Notificación de prácticas de privacidad de HIPAA para información médica confidencial

ESTA NOTIFICACIÓN DESCRIBE CÓMO PUEDE UTILIZARSE Y DIVULGARSE SU INFORMACIÓN MÉDICA Y CÓMO USTED PUEDE TENER ACCESO A DICHA INFORMACIÓN.

REVÍSELA CUIDADOSAMENTE.

Estimado Cliente de MetLife:

Esta es su Notificación de privacidad de la información de salud de Metropolitan Life Insurance Company o un miembro de la familia de compañías de MetLife, Inc., que incluye SafeGuard Health Plans, Inc., SafeHealth Life Insurance Company, y Delaware American Life Insurance Company (colectivamente, "**MetLife**"). **Léala cuidadosamente.** Usted ha recibido esta notificación porque tiene su cobertura de salud odontológica, oftalmológica, de largo plazo o de salud con nosotros (su "**Cobertura**"). MetLife cree firmemente en la protección de la confidencialidad y seguridad de la información que recopilamos. Esta notificación se refiere a MetLife mediante los términos "nosotros" o "nuestro/a/os/as".

Esta notificación describe cómo protegemos la información personal de salud que tenemos sobre usted y que se relaciona con la cobertura de MetLife ("**Información médica protegida**" o "**PHI**"), y de qué manera podemos utilizar y divulgar dicha información. PHI incluye información que lo identifica a nivel personal y que se vincula con su salud, tratamiento o pago por servicios de asistencia sanitaria, pasado, presente o futuro. Esta notificación también describe sus derechos con respecto a la PHI y cómo puede ejercerlos.

La Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros de Salud ("**HIPAA**") nos exige que le proporcionemos esta Notificación. Para obtener información adicional acerca de nuestra Política de Privacidad de la Información Médica en conformidad con la HIPAA, o nuestras políticas de privacidad generales, consulte las políticas de privacidad de nuestro sitio web, **www.metlife.com**. . Puede hacernos preguntas allí o puede escribirnos directamente a MetLife, Americas – U.S. HIPAA Privacy Office, P.O. Box 902, New York, NY 10159-0902.

RESUMEN DE LA NOTIFICACIÓN

A continuación se expone un resumen de los temas cubiertos en esta notificación de HIPAA. Consulte la notificación completa a continuación para obtener detalles.

Tal como lo permite la ley, nosotros **usamos** y **revelamos** la PHI para:

- realizar, recibir o cobrar pagos;
- realizar operaciones de asistencia sanitaria;
- administrar beneficios compartiendo la PHI con afiliados y asociados comerciales;
- asistir a patrocinadores del plan en la administración de sus planes; e
- informar a personas que pueden participar o pagar por la asistencia sanitaria de otro.

Además, podemos usar o revelar la PHI:

- si la ley lo exige o para actividades de salud pública;
- para prevenir una amenaza grave a la salud o seguridad;
- para beneficios o servicios vinculados a la salud;
- con el propósito de la ejecución de la ley o para funciones gubernamentales específicas;
- cuando se solicite como parte de un procedimiento reglamentario o legal;
- para brindar información sobre personas fallecidas a forenses, examinadores médicos o directores de funerarias.

Usted tiene el derecho a:

- recibir una copia de esta notificación;
- inspeccionar y copiar su PHI, o recibir una copia de su PHI;
- enmendar su PHI si usted cree que la información es incorrecta;
- obtener una lista de divulgaciones que hacemos sobre usted (salvo que sea para tratamiento, pago u operaciones de asistencia sanitaria);
- pedirnos que restrinjamos la información que compartimos para tratamiento, pago u operaciones de asistencia sanitaria;
- solicitar que nos comuniquemos con usted de manera confidencial; y

- presentar un reclamo ante nosotros o ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. si usted cree que sus derechos de privacidad han sido violados.

