

# Aviso de Prácticas de privacidad



En Blue Cross and Blue Shield of Nebraska, mantener la privacidad de su **información protegida de salud** (también llamada PHI, por sus siglas en inglés) es muy importante para nosotros. Este documento le proporciona información importante acerca de cómo utilizamos y divulgamos su PHI y cómo puede usted acceder a ella. **POR FAVOR LEA ESTE DOCUMENTO CUIDADOSAMENTE.**

La PHI es información acerca de usted que es única para usted, incluidos su nombre, dirección, número de teléfono y número de Seguro social. También es información de salud que hemos recibido de usted o de hospitales, médicos, otros proveedores de atención médica, compañías de seguro de salud, su empleador y/o los centros de intercambio de información sobre servicios médicos relacionada con:

- 1 su salud o condición física o mental anterior, actual o futura;
- 2 la prestación de atención médica a usted; o
- 3 el pago por servicios de atención médica anteriores, actuales o futuros que reciba.

Este *Aviso de Prácticas de privacidad* describe cómo Blue Cross and Blue Shield of Nebraska puede utilizar y/o divulgar su PHI. También describe los derechos que usted tiene con respecto a su PHI. En este aviso, "usted" se refiere a usted, nuestro cliente, y los miembros cubiertos de su familia. "Nosotros" significa Blue Cross and Blue Shield of Nebraska.

Las leyes federales y estatales nos exigen mantener la privacidad de su PHI. También estamos obligados a proporcionarle este aviso sobre nuestras prácticas de privacidad, nuestras obligaciones legales y sus derechos con respecto a su PHI. Tenemos que seguir las prácticas de privacidad descritas en este aviso. Estas prácticas de privacidad permanecerán vigentes hasta que se les reemplace o revise.

Nos reservamos el derecho de cambiar nuestras prácticas de privacidad según se describe en este documento en cualquier momento, según lo permitido por la ley. Nosotros podemos hacer cambios a nuestras prácticas de privacidad de PHI, incluida la PHI que recibimos o creamos antes de que se realizara el cambio. Antes de realizar un cambio significativo en nuestras prácticas de privacidad, revisaremos este aviso y se lo enviaremos.

Usted puede tener derechos de privacidad adicionales en virtud de la ley estatal. Las leyes estatales que proporcionan una mayor protección de la privacidad o derechos se continuarán aplicando.

Usted puede solicitar una copia de nuestro *Aviso de Prácticas de privacidad* en cualquier momento. Para obtener más información acerca de nuestras prácticas de privacidad, o para obtener copias adicionales de este aviso, póngase en contacto con nosotros a la dirección o

número de teléfono que se muestra en la última página de este aviso.

## Le permitirá y requiere de usos o divulgaciones de información protegida de salud

### **Usos y/o divulgaciones para operaciones de tratamiento, pago y atención médica**

Con el propósito de administrar nuestros planes de atención médica de una manera efectiva, recolectaremos, usaremos y divulgaremos PHI para ciertos tipos de actividades, incluidas las operaciones de pago de beneficios y atención médica. La siguiente es una descripción de cómo podemos usar y/o divulgar PHI acerca de usted para operaciones de pago y atención médica:

**Tratamiento.** No llevamos a cabo actividades de tratamiento. Sin embargo, podemos divulgar su PHI a médicos, hospitales y otros proveedores de atención médica que lo soliciten en relación con su tratamiento.

**Pago.** Nosotros podemos utilizar y/o divulgar su PHI para todas las actividades que se incluyen dentro de la definición de "pago" de la Regla de privacidad de la HIPAA\*. Por ejemplo, podemos usar y/o divulgar su PHI para pagar reclamos de médicos, hospitales, farmacias y otros por servicios médicos proporcionados a usted que están cubiertos por su plan de salud, para determinar su elegibilidad para los beneficios, para coordinar los beneficios, para examinar la necesidad médica, para obtener las primas y para publicar las Explicaciones de beneficios. No hemos enumerado aquí todas las actividades que se incluyen dentro de la definición de "pago" de la HIPAA, así que por favor consulte la Regla de privacidad de la HIPAA para obtener una lista completa. Puede encontrar más información acerca de la HIPAA y la Regla de privacidad en <http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/summary/>.

