

개인 정보 보호 방침 안내문

Blue Shield of California Promise Health Plan

본 안내문은 귀하의 의료 정보가 이용되고 공개되는 방법과 귀하가 해당 정보에 접근할 수 있는 방법을 알려드립니다. **신중하게 검토해주시오.**

당사의 개인 정보 보호 약속

Blue Shield of California Promise Health Plan은 개인 정보의 기밀 유지가 중요하다는 점을 알고 있으며, 매우 중요하게 다루는 의무를 다할 것입니다.

사업을 수행하는 일반적인 과정에서 당사는 귀하와 귀하의 의료적 처치, 당사가 제공한 서비스에 관한 기록을 생성합니다. 이러한 기록에 담긴 정보는 “보호된 건강 정보”(PHI)라고 불리며 이름, 주소, 전화번호, 사회 보장 번호, 그리고 의료 서비스 진단 또는 청구 정보 등의 건강 정보와 같은 개인 식별이 가능한 개인 정보가 포함됩니다.

당사는 연방법 및 주법에 따라 귀하의 PHI와 관련된 당사의 법적 의무 및 개인 정보 보호 방침이 포함된 본 안내문을 제공해야 합니다. 당사는 귀하의 PHI를 기밀로 유지해야 하며, 보호되지 않은 PHI 유출로 귀하가 영향을 받을 경우 알려야 합니다. 당사가 귀하의 PHI를 사용하거나 배포(‘공개’)할 때, 당사는 본 안내문 내 조건에 구속되며, 이는 당사가 귀하의 PHI를 담아서 생성, 취득, 및/또는 보관하는 모든 기록에 적용됩니다.

개인 정보 보호 방법

당사는 귀하의 PHI를 기밀로 보장하기 위하여 물리적, 기술적, 행정적 보호 수단을 보유하고 있습니다. 개인 정보를 보호하기 위해, 허가받고 교육받은 Blue Shield Promise 직원만이 당사의 서류와 전자 기록 및 해당 정보를 보관하는 비공개 구역에 접근할 수 있습니다.

직원은 다음 주제에 관해 교육받습니다.

- 서류 및 전자 기록을 표시하고 보관하고 철하고 접근하는 방법을 포함한 개인 정보 및 데이터 보호 정책과 절차.
- PHI를 안전하게 기밀로 유지하기 위해 준비된 물리적, 기술적, 행정적 보호 수단.

당사의 기업 개인 정보 보호 사무소는 당사가 개인 정보 보호 정책과 절차를 어떻게 따르는지 감시하며, 개인 정보에 관한 중요한 주제로 당사의 조직을 교육합니다.

Medi_21_144_LA_KO_012022



Promise
Health
Plan



귀하의 승인 없는 PHI 사용

당사는 건강상의 이익 및 서비스를 제공하는 데 필요한 경우 귀하의 서면 승인 없이 PHI를 공개할 수 있습니다. 당사는 다음 목적으로 PHI를 공개할 수 있습니다.

치료

- 관리 계획을 결정할 수 있도록 간호사, 의사, 약사, 검안사, 건강 교육자, 기타 의료 서비스 전문가와 공유하려는 목적.
- 필요할 수 있는 서비스와 치료를 받도록 지원하려는 목적 - 예) 실험실 검사 주문 및 검사 결과 사용.
- 의료 서비스 시설 또는 전문가와 건강 관리 및 관련 서비스를 조율하려는 목적.

결제

- 보장 보험료를 받으려는 목적.
- 보장을 결정하려는 목적 - 예) 제공된 서비스의 지급에 관해 의료 서비스 전문가와 대화.
- 다른 보장을 보유했을 경우 혜택을 조율하려는 목적 - 예) 자격 또는 보장 여부에 대해 다른 건강 플랜 또는 보험사와 대화.
- 가족 구성원 등 비용 지급 책임이 있는 제삼자에게서 비용을 지급받으려는 목적.
- 기타 건강상의 이익을 제공하기 위해 당사의 책임을 결정하고 이행하려는 목적 - 예) 청구 집행.