La ley nos exige:

- mantener la privacidad de la PHI;
- entregar esta notificación de nuestros deberes legales y prácticas de privacidad con respecto a la PHI;
- notificar a las personas afectadas después de una violación de PHI insegura; y
- cumplir con los términos de esta notificación.

DETALLES DE LA NOTIFICACIÓN

Nosotros **protegemos** su PHI de la utilización o divulgación inadecuadas. Nuestros empleados y aquellos en nuestras compañías que nos ayudan a brindar el servicio de su Cobertura MetLife deben cumplir con nuestros requerimientos de protección de la confidencialidad de la PHI. Únicamente podrán acceder a su PHI cuando exista un motivo adecuado para hacerlo, por ejemplo, para administrar nuestros productos o servicios.

Excepto en el caso de Cobertura a largo plazo, **no usaremos o divulgaremos** su PHI que sea información genética a los efectos de la suscripción. Por ejemplo, no usaremos información de una prueba genética (tal como el análisis de ADN o RNA) de una persona o de los miembros de la familia de una persona para determinar la elegibilidad, primas o montos de contribución de su Cobertura.

No venderemos o divulgaremos su PHI a ninguna otra compañía para que la utilicen para ofrecerle comercialmente sus productos a usted. No obstante, tal como se describe a continuación, utilizaremos y divulgaremos su PHI con fines comerciales en relación a su Cobertura.

Las principales razones por las que podremos **utilizar** y **divulgar** su PHI son evaluar y procesar las solicitudes de cobertura y reclamaciones de beneficios que usted pueda realizar, o en relación con otros beneficios o servicios vinculados a la salud que puedan ser de su interés. A continuación se describen estos y otros usos y divulgaciones:

- **Para el pago:** Podemos usar y divulgar su PHI para pagar beneficios de su Cobertura. Por ejemplo, podremos revisar la PHI contenida en las reclamaciones para realizar reembolsos a los proveedores por los servicios prestados. También es posible que divulguemos la PHI a otras aseguradoras para coordinar beneficios con respecto a una reclamación en particular. Además, puede que divulguemos la PHI al plan de salud o a un administrador de un plan de beneficios para el bienestar del empleado, para cumplir diversas funciones relacionadas con los pagos, por ejemplo, la determinación de la elegibilidad, auditoría y revisión, o para ayudarle con sus solicitudes de información o disputas.

- **Para operaciones de asistencia sanitaria:** Podemos además usar y divulgar la PHI para nuestras operaciones de seguro. Estos propósitos incluyen la evaluación de una solicitud de nuestros productos o servicios, administración de dichos productos o servicios y el procesamiento de transacciones solicitadas por usted.

- **A afiliados y asociados comerciales:** Podemos divulgar la PHI a afiliados y asociados comerciales fuera de la familia de compañías de MetLife si necesitan recibir la PHI para brindarnos servicios y acordaremos aceptar ciertas reglas específicas de HIPAA relacionadas con la protección de su PHI. Los siguientes son ejemplos de socios comerciales: compañías de facturación, compañías procesadoras de datos, compañías que ofrecen servicios administrativos generales, organizaciones de información de la salud, puertas de enlace de prescripción electrónica o proveedores de registros personales de salud que ofrecen servicios a entidades con cobertura. La PHI podrá divulgarse a las reaseguradoras a los efectos de la suscripción, auditoría o revisión de reclamaciones. La PHI también podrá divulgarse como parte de una posible fusión o adquisición vinculada a nuestro negocio con el propósito de que las partes de la transacción tomen decisiones comerciales informadas.

- **A los patrocinadores del plan:** Podemos divulgar un resumen de información de salud tal como el historial de reclamos o gastos de reclamos a un patrocinador del plan para que pueda obtener licitaciones de las primas de los planes de salud o para modificar, enmendar o finalizar un plan de salud de grupo. Podemos además divulgar la PHI a un patrocinador de un plan para ayudar a administrar su plan si el patrocinador del plan acuerda restringir su uso y divulgación de la PHI de acuerdo con la ley federal.