**Operaciones de atención médica.** Nosotros podemos utilizar y/o divulgar su PHI para todas las actividades que se incluyen dentro de la definición de "operaciones de atención médica" de la HIPAA. Por ejemplo, podemos usar y/o divulgar su PHI para determinar la prima para su plan de salud, para llevar a cabo la evaluación de la calidad y las actividades de mejora, para evaluar certificación y licencia de los proveedores de atención

\* Ley de portabilidad y responsabilidad de seguros médicos de 1996.

médica, para dedicar a la coordinación de la atención o la administración de casos, y/o para administrar nuestra empresa. No hemos enumerado aquí todas las actividades que se incluyen dentro de la definición de “operaciones de atención médica”, así que por favor consulte la Regla de privacidad de la HIPAA para obtener una lista completa. NOTA: No utilizaremos y/o divulgaremos su información genética, que incluye el historial familiar, con fines de suscripción.

### **Usos y/o divulgaciones de la PHI a otras entidades**

Nosotros podemos utilizar o divulgar su PHI a otras entidades en las siguientes situaciones (según lo permitido por la Regla de privacidad de la HIPAA):

**Asociados de comerciales.** En relación con el pago de beneficios y las actividades de operaciones de atención médica, nosotros contratamos a las personas y entidades (llamadas “asociados comerciales”) para realizar varias funciones en nuestro nombre o para proporcionar ciertos tipos de servicios (como apoyo de servicios al miembro, gestión de utilización, subrogación o administración de beneficios de farmacia). Para realizar estas funciones o para proporcionar los servicios, los asociados comerciales recibirán, crearán, mantendrán, usarán o divulgarán PHI, pero solamente después de que los asociados de comerciales acuerden debidamente salvaguardar su información.

**Proveedores y otras entidades cubiertas.** Además, podemos utilizar y/o divulgar su PHI para asistir a los proveedores de atención médica en relación con sus actividades de tratamiento o pago, o asistir a otras entidades cubiertas en relación con sus actividades de pago y con ciertas operaciones del cuidado de la salud. Por ejemplo, podemos divulgar su PHI a un proveedor de atención médica cuando lo necesite para brindarle un tratamiento, o podemos divulgar PHI a otra entidad cubierta para llevar a cabo operaciones de atención médica en las áreas de garantía de calidad y actividades de mejoramiento, acreditación, certificación u otorgamiento de licencias y credenciales.

### **Otros usos y/o divulgaciones de información protegida de salud permitidos**

También podemos usar y/o divulgar su PHI sin su autorización en las siguientes situaciones:

**Otras personas involucradas en su atención médica.** Si usted nos da permiso verbal, podemos divulgar la PHI que nos especifique a un miembro de su familia, otro pariente, un amigo cercano o cualquier otra persona que usted haya identificado como relacionado en su atención médica. Este permiso verbal es válido para un solo encuentro y no es sustituto de una autorización por escrito. Si usted no está presente o no está en condiciones de aceptar las divulgaciones de su PHI por encontrarse en una situación de emergencia médica o situación desastrosa, luego que podemos, entonces podemos usar nuestro juicio profesional para determinar si la divulgación es conveniente para usted.

**Requerido por la ley.** Podemos utilizar y/o divulgar su PHI cuando lo exija la ley estatal o federal.

**Actividades de salud pública.** Podemos utilizar o divulgar su PHI para actividades de salud pública que están

permitidas o exigidas por la ley. Por ejemplo, podemos usar y/o divulgar su información con el propósito de prevención o control de enfermedades, lesiones o discapacidad.

**Actividades de vigilancia de salud.** Podemos divulgar su PHI a una agencia de vigilancia de salud para actividades autorizadas por ley, como: auditorías; investigaciones; inspecciones; acciones disciplinarias o de licenciamiento; procedimientos o acciones civiles, administrativas o criminales. Las agencias de vigilancia que solicitan esta información incluyen las agencias gubernamentales que supervisan: (1) el sistema de atención médica; (2) programas de beneficios gubernamentales; (3) otros programas regulatorios del gobierno; y (4) la conformidad con las leyes de derechos civiles.

**Servicios y productos relacionados con la salud.** De acuerdo a lo permitido por la ley, podemos utilizar su PHI para comunicarnos con usted acerca de productos relacionados con la salud, los beneficios y servicios, y el pago de estos productos, beneficios y servicios que le proporcionamos o que se incluyen en nuestro plan de beneficios. Podemos utilizar su PHI para comunicarnos con usted acerca de las alternativas de tratamiento que pudieran ser de interés para usted. Estas comunicaciones pueden incluir información sobre proveedores de atención médica en nuestras redes, sobre el reemplazo de o mejoras a su plan de salud y acerca de productos relacionados con la salud o los servicios que están disponibles sólo para nuestros miembros que agregan valor a nuestros planes de beneficios.

