طريق زيارة موقعنا على الإنترنت blueshieldca.com/bsca/bsc/wcm/connect/sites/Sites_Content_EN/bsp/about-promise/privacy وأرسلها إلينا بالبريد.

التواصل مع وكالة حكومية فيدرالية

يمكنك أيضًا تقديم شكوى مكتوبة إلى وزير U.S. Department of Health & Human Services (HHS)، وزارة الصحة والخدمات الإنسانية الأمريكية (Office for Civil Rights) (مكتب الحقوق المدنية) إذا كنت ترى أننا ربما انتهكنا حقوقك في الخصوصية:

Office for Civil Rights

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

الهاتف: (877) 696-6775
الموقع الإلكتروني: hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints

إذا كنت مقيمًا في California، فيمكنك أيضًا الاتصال بالمدير الإقليمي لـ OCR التابع لولاية 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

الهاتف: (800) 368-1019
الفاكس: (202) 619-3818
TTY: (800) 537-7697

للاتصال بوكالة تابعة لحكومة الولاية

يمكنك أيضًا تقديم شكوى مكتوبة إلى California Department of Health Care Services (DHCS)، إدارة كاليفورنيا للرعاية الصحية):

DHCS

Privacy Officer

c/o Office of HIPAA Compliance DHCS

P.O. Box 997413, MS 4721

Sacramento, CA 95899-7413

الهاتف: (916) 445-4646

الفاكس: (916) 440-7680

الموقع الإلكتروني: <http://dhcs.ca.gov/privacyoffice>

لن نرد انتقامًا منك على تقديمك شكوى بشأن ممارسات الخصوصية لدينا.

إشعار بشأن توقّر الإشعار ومدة سريانه

إشعار بشأن توقّر الإشعار

تتوفر نسخة من هذا الإشعار عن طريق الاتصال برقم خدمة العملاء على بطاقة هوية عضو Promise Health Plan الخاصة بك أو عن طريق زيارة موقعنا على الإنترنت على

blueshieldca.com/bsca/bsc/wcm/connect/sites/Sites_Content_EN/bsp/about-promise/privacy

الحق في تغيير أحكام هذا الإشعار

نحن مطالبون بالالتزام بأحكام هذا الإشعار ما دام ساري المفعول. يجوز لنا تغيير أحكام هذا الإشعار في أي وقت، ووفقًا لتقديرنا، قد نجعل الأحكام الجديدة سارية على جميع PHI التي في حوزتنا، بما في ذلك أي PHI أنشأناها أو تلقيناها قبل إصدار الإشعار الجديد.

إذا غيرنا في أحكام هذا الإشعار، فسنحدث الإشعار على موقعنا الإلكتروني، وإذا كنت مسجلًا في خطة مزايا Blue Shield Promise في ذلك الحين، فسنرسل إليك الإشعار الجديد عندما يقتضي القانون ذلك ووفقًا له.

تاريخ السريان: يسري هذا الإشعار اعتبارًا من 2022/1/1

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 0009 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 1-855-699-5557 (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 ТТУ: 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 ТТУ: 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.