- **A personas que participan en su atención:** Podemos divulgar su PHI a un miembro de la familia u otra persona que participa en su asistencia sanitaria o en el pago de su asistencia sanitaria. Por ejemplo, podemos revelar la PHI a un miembro cubierto de la familia a quien usted haya autorizado a contactarnos sobre el pago de un reclamo.

- **Cuando lo exija la ley o para actividades de salud pública:** Divulgamos su PHI cuando lo

exige la ley federal, estatal o local. Tales divulgaciones obligatorias incluyen, por ejemplo, notificar a las autoridades de salud estatales o locales con respecto a enfermedades contagiosas particulares o proporcionar la PHI a una agencia gubernamental o regulador responsable de la supervisión de la asistencia sanitaria.

- **Para evitar una amenaza grave a la salud o la seguridad:** Puede que divulguemos la PHI para evitar una amenaza grave a la salud o seguridad de un individuo. También podremos divulgar la PHI a las agencias federales, estatales o locales encargadas de proporcionar ayuda en caso de desastre, así como también a agencias privadas que ofrecen ayuda o asistencia en caso de desastre, a fin de que dichas entidades puedan cumplir con sus responsabilidades en situaciones de desastre específicas.

- **Para beneficios o servicios vinculados a la salud:** Es posible que utilicemos la PHI para proporcionarle información sobre beneficios que se encuentran a su disposición en conformidad con la cobertura o póliza actual y, en situaciones limitadas, sobre productos o servicios relacionados con la salud que puedan ser de su interés. Sin embargo, no le enviaremos comunicación de comercialización a cambio de remuneración financiera de un tercero sin su autorización.

- **Con el propósito de la ejecución de la ley o para funciones gubernamentales específicas:** Podremos divulgar la PHI en respuesta a una solicitud por parte de un funcionario encargado de la ejecución de la ley, realizada a través de una orden judicial, citación judicial, mandamiento judicial, emplazamiento o proceso similar. Puede que divulguemos la PHI sobre usted a funcionarios federales para inteligencia, contrainteligencia y otras actividades de seguridad nacional autorizadas por la ley.

- **Cuando se solicite como parte de un procedimiento reglamentario o legal:** Si usted o su sucesión están implicados en un pleito o disputa legal, podremos divulgar su PHI en respuesta a una orden judicial o administrativa. También puede que divulguemos su PHI en respuesta a una citación judicial, petición de pruebas u otro proceso legal, pero sólo si se ha hecho lo posible para informarle a usted sobre la solicitud o para obtener una orden que proteja la Información Personal de Salud solicitada. Es posible que divulguemos la PHI a cualquier agencia gubernamental o regulador ante el cual usted haya presentado una reclamación o como parte del examen de una agencia reguladora.

- **PHI sobre personas fallecidas:** Podemos divulgar la PHI a un forense o examinador médico para ayudar a identificar a un individuo fallecido o para determinar la causa de su fallecimiento. Además, podemos divulgar la PHI de una persona fallecida a un familiar o persona que participa en la atención o pago de la atención de una persona fallecida a menos que hacerlo sea inconsistente con cualquier preferencia expresada previamente por la persona fallecida que nosotros conozcamos.

- **Otros usos de la PHI:** Los demás usos y divulgaciones de la PHI que no estén cubiertos por esta notificación y estén permitidos por las leyes que se aplican a nosotros, se llevarán a cabo únicamente con su autorización por escrito o la de su representante legal. Si se nos autoriza a utilizar o divulgar su PHI, tanto usted como su representante legalmente autorizado podrán revocar dicha autorización, por escrito, en cualquier momento, salvo cuando hayamos tomado medidas sobre la base de tal autorización o si se obtuvo la autorización como una condición para obtener su Cobertura. Deberá comprender que no podremos retractarnos de divulgaciones que hayamos realizado con su autorización.