의료 운영

- 고객 서비스를 제공하려는 목적.
- 당사가 제공하는 프로그램이나 서비스를 지원 및/또는 개선하려는 목적.
- 건강 관리를 지원하려는 목적 - 예) 참여할 수 있는 대체 치료에 관한 정보 제공, 또는 의료 서비스나 치료 미리 알림 제공.
- 가입자와 관계있는 다른 건강 플랜이나 보험사 또는 전문가가 제공하는 프로그램의 개선을 지원하려는 목적 - 예) 환자 중심 메디컬 홈 준비 또는 책임의료조직(ACO) 지원 또는 사례 관리.
- 계약심사, 만기일, 보험료 책정이나 건강 보장 또는 보험 계약의 생성, 갱신, 또는 대체와 관련된 기타 활동 목적. 그러나 귀하의 유전 정보 PHI를 계약심사 목적으로 사용하거나 공개하지 않는다는 것을 알려드립니다. 이는 연방법으로 금지되어 있습니다.

또한, 당사는 법으로 허용되거나 법이 요구하는 기타 목적으로 귀하의 서면 승인 없이 PHI를 공개할 수 있습니다. 해당 경우는 다음을 포함합니다.

건강 관리 관련자에게 공개

- 귀하가 직접 또는 다른 가능한 방법으로 공개를 지시하는 경우, 당사는 PHI를 다른 사람들, 즉 가족 구성원이나 가까운 친구 또는 돌봄이 등에게 공개할 수 있습니다.
- 귀하가 응급 상황이거나 부재하거나 무력한 상태거나 사망한 경우, 당사는 귀하의 이익을 최우선시하여 PHI를 다른 사람에게 공개할지 여부를 전문적 견해에 따라 결정하게 됩니다. 귀하가 의사를 전달할 수 없는 상황에서 당사가 PHI를 공개하는 경우, 당사는 귀하의 치료에 참여한 사람에게 직접 관련된 정보 또는 치료 관련 지급에 관한 정보만을 공개할 것입니다. 당사는 또한, 귀하의 위치와 일반적인 질환, 또는 사망을 사람들에게 알리기 위해(또는 알림을 지원하기 위해) PHI를 공개할 수 있습니다.
- 당사는 부모 중 다른 한 명에게 미성년 자녀의 PHI를 공개할 수 있습니다.

판매사 및 인증 기관에 공개

당사는 다음에 PHI를 공개할 수 있습니다.

- Blue Shield Promise를 대리하여 특정 서비스를 수행하는 회사. 예를 들어, 당사는 당뇨와 천식 등 만성 질환에 관해 가입자에게 정보와 안내를 제공하고자 판매사의 도움을 받을 수 있습니다.
- 국립 품질 관리 위원회(NCQA, National Committee for Quality Assurance) 등 인증 기관에 품질 측정 목적으로 공개.

당사는 귀하의 PHI를 공유하기 전, PHI를 기밀로 보호하겠다는 판매사 또는 인증 기관의 합의를 받는다는 점을 알려드립니다.

커뮤니케이션

당사는 귀하의 건강 플랜 보장, 혜택, 건강 관련 프로그램과 서비스, 치료 미리 알림, 또는 이용 가능한 대체 치료에 관한 정보를 귀하에게 알리기 위해 PHI를 사용할 수 있습니다.

자금 조달

당사는 귀하의 PHI를 자금 조달 목적으로 사용하지 않습니다.

보건 또는 안전

당사는 귀하의 건강 또는 안전, 또는 공공보건 또는 공공안전에 대한 심각하고 임박한 위협을 예방하거나 완화하기 위해 귀하의 PHI를 공개할 수 있습니다.

공중보건 활동

당사는 다음에 PHI를 공개할 수 있습니다.