**Abuso o negligencia.** Podemos divulgar su PHI a una autoridad gubernamental que está autorizada por la ley para recibir informes de abuso, abandono o violencia doméstica.

**Salud pública y seguridad.** Podemos, cuando sea necesario, divulgar su PHI para evitar una amenaza grave o inminente para su salud o seguridad o la salud o seguridad de otros.

**Aplicación de la ley.** Podemos divulgar información limitada a un agente judicial o policial con respecto a la PHI de un sospechoso, fugitivo, testigo material, víctima de crimen o persona desaparecida.

**Procedimientos legales.** Podemos divulgar su PHI en respuesta a una orden administrativa o de la corte, a una citación, a la solicitud de presentación de evidencia u otro proceso legal. En circunstancias limitadas (por ejemplo, la orden de una corte, una orden judicial o la orden de comparecencia a un jurado) podemos revelar su PHI a funcionarios judiciales o policiales.

**Médicos forenses, examinadores médicos, directores de funerarias y donación de órganos.** Podemos divulgar su PHI a un médico forense o examinador médico para que identifique a un difunto, determine la causa de muerte, o para que el forense o examinador médico pueda llevar a cabo otras obligaciones autorizadas por la ley. También podemos divulgar, según lo autorice la ley, información a directores de funerarias para que pueden llevar a cabo sus obligaciones. Además, podemos divulgar PHI a las organizaciones que se encargan de la donación y trasplante de órganos, ojos o tejidos.

**Investigación.** Podemos divulgar su PHI a investigadores cuando un Comité de revisión institucional o comité privado hayan: (1) revisado la propuesta de investigación y establecido protocolos para asegurar la privacidad de la información; y (2) aprobado la investigación.

**Seguridad militar y nacional.** Podemos divulgar la PHI del personal de las fuerzas armadas a las autoridades militares bajo ciertas circunstancias. Podemos divulgar a funcionarios federales autorizados cualquier PHI requerida para actividades de inteligencia, contrainteligencia y otras actividades de seguridad nacional.

**Reclusos.** Podemos divulgar la PHI de los reclusos de una institución correccional a la institución correccional o a un funcionario judicial o policial: (1) para que la institución le brinde la atención médica; (2) por la salud y seguridad del recluso y la seguridad y la salud de otras personas; o (3) en bien de la seguridad y protección de la institución correccional.

**Compensación de los trabajadores.** Podemos divulgar su PHI para cumplir con las leyes de compensación de los trabajadores y otros programas similares que proveen beneficios por lesiones o enfermedades relacionadas con el trabajo.

**Plan de salud grupal.** Podemos divulgar su PHI a su plan de salud grupal para permitir el desempeño de las funciones administrativas del plan.

**Patrocinadores del plan (si aplica).** Podemos divulgar su PHI al patrocinador de su plan de salud grupal para permitir el desempeño de las funciones de administración de plan. Por favor, consulte los documentos de su plan para obtener una explicación completa de los usos y/o divulgaciones limitados que el patrocinador puede hacer con PHI para administrar su plan.

---

### ***Divulgaciones de información protegida de salud requeridas***

---

La siguiente es una descripción de las divulgaciones que la ley nos exige hacer:

**Divulgaciones al Secretario del Departamento de salud y servicios humanos de Estados Unidos.** Estamos obligados a divulgar su PHI al Secretario del Departamento de salud y servicios humanos de Estados Unidos cuando el Secretario investiga o determina nuestro cumplimiento con la Regla de privacidad de la HIPAA.

**Divulgación a usted.** Estamos obligados a proporcionarle su PHI cuando lo solicite, según se describe a continuación en la sección de "Derechos individuales" de este aviso. También estamos obligados a proporcionarle la PHI de alguna persona en cuyo nombre actúa usted como un representante personal.

---

### ***Usos y/o divulgaciones de la PHI con una autorización***

---

Su autorización se requiere para que nosotros utilicemos o divulguemos su PHI en cualquier situación que no aparece en la sección anterior. Nosotros no podemos usar y/o divulgar su PHI sin su autorización por escrito por cualquier motivo, excepto los descritos en este aviso.