Sus derechos con respecto a la Información médica confidencial que mantenemos sobre usted

A continuación se detallan los distintos derechos que tiene como consumidor en conformidad con la HIPAA, en relación con su PHI. En caso de tener preguntas sobre o si desea poner en práctica algún derecho específico, comuníquese por escrito a la dirección de contacto que corresponda que aparece en la página 4 o 5.

- **Derecho a inspeccionar y copiar su PHI:** En la mayoría de los casos, usted tiene el derecho de inspeccionar y obtener una copia de su PHI que nosotros tenemos. Si nosotros mantenemos esta PHI de manera electrónica, puede solicitarnos que enviemos esa PHI en formato electrónico, si se puede hacer fácilmente; o en caso contrario, en una forma electrónica que pueda leerse y en un formato acordado entre usted y nosotros. Si desea recibir una copia de su PHI, es posible que deba pagar los costos por la realización de copias, el envío por correo, algún medio electrónico u otros suministros relacionados con su solicitud. Además nos puede indicar que enviemos la PHI que haya solicitado a otra persona que usted designe, siempre y cuando presente su solicitud por escrito y claramente identifique a la persona designada. Sin embargo, existen ciertos tipos de PHI que no se encuentran disponibles para ser inspeccionados o para efectuar copias. Esto

incluye notas de psicoterapia o la PHI que recogemos con relación a una reclamación o procedimiento legal o con anticipación razonable a los mismos. En circunstancias muy limitadas, podemos negar su solicitud de inspección y obtener una copia de su PHI. En tal caso, usted podrá solicitar la revisión de dicha negación. La revisión será llevada a cabo por una persona que nosotros elijamos que no haya participado en la decisión original de negar su solicitud. Acataremos el resultado de dicha revisión.

- **Derecho a enmendar su PHI:** Si considera que su PHI es incorrecta o falta una parte importante de la misma, tendrá el derecho de solicitarnos que enmendemos su PHI mientras la mantengamos o se mantenga para nosotros. Deberá especificar la razón de su solicitud. Podemos negar su solicitud si no es presentada por escrito o no incluye una razón que respalde dicha solicitud. Asimismo, puede que deneguemos su solicitud si nos pide que enmendemos la PHI que:

- es precisa y completa;

- no ha sido creada por nosotros, salvo que la persona o entidad que creó dicha PHI ya no esté disponible para efectuar la enmienda;

- no está incluida en la PHI que mantenemos o que se mantiene para nosotros; o

- no es parte de la PHI que usted se permitiría inspeccionar y copiar.

- **Derecho a obtener una lista de divulgaciones:** Usted tiene derecho a recibir una lista de divulgaciones de su PHI que hayamos realizado. Dicha lista no incluirá las divulgaciones realizadas a los fines del tratamiento, pago u operaciones de asistencia sanitaria, para propósitos de seguridad nacional, para la ejecución de la ley o al personal encargado de correcciones o llevadas a cabo en conformidad con su autorización o directamente a usted. Para solicitar esta lista, usted deberá presentar su solicitud por escrito. Dicha solicitud deberá especificar el período desde el cual desea recibir la lista de divulgaciones. Usted podrá solicitar una cuenta de divulgaciones por un periodo de tiempo menor a seis años antes de la fecha de su solicitud. Su solicitud deberá indicar la manera en que desea recibir la lista (por ejemplo, en versión impresa o electrónica). La primera lista que solicite dentro de un período de 12 meses será sin cargo. Es posible que cobremos por la respuesta a solicitudes adicionales. Le notificaremos el costo correspondiente y usted podrá elegir si retirar o modificar su solicitud en ese momento, antes de incurrir en cualquier costo.