- 질병이나 상해 또는 장애를 예방하거나 통제하거나, 면역 조치를 감시하기 위해 해당 정보를 받는 것이 법으로 허가된 공중보건 당국에 건강 정보를 보고하려는 목적.
- 가정 폭력을 포함한 아동 학대나 방치 또는 성인 학대에 관해 보고를 받는 것이 법으로 허가된 정부 당국에 해당 사항을 보고하려는 목적.
- Food and Drug Administration(FDA, 미국 식품의약품국)의 규제를 받는 제품 또는 활동에 관한 정보를 해당 제품 또는 활동의 품질이나 안전, 또는 효과에 책임이 있는 담당자에게 보고하려는 목적.
- 당사가 전염병에 노출됐을 가능성이 있는 사람에게 상황을 알리는 것이 법으로 허가된 경우 해당인에게 경고하려는 목적.

보건 감독 활동

당사는 다음에 PHI를 공개할 수 있습니다.

- 의료 서비스 시스템 감독이나 Medicare 또는 Medicaid 등 정부 혜택 프로그램의 규칙 준수 보장에 법적 책임이 있는 정부 기관에 공개.
- 규정 준수를 판단하기 위해 건강 정보가 필요한 기타 규제 프로그램에 공개.

연구

당사는 귀하의 PHI를 연구 목적으로 공개할 수 있지만, 법을 준수하며 법에 허용된 대로만 공개합니다.

법률 준수

당사는 법률을 준수하기 위해 귀하의 PHI를 사용하고 공개할 수 있습니다.

사법 및 행정 소송 절차

당사는 사법 또는 행정 소송 절차에서 또는 유효한 법규 명령에 따라 귀하의 PHI를 공개할 수 있습니다.

법 집행관

당사는 법의 요구에 따라 또는 법원 명령이나 법으로 허가된 기타 절차를 준수하는 과정에서 경찰이나 기타 법 집행관에게 귀하의 PHI를 공개할 수 있습니다.

정부 기능

당사는 법의 요구에 따라 미국 군대 또는 미국 Department of State(국무부) 등 다양한 정부 부서에 귀하의 PHI를 공개할 수 있습니다.

산재보상

당사는 산재보상법 준수를 위해 필요한 경우 귀하의 PHI를 공개할 수 있습니다.

귀하의 승인이 필요한 PHI 사용

상기한 목적 이외에 당사가 귀하의 PHI를 사용 또는 공개하기 위해서는 귀하의 서면 승인이 필요합니다. 예를 들어, 당사는 귀하의 사전 서면 승인 없이 PHI를 마케팅 목적으로 사용하지 않을 것입니다. 또한, 서면 승인 없이 PHI를 장래의 고용주에게 제공하지 않을 것입니다.

‘극비’로 간주되는 특정 PHI 사용 및 공개

특정한 종류의 PHI는 연방법 및 주법에 따라 강화된 개인 정보 보호가 요구됩니다. 이러한 PHI는 다음을 포함합니다.

- 심리치료 메모 속 정보
- 알코올 및 약물 남용 예방, 치료, 및 추천서 관련 정보
- HIV/AIDS(에이즈) 검사, 진단, 또는 치료 관련 정보
- 성병 및/또는 전염병 관련 정보
- 유전 검사 관련 정보

당사는 법으로 특별히 허용되거나 요구되지 않는 한 귀하의 사전 서면 승인 없이는 이처럼 특별히 보호된 유형의 PHI를 공개하지 않습니다.

승인 철회

당사에 제공한 서면 승인은 언제든지 철회하실 수 있습니다. 철회서를 제출한 경우, 철회 효과는 장래에 귀하의 PHI를 사용 및 공개하는 데 이릅니다. 귀하의 승인이 효력 있던 이전의 사용 또는 공개에는 철회의 영향이 미치지 않습니다.

개인의 권리

귀하는 Blue Shield Promise가 생성, 취득 및/또는 보관하는 귀하의 PHI에 대해 다음 권리를 보유하고 있습니다.

제한을 요청할 권리

귀하는 본 안내문의 설명대로 치료, 지급 및 의료 서비스 수행 목적으로 당사가 PHI를 사용하고 공개하는 방식을 제한하도록 요청할 수 있습니다. 제한 요청에 당사가 반드시 동의해야 하는 것은 아니지만, 요청을 신중하게 고려할 것입니다.