Puede proporcionarnos una autorización por escrito para utilizar su PHI o divulgarla a cualquier persona que usted especifique. Si usted nos proporciona esta autorización, puede revocarla por escrito en cualquier momento, excepto en la medida en que ya se haya tomado alguna acción con base en la autorización.

- Si nosotros mantenemos o recibimos las notas de psicoterapia acerca de usted, la mayoría de las divulgaciones de estas notas necesitan de su autorización.
- En la medida en que (si la hay) pudiéramos utilizar y/o divulgar su PHI para nuestras prácticas de recaudación de fondos, le proporcionaremos la capacidad de que excluirla para futuras actividades de recaudación de fondos.
- La mayoría (pero no todos) los usos y divulgaciones de su PHI para propósitos de mercadeo y divulgaciones que constituyen una venta de la PHI necesitan su autorización.

Usted puede obtener una copia de nuestro formulario de autorización al comunicarse con nosotros a la dirección o número de teléfono que se incluye al final de este aviso.

---

## **Derechos individuales**

---

Usted tiene ciertos derechos relacionados con su PHI.

**Derecho a solicitar restricciones.** Usted tiene derecho a solicitar que determinemos restricciones adicionales en nuestro uso y/o divulgación de su PHI para operaciones de tratamiento, pago o atención médica. No estamos obligados a acceder a cualquier restricción adicional; sin embargo, si lo hacemos, cumpliremos con esas restricciones (excepto en situaciones de emergencia). Para solicitar restricciones adicionales, debe llenar y firmar un formulario disponible contactándonos a la dirección o número de teléfono que se incluye al final de este aviso.

**Derecho a recibir comunicaciones confidenciales.** Tiene derecho a solicitar que nos comuniquemos con usted de manera confidencial acerca de su PHI por medios alternativos y/o a una ubicación alternativa. Su solicitud debe proporcionar los medios alternativos y/o ubicación para comunicarle su PHI y debe establecer con claridad que en caso de fallar su seguridad física podría estar en peligro. Para solicitar comunicaciones confidenciales, debe llenar y firmar un formulario disponible contactándonos a la dirección o número de teléfono que se incluye al final de este aviso.

**Derecho a inspeccionar y copiar.** Sujeto a las siguientes excepciones, usted tiene derecho a inspeccionar y obtener copias de su PHI que conservamos. Esto puede incluir una copia electrónica en ciertas circunstancias, si lo solicita por escrito. Para solicitar inspeccionar y copiar su PHI, usted debe llenar y firmar un formulario disponible al comunicarse con nosotros.

Por favor tenga en cuenta que usted no tiene derecho a inspeccionar o copiar:

- cualquier nota de psicoterapia;
- cualquier información recopilada en previsión de cualquier acción o procedimiento civil, criminal o administrativo o para uso de estos;



- cualquier información que no esté sujeta a la divulgación bajo las Enmiendas de 1988 a la Ley de mejoras de laboratorios clínicos (42 U.S.C. § 263a)
- otros registros determinados según se especifica en la Regla de privacidad de la HIPAA.

Su solicitud para inspeccionar y copiar su PHI estará lista dentro de los 30 días posteriores al recibo de su formulario completo, si la información que desee se encuentra en nuestro lugar designado y si se creó dentro de un período de dos años desde la fecha de la solicitud. Si la PHI que solicita para inspeccionar y copiar tiene más de dos años y/o si nosotros no la tenemos en el lugar, su solicitud estará lista dentro de los siguientes 60 días posteriores a la recepción de su formulario completo. Si no podemos completar la solicitud dentro del período de tiempo designado, nosotros le notificaremos por escrito que se necesita una extensión.

Podríamos denegar su solicitud para inspeccionar y copiar su PHI en ciertas circunstancias limitadas. Si a usted se le deniega el acceso a su información, puede solicitar que se revise dicha denegación. Un profesional de atención médica autorizado, seleccionado por nosotros, revisará su solicitud y la denegación. La persona que realiza esta revisión no será la misma que denegó su solicitud inicial. Bajo ciertas condiciones, nuestra denegación no será susceptible de revisión. En este caso, le informaremos que la decisión no es susceptible de revisión. Nos reservamos el derecho de cobrarle una cuota razonable por las copias por los costos de producir y enviar por correo los documentos. Para obtener más información sobre nuestra estructura de tarifas y para obtener el formulario designado para su solicitud, por favor comuníquese con nosotros en la dirección o número de teléfono que se incluye al final de este aviso.

**Derecho a solicitar corrección de PHI.** Usted tiene el derecho a solicitar que corriamos (hagamos cambios a) su PHI. Su solicitud debe indicar claramente la información a ser modificada y las razones para hacerlo. Podríamos denegar su solicitud si:

- nosotros no fuimos quienes elaboramos la PHI;
- no conservamos la PHI;
- la PHI no está disponible para inspección; o
- creemos que la PHI es exacta y completa.

Todas las denegaciones de modificación se harán por escrito. Usted puede responder a nuestra denegación al presentar una declaración de desacuerdo por escrito. Luego tenemos el derecho de responder a esa declaración. Si aprobamos su solicitud de que se modifique la información, llevaremos a cabo esfuerzos razonables para informar a otras personas de la modificación o corrección y para incluir los cambios en cualquier divulgación futura.

Responderemos a su solicitud dentro de los siguientes 60 días después de recibir su solicitud. Si no podemos completar la solicitud dentro del tiempo requerido, le notificaremos por escrito que se requiere de una extensión de 30 días. Todas las solicitudes deben hacerse por escrito con un formulario que puede obtener contactándonos por teléfono o por escrito. Nuestra información de contacto se puede encontrar al final de este documento.

### **Derecho a recibir un informe de ciertas divulgaciones.**

Usted tiene el derecho a recibir un Resumen de todos los casos en que divulga su PHI para propósitos que no sean de tratamiento, pago, operaciones de atención médica y ciertas otras actividades. Este informe se proporcionará a usted dentro de los siguientes 60 días posteriores al recibo de su solicitud, a menos que le notifiquemos por escrito que se requiere de una extensión de 30 días. Si presenta más de una solicitud en un período de 12 meses, podemos cobrar una cuota razonable, basada en los costos por copias adicionales. Todas las solicitudes deben hacerse por escrito en el formulario designado de Blue Cross and Blue Shield of Nebraska. Usted debe llenar y firmar el formulario antes de que podamos procesar su solicitud. Para obtener más información sobre nuestra estructura de tarifas y para obtener el formulario adecuado para su solicitud, por favor comuníquese con nosotros en la dirección o número de teléfono que se incluye al final de este aviso.

**Derecho a recibir una copia impresa.** Usted tiene derecho a recibir este aviso en forma de papel. Para hacerlo, por favor comuníquese con nosotros a la dirección o número de teléfono que se incluye al final de este aviso.

**Notificación de incumplimiento.** En el caso de una violación de su PHI que no esté asegurada, le proporcionaremos una notificación de dicha violación según lo requiera la ley o según lo consideremos apropiado.

## **Quejas**

Si usted considera que sus derechos de privacidad han sido violados, puede presentar una queja por escrito con nosotros o puede enviar un reclamo por escrito al Departamento de salud y servicios humanos de Estados Unidos. No tomaremos represalias contra usted por presentar una queja.

Usted puede recibir una copia de nuestro formulario de queja al notificarnos en la dirección o número de teléfono que se incluye al final de este aviso. Responderemos a su queja dentro de los siguientes 60 días después de haber recibido el formulario. Todas las quejas deben hacerse por escrito con el formulario designado de Blue Cross and Blue Shield of Nebraska.

## **Información de contacto**

Si tiene alguna pregunta sobre este aviso o desea recibir más información acerca de cómo ejercer sus derechos, por favor comuníquese con nuestra Oficina de privacidad en:

BLUE CROSS AND BLUE SHIELD OF NEBRASKA  
Attention: Privacy Office  
P.O. Box 3248  
Omaha, NE 68180-0001

Número de teléfono: (402) 343-3521

Número telefónico gratuito: (877) 258-3999

# Non-discrimination and Translation Notice

---

## Discrimination is Against the Law

Blue Cross and Blue Shield of Nebraska (BCBSNE) complies with applicable federal civil rights laws and does not discriminate on the basis of race, color, national origin, age, disability or sex. BCBSNE does not exclude people or treat them differently because of race, color, national origin, age, disability or sex.

- Provides free aids and services to people with disabilities to communicate effectively with us, such as:
  - Qualified sign language interpreters
  - Written information in other formats (large print, audio, accessible electronic formats, other formats)
- Provides 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 Customer Service at 800-991-5840, TTY 711 between 7:30 a.m. to 6 p.m., Central time, Monday through Friday.