당사가 제한 요청에 동의하는 경우, 귀하가 제한 종료를 요청하거나 제한 종료에 동의할 때까지 이를 따를 것입니다. 당사 또한 귀하에게 제한 동의를 종료한다는 것을 알릴 수 있습니다. 이 경우, 종료 효과는 오직 귀하에게 종료를 알린 이후 생성되거나 받은 PHI에만 이릅니다.

기밀 통신문을 수신할 권리

귀하는 PHI를 담은 Blue Shield Promise 통신문을 다른 수단이나 다른 장소로 보내달라고 요청하실 수 있습니다. 법의 요구에 따라 그리고 가능하다면 당사는 합리적인 요청을 수용할 것입니다. 요청서를 작성하셔야 할 수 있습니다. 미성년 아동과 관련된 요청이라면 당사는 귀하의 요청을 뒷받침할 수 있는 법률 문서 제공을 요청할 수 있습니다.

PHI에 접근할 권리

귀하는 당사가 ‘지정 기록 모음’에 보관하고 있는 귀하의 특정 PHI 사본의 점검 또는 발송을 요청하실 수 있습니다. 여기에는 가입, 지급, 청구 판정 기록 및 사례 또는 의료 관리 기록 시스템의 기록, 귀하에 관해 당사가 내린 결정에 관한 모든 정보 등이 포함됩니다. 반드시 서면으로 요청하셔야 합니다. 가능하다면 그리고 법의 요구에 따라 당사는 귀하의 PHI 사본을 요청하신 형태(종이 또는 전자식) 및 형식으로 제공할 것입니다. PHI 사본을 요청하시면, 당사는 준비, 복사 및/또는 우편 비용에 기반을 둔 합리적인 수수료를 청구할 수 있습니다. 법으로 허용된 특정하고 제한된 상황에서 당사는 귀하가 기록 일부에 접근하는 것을 거부할 수 있습니다.

기록을 개정할 권리

귀하는 당사가 지정 기록 모음에 보관하고 있는 귀하의 PHI를 수정 또는 개정하도록 요청할 권리를 보유합니다. 반드시 서면으로 요청하고, PHI 개정을 원하는 이유를 설명하셔야 합니다. PHI가 부정확하거나 불완전하다고 판단되며 법이 허용하는 경우 당사는 이를 수정할 것입니다. 변경을 원하는 PHI를 의사 또는 의료 시설이 작성했다면, 해당 정보를 개정하도록 해당 의사 또는 의료 시설에 요청해야 합니다.

공개 목록을 받을 권리

귀하의 서면 요청에 따라, 지정된 기간 (요청일로부터 최대 6년간)에 당사가 귀하의 PHI를 공개한 명세 목록을 제공할 것입니다. 그러나 다음 목록은 제외됩니다.

- 귀하가 승인한 공개.
- 요청일로부터 6년 이전에 이루어진 공개.
- 법의 요구가 없는 한 치료, 지급, 의료 서비스 수행 목적으로 이루어진 공개.
- 목록에서 제외하는 것이 법으로 허용된 기타 특정 공개.

12개월간 두 번 이상 목록을 요청하는 경우, 당사는 첫 번째 요청 이후의 목록의 보고마다 비용에 기반을 둔 합리적인 수수료를 청구할 것입니다.

개인 대리인을 지명할 권리

귀하의 개인 대리인 역할을 할 타인을 지명할 수 있습니다. 귀하의 대리인은 귀하에게 진료를 제공하는 의료 서비스 전문가와 시설과의 의사소통을 위해 귀하의 PHI에 접근하는 것이 허용되며, 귀하를 대신한 기타 모든 HIPAA(건강보험 이전 및 책임에 관한 법률) 권리 행사가 허용됩니다. 귀하가 대리인에게 부여한 권한에 따라 대리인은 귀하를 위해 의료 결정을 내릴 권한도 보유합니다.

본 안내문의 인쇄 사본을 수신할 권리

비록 전자 형식으로 안내문을 받기로 동의했다라도 귀하가 요청하시면 당사는 본 안내문의 인쇄 사본을 제공할 것입니다. 본 안내문의 ‘안내문 확인 방법 및 기간’을 참조하세요.