If you believe that Blue Cross and Blue Shield of Nebraska has failed to provide these services or discriminated in another way on the basis of race, color, national origin, age, disability or sex, you can file a grievance with:

Manager, Corporate Compliance  
Blue Cross and Blue Shield of Nebraska  
P.O. Box 3248  
Omaha, NE 68180-001  
800-991-5840, TTY: 711  
[CivilRights@NebraskaBlue.com](mailto:CivilRights@NebraskaBlue.com)

You can file a grievance in person or by mail, fax or email. If you need help filing a grievance, our Manager of Corporate Compliance is available to help you.

You can also file a civil rights complaint with the U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights, electronically through the Office for Civil Rights Complaint Portal, available at [ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf](https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf), or by mail or phone at:

U.S. Department of Health and Human Services  
200 Independence Avenue, SW  
Room 509F, HHH Building  
Washington, D.C. 20201  
800-368-1019, 800-537-7697 (TDD)

Complaint forms are available at [hhs.gov/sites/default/files/ocr-cr-complaint-form-package.pdf](https://hhs.gov/sites/default/files/ocr-cr-complaint-form-package.pdf).  
For quick processing, use the OCR online portal to file a complaint.

---

**ATTENTION:** This notice may have important information about your application or coverage. Look for key dates in this notice. You may need to take action by certain deadlines to keep your health coverage or get help with costs. If you or someone you're helping has questions, you have the right to get help and information in your language at no cost. To talk to an interpreter, call 1-800-991-5840. This notice is translated as federally required.

### Arabic

تنبيه: قد يتضمن هذا الإشعار معلومات مهمة عن تطبيقك أو تأمينك. ابحث عن التواريخ الرئيسية في هذا الإشعار. قد يلزمك اتخاذ إجراء قبل المواعيد النهائية المحددة للحفاظ على التأمين الصحي أو للحصول على مساعدة بشأن التكاليف. إذا كنت أنت أو أحد من تساعدكم لديكم أسئلة، فلك الحق في الحصول على مساعدة ومعلومات بلغتك وبدون تكلفة. للتحدث مع أحد المترجمين الفوريين، اتصل برقم 1-800-991-5840.

### Chinese Traditional

注意：本通知可能含有與您的申請或保險有關的重要資訊。在本通知中尋找重要的日期。您可能需要在某個截止日期前採取行動，以保持您的健康保險或獲得費用方面的幫助。如果您或者您正幫助的人有疑問，您有權利以您的語言免費獲得提供的幫助與資訊。致電口譯員，請撥打1-800-991-5840。

### German

Achtung: Diese Mitteilung kann wichtige Informationen über Ihren Antrag oder die Versicherungsdeckung beinhalten. Beachten Sie wichtige Fristen in dieser Mitteilung. Sie müssen unter Umständen Maßnahmen innerhalb bestimmter Fristen ergreifen, um Ihren Krankenversicherungsschutz zu erhalten oder eine Kostenerstattung zu erhalten. Wenn Sie oder jemand, dem Sie helfen, Fragen hat, können Sie kostenlos Hilfe und Informationen in Ihrer Sprache erhalten. Um mit einem Dolmetscher zu sprechen, rufen Sie bitte 1-800-991-5840 an.

## **Spanish (Mexico)**

ATENCIÓN: Este aviso puede contener información importante sobre su solicitud o cobertura. Ponga atención a las fechas clave en este aviso. Puede ser que usted necesite realizar algunas acciones para determinadas fechas y así mantener su cobertura de salud o para obtener ayuda con los costos. Si usted o alguien a quien usted ayuda tiene alguna pregunta, tiene el derecho de recibir información y ayuda en su propio idioma sin costo. Para hablar con un intérprete, llame al 1-800-991-5840.

## **Farsi**

توجه این اعلامیه ممکن است اطلاعات مهمی درباره درخواست با طرح پوشش بیمهتان داشته باشد. تاریخ های اصلی را در این اعلامیه جستجو کنید. ممکن است لازم باشد تا موعد مقرری اقدام کنید تا پوشش بیمه درمانیتان حفظ شود یا هزینه های درمانی را دریافت کنید. اگر شما یا فردی دیگر که به او کمک می کنید، سؤالی دارید، از این حق برخوردار هستید تا راهنمایی و اطلاعات را به صورت رایگان به زبان خودتان دریافت کنید. برای صحبت کردن با یک مترجم، با شماره 1-800-991-5840 تماس بگیرید.

## **French (Europe)**

ATTENTION : Cet avis peut contenir des informations importantes concernant votre demande ou votre garantie. Prêtez attention aux dates clés indiquées. Il vous faudra peut-être prendre des mesures avant une certaine date pour pouvoir conserver votre assurance santé ou bénéficier d'aides au paiement. Si vous ou une personne que vous aidez avez des questions, vous pouvez obtenir gratuitement de l'assistance et des informations dans votre langue. Pour parler à un interprète, appelez le 1-800-991-5840.

## **Japanese**

ご注意：本通知書には、患者さんの申請や保険について重大な情報が含まれている可能性があります。本通知書の日付をご覧ください。医療保険を利用したり、費用についてサポートを受けるには、本通知書に従って特定の期限までに手続きしてください。患者さん、または付き添いの方が質問がある場合は、母国語で無料で支援を受けたり、情報を受け取る権利があります。通訳と話したい場合は、1-800-991-5840. まで電話をおかけください。

## **Karen**

ဟ်သ့ၣ်ဟ်သး--တၢ်ဘိးဘၣ်သ့ၣ်ညါအံၤ ဘၣ်သ့ၣ်သ့ၣ် ကဆိၣ်ဒီးတၢ်ဂ့ၢ်တၢ်ကျိၤလၢ အရ့ၣ်ဒိၣ်ဘၣ်သး နလံာ်ပတံၢ်ထီၣ်တၢ် မ့တမ့ၢ် တၢ်ဆုၣ်ကိၤသးန့ၣ်လီၤ.

က့ၢ်ယု မုၢ်န့ၢ်မုၢ်သီအရ့ၣ်ဒိၣ်လၢ လံာ်ဘိးဘၣ်သ့ၣ်ညါအံၤအပူၤတက့ၢ်.

ဘၣ်သ့ၣ်သ့ၣ် နကဘၣ် ဟံးဂ့ၢ်ဝီလၢ မုၢ်န့ၢ်လၢခံကတၢ်လၢ တၢ်ဟံပနီၣ်န့ၢ်န့ၢ် လၢနကဟ့ၣ်နတၢ်ဆိၣ်ဆုၣ်ဆိၣ်ချ့ တၢ်ဘူးတၢ်လဲတဖၣ် မ့တမ့ၢ် မၤန့ၢ်တၢ်မၤစၢၤလၢ တၢ်ပူၤလီၤလဲတဖၣ်န့ၣ်လီၤ.

နၤ မ့တမ့ၢ် ပုၤတဂၢၤလၢ နမၤစၢၤမုၢ်ဆိၣ်ဒီးတၢ်သံက့ၢ်အယီၤ, နဆိၣ်ဒီးတၢ်ခွဲးတၢ်ယၢ်လၢ ကမၤန့ၢ်တၢ်မၤစၢၤဒီးတၢ်ဂ့ၢ်တၢ်ကျိၤလၢ နက့ၢ်လၢ တလၢ်ဘူၣ်လၢ်စ့ၤဘၣ်န့ၣ်လီၤ.

လၢနကတတိၤတၢ်ဒီး ပုၤကျိးထံတၢ်အဂီၢ်, ကိး1-800-991-5840.တက့ၢ်.

## **Korean**

주의: 본 고지에는 해당 신청서 또는 적용범위에 대한 중요한 정보가 있을 수 있습니다.

본 고지의 주요 날짜를 찾으십시오. 해당 건강보험을 유지하거나 비용을 지원받는 특정 기간까지 조치를 취하셔야 합니다. 본인 자신이 나본 인이 돕고 있는 누군가가 질문이 있다면 무료로 모국어로 된 도움과 정보를 얻을 수 있는 권리가 있습니다. 통역사와 통화하려면 1-800-991-5840. 번으로 전화하십시오.

## **Kurdish**

ئاگاداری

ڕهنگه ئهم ئاگاداریه زانیاری گرنگی تیدا بئیت دمریاری داواکاری یان پرومالتکردنهکمت.بعهواى بهرواره سهههکهیمکانی ناو ئهم ئاگاداریه بگهڕێ. لهوانهیه پێویست بکات له ههمنیک دوا واده کرداریک بکهیت بۆ نهوهی پرومالتی تهنهروستیت بهردوام بئیت یان یارمهتی بۆ تێچوومکانت دهست بهخهیت.ئهمگه تۆ یان کهسێک که تۆ یارمهتی دهدهیت پرسپاری ههیه، تۆ مافی دهمسکهرتنی یارمهتی و زانیاریت به زمانى خۆت بێ بهرامبهس ههیه.بۆ قسهکردن لهگهڵ وهرگێڕیک، پهیوهندی به 18009915840 بکه.