취할 수 있는 행동

Blue Shield Promise에 연락

개인 정보 보호 권리에 관해 궁금한 점이 있거나 당사가 귀하의 개인 정보 보호 권리를 침해했다고 생각하거나 귀하의 PHI 접근에 관해 당사가 내린 결정에 동의하지 않는 경우, 다음 방법으로 당사에 연락하실 수 있습니다.

Blue Shield of California Promise Health Plan Privacy Office

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

전화: (888) 266-8080 (무료)
핫라인: (855) 296-9086 (무료)
팩스: (800) 201-9020 (무료)
이메일: privacy@blueshieldca.com

특정 유형의 요청은 Promise Health Plan 가입자 ID에 적힌 고객 관리 부서 번호로 전화하거나 당사 웹사이트 blueshieldca.com/bsca/bsc/wcm/connect/sites/Sites_Content_EN/bsp/about-promise/privacy에서 받을 수 있는 양식을 작성하여 우편으로 보내주셔야 합니다.

연방 정부 기관에 연락

당사가 귀하의 개인 정보 보호 권리를 침해했다고 생각하는 경우, U.S. Department of Health & Human Services(HHS, 연방 보건복지부) Office for Civil Rights(인권 사무소) 장관에게 서면으로 불만을 제기하실 수도 있습니다.

Office for Civil Rights

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

전화: (877) 696-6775
웹사이트: hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints

캘리포니아주 주민이라면 OCR 캘리포니아주 지역 관리자에게 연락하실 수 있습니다:

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

전화: (800) 368-1019
팩스: (202) 619-3818
TTY: (800) 537-7697

정부 기관에 연락

캘리포니아주 Department of Health Care Services (DHCS, 의료서비스국) 및 L.A. Care Health Plan에 서면으로 불만을 제기하실 수도 있습니다:

DHCS

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

전화: (916) 445-4646

팩스: (916) 440-7680

웹사이트: <http://dhcs.ca.gov/privacyoffice>

L.A. Care Health Plan Privacy Office

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

전화: (888) 839-9909

당사는 개인 정보 보호 방침에 관하여 불만을 제기한 것으로 보복하지 않습니다.

안내문 확인 방법 및 기간

안내문 확인 방법

Promise Health Plan 가입자 ID에 적힌 고객 관리 부서 번호로 전화하거나 당사 웹사이트 blueshieldca.com/bsca/bsc/wcm/connect/sites/Sites_Content_EN/bsp/about-promise/privacy에 방문하여 본 안내문의 사본을 이용하실 수 있습니다.

본 안내문 내 조건을 변경할 권리

당사는 본 안내문이 효력이 있는 동안 본 안내문 내 조건에 따라야 합니다. 당사는 본 안내문 내 조건을 언제든지 당사 재량으로 변경할 수 있으며, 새로운 안내문을 발행하기 전에 당사가 생성하거나 받은 모든 PHI를 포함하여 당사가 보유한 귀하의 모든 PHI에 효력이 있는 새로운 조건을 만들 수 있습니다.

당사가 본 안내문을 변경하는 경우 당사 웹사이트에 업데이트하고 법의 요구에 따라 변경 당시 Blue Shield Promise 혜택 플랜 가입자분들에게 새로운 안내문을 보내드릴 것입니다.

발효일: 본 안내문은 2022년 1월 1일 현재 유효합니다

추가 지원 및 자료는 blueshieldca.com/promise/medical에 방문하여 확인해주세요. 평일 오전 8시부터 오후 6시까지 운영하는 고객 관리 부서에 (800) 605-2556 (TTY: 711)번으로 전화하실 수도 있습니다. Blue Shield of California Promise Health Plan은 L.A. Care Health Plan과 계약하여 Los Angeles 카운티에 Medi-Cal 관리 의료 서비스를 제공합니다.

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 ដូចជាឯកសារសរសេរជាអក្សរប្រើល 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 ТТУ: 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 ТТУ: 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.