## **Lao**

ສິ່ງທີ່ຄວນເອົາໃຈໃສ່: ແຈ້ງການສະບັບນີ້ ອາດຈະມີຂໍ້ມູນທີ່ສໍາຄັນກ່ຽວກັບການສະໝັກ ຫຼື ການຄຸ້ມຄອງສຸຂະພາບຂອງທ່ານ.

ຈົ່ງຊອກຫາວັນທີທີ່ສໍາຄັນໃນແຈ້ງການສະບັບນີ້. ທ່ານອາດຈະຕ້ອງດໍາເນີນການໃນຂອບເຂດເວລາໃດໜຶ່ງ

ເພື່ອຮັກສາການຄຸ້ມຄອງດ້ານສຸຂະພາບຂອງທ່ານ ຫຼື ໄດ້ຮັບການຊ່ວຍເຫຼືອທາງດ້ານງົບປະມານ. ຖ້າທ່ານທ່ານ ຫຼືບຸກຄົນທີ່ທ່ານກຳລັງຊ່ວຍເຫຼືອຢູ່ນັ້ນ ມີຄໍາຖາມ,ທ່ານມີສິດໄດ້ຮັບການຊ່ວຍເຫຼືອ ແລະ ໄດ້ຮັບຂໍ້ມູນທີ່ເປັນພາສາຂອງທ່ານ ໂດຍບໍ່ເສຍຄ່າໃຊ້ຈ່າຍ. ຕ້ອງການລົມກັບນາຍແປພາສາ,

ຈົ່ງໂທຫາເບີ 1-800-991-5840.

## **Nepali**

ध्यानकर्षण: यो सूचनामा तपाईंको निवेदन वा कभरेजको बारेमा महत्वपूर्ण जानकारी हुनसक्छ। यो सूचनामा मुख्य मितिहरू हेर्नुहोस्। तपाईंको स्वास्थ्य कभरेज वा लागतमा मददत प्राप्त गर्न तपाईंले निश्चित समयसीमा भित्र कारबाही लिनुपर्ने हुनसक्छ। तपाईं वा तपाईंले सहायता गरेका कसैसँग जिज्ञासाहरू छन् भने तपाईंसँग आफ्नो भाषामा निःशुल्क सहायता र जानकारी प्राप्त गर्ने अधिकार छ। दोभाषेसग कुरा गर्न 1-800-991-5840.मा कल गर्नुहोस्।

## **Oromo**

HUBAACHIISA: Beeksisi kun odeeffannoo barbaachisaa waa’ee iyyata keetii yookaan waa’ee tajaajiloota qabaachuu mala. Beeksisa kana irraa guyyoota barbaachisoo ta’an ilaali. Tajaajila fayyaa kee itti fufsiisuuf guyyoota murtaa’an irratti tarkaanfiin ati fudhattu yookaan kaffaltiidhaan gargaarsi ati argattu jiraachu mala. Yoo ati ykn namni ati gargaartu, gaaffii qabaattan, gatii malee gargaarsaa fi oddeeffanno afaan dandeessaaniin argachuun mirga keessaani. Warra afaan hikkaaniif lakkoofsa kanaan bilbilaa 1-800-991-5840.

## **Russian**

ВНИМАНИЕ! В данном уведомлении может содержаться важная информация о вашей заявке или страховке. В нем также указаны ключевые даты. Вам может потребоваться выполнить некоторые действия к определенному сроку для сохранения вашей медицинской страховки или получения помощи в оплате расходов. Если у вас или у человека, которому вы помогаете, возникнут вопросы, вы имеете право получить помощь и информацию на своем языке бесплатно. Чтобы поговорить с переводчиком, позвоните по номеру 1-800-991-5840.

## **Vietnamese**

CHÚ Ý: Thông báo này có thể chứa thông tin quan trọng về đơn đăng ký hoặc bảo hiểm của quý vị. Tìm những ngày chính trong thông báo này. Quý vị có thể cần hành động trước một số thời hạn để duy trì bảo hiểm sức khỏe của mình hoặc được giúp đỡ có tính phí. Nếu quý vị hoặc người quý vị đang giúp đỡ, có thắc mắc, quý vị có quyền lấy thông tin và được trợ giúp bằng ngôn ngữ của mình miễn phí. Để nói chuyện với một thông dịch viên, gọi số 1-800-991-5840.