- **Derecho a solicitar restricciones:** Usted tiene el derecho de solicitar una restricción o limitación de la PHI que utilicemos o divulguemos sobre usted para el tratamiento, pago u operaciones de asistencia sanitaria, o que divulguemos a una persona que participe en su atención o en el pago de la misma, como por ejemplo, un miembro de la familia o amigo. Nosotros tendremos en cuenta su solicitud, **pero no estamos obligados a aceptar la misma.** De aceptarla, la acataremos. Para solicitar una restricción, usted deberá entregar su solicitud por escrito. En su solicitud, debe informarnos (1) qué información desea que se limite; (2) si desea limitar nuestro uso, divulgación o ambos; (3) a quién desea que se apliquen los límites (por ejemplo, divulgaciones a su cónyuge, padre o madre). No aceptaremos restricciones sobre los usos o divulgaciones de la PHI que se exija legalmente o que sean necesarios para administrar nuestra actividad.

- **Derecho a solicitar comunicaciones confidenciales:** Usted tiene el derecho de solicitar que nos comuniquemos de determinada manera con usted en relación con la PHI o a un domicilio en especial, si nos informa que al comunicarnos de otro modo estaría en peligro. Por ejemplo, puede solicitarnos que nos comuniquemos con usted únicamente a su trabajo o por correo. Para solicitar comunicaciones confidenciales, debe presentar su solicitud por escrito y especificar cómo y dónde desea que nos comuniquemos con usted. Procuraremos satisfacer todas las solicitudes razonables.

- **Direcciones de contacto:** Si tiene preguntas sobre un derecho individual específico o desea poner en práctica uno de sus derechos personales, sírvase presentar su solicitud por escrito a la dirección que aparece abajo que corresponde a su cobertura:

MetLife o SafeGuard Dental & Vision
P.O. Box 14587
Lexington, KY 40512-4587

MetLife LTC Privacy Coordinator
1300 Hall Boulevard, 3rd Floor
Bloomfield, CT 06002

Delaware American Life Insurance Company
MetLife Expatriate Benefits
P.O. Box 1449
Wilmington, DE 19899-1449

- **Derecho a presentar una reclamación:** Si considera que sus derechos a la privacidad han sido violados, puede presentar una reclamación ante nosotros o el Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. Para presentar un reclamo ante nosotros, comuníquese con MetLife, Americas – U.S. HIPAA Privacy Office, P.O. Box 902, New York, NY 10159-0902. Todos los reclamos deben presentarse por escrito. No se penalizará por presentar una reclamación. Si tiene preguntas sobre cómo presentar un reclamo, comuníquese con nosotros al teléfono (212) 578-0299 o a HIPAAprivacyAmericasUS@metlife.com.

INFORMACIÓN ADICIONAL

Modificaciones a la presente notificación: Nos reservamos el derecho de modificar los términos de esta notificación en cualquier momento. Nos reservamos el derecho de hacer entrar en vigencia la notificación revisada o modificada para la PHI que ya tengamos sobre usted, así como también cualquier PHI que recibamos en el futuro. La fecha de entrada en vigencia de esta notificación y de cualquier notificación revisada o modificada puede encontrarse en la última página de la notificación, en el extremo inferior derecho. Usted recibirá una copia de cualquier notificación revisada de MetLife por correo postal o electrónico, pero únicamente cuando MetLife ofrezca la entrega por correo electrónico y usted acepte dicho ofrecimiento.

Información adicional: Usted puede tener derechos adicionales de acuerdo con otras leyes aplicables. Para recibir información adicional sobre nuestra política de privacidad de información médica HIPAA o sobre nuestras políticas generales, envíenos un correo electrónico a HIPAAprivacyAmericasUS@metlife.com o llámenos al teléfono (212) 578-0299, o escríbanos a:

MetLife, Americas
U.S. HIPAA Privacy Office
P.O. Box 902
New York, NY 10159-0902

©Metropolitan Life Insurance Company, New York, NY 10166

CALIFORNIA HEALTH CARE LANGUAGE ASSISTANCE PROGRAM
NOTICE TO INSUREDS

No-Cost Language Services. You can get an interpreter. You can get documents read to you and some sent to you in your language. For help, call us at the number listed on your ID card, if any, or at 1-800-942-0854. For more help, call the California Department of Insurance at 1-800-927-4357.
To receive a copy of the enclosed MetLife Dental and/or Vision HIPAA Notice of Privacy Practices translated into Spanish or Chinese, please visit our website, www.metlife.com, and click on "Privacy/Opt Out" at the bottom of the main screen. Or you may call us toll-free at 1-888-369-0692 to request a copy of this notice. To receive a copy of other MetLife documents translated into Spanish or Chinese, please mark the box by the requested language statement below and indicate to whom and where the translated document is to be sent. Then mail the document, along with this completed form, to:
Metropolitan Life Insurance Company, P.O. Box 14587, Lexington, KY 40512.

☐ **Servicios de Idiomas Sin Costo.** Puede obtener la ayuda de un intérprete. Se le pueden leer documentos y enviar algunos en su idioma. Para recibir ayuda, llámenos al número que aparece en su tarjeta de identificación, si tiene una, o al 1-800-942-0854. Para recibir ayuda adicional, llame al Departamento de Seguros de California al 1-800-927-4357.
Para recibir una copia de la Notificación HIPAA de las Prácticas de Privacidad de MetLife Dental y/o Visual adjunta traducida al español o chino, visite nuestro sitio en Internet, www.metlife.com y haga clic sobre "Privacy/Opt Out" ("Privacidad/Exclusión") en la parte inferior de la pantalla principal. También puede llamarnos en forma gratuita al 1-888-369-0692 para solicitar una copia de dicha notificación. Para recibir una copia de otros documentos de MetLife traducidos al español o chino, marque la casilla que indique la declaración de idioma requerida ubicada en parte inferior e indique a quién y a dónde debe enviarse el documento traducido. Luego, envíe por correo el documento junto con este formulario completado, a:
Metropolitan Life Insurance Company, P.O. Box 14587, Lexington, KY 40512.
NOMBRE_____

DIRECCIÓN_____

☐ **免費語言服務。**您可以獲得譯員服務。您可以請人爲您宣讀文件，並按您所說語言向您發送部分文件。如需幫助，請致電您 ID 卡上所列的號碼（如有）或 1-800-942-0854，與我們聯絡。如需更多幫助，請致電 1-800-927-4357，聯絡加州保險局 (California Department of Insurance)。
如需獲取隨附 MetLife 牙科及／或視力 HIPAA 私隱慣例通知的西班牙語或中文版本，請瀏覽我們的網站 www.metlife.com ，
並按一下主螢幕下方的「私隱／退出」(Privacy/Opt Out)。或者，您可致電我們的免費電話 1-888-369-0692 ， 索取該通知副本。如需獲取 MetLife 其他文件的西班牙語或中文版本，請在與下列所需語言相應的方框中作下標記，並指明翻譯文件的收件人及收件地址。
然後，將文件連同填妥的本表格郵寄至：
Metropolitan Life Insurance Company, P.O. Box 14587, Lexington, KY 40512。
姓名_____
地址_____

Անվճար թարգմանչական ծառայություններ: Ձեզ կտրամադրվի թարգմանիչ, ում օգնությամբ կարող եք հայերենով կարդալ փաստաթղթերը: Հարցերի դեպքում զանգահարեք մեզ՝ Ձեր ID քարտի վրա նշված հեռախոսահամարով (եթե կա այդպիսին) կամ 1-800-942-0854: Առավել մանրամասն տեղեկատվության համար զանգահարեք ԿԱ Դեպ (Կալիֆորնիայի Ապահովագրական Դեպարտամենտ) 1-800-927-4357 հեռախոսահամարով:

សេវាបកប្រែដោយឥតគិតថ្លៃ។ លោកអ្នកអាចទទួលបានអ្នកបកប្រែម្នាក់ និងឱ្យគេអានឯកសារជូនអ្នកជាភាសាខ្មែរបាន។ សម្រាប់ជំនួយ សូមទូរស័ព្ទមកយើងខ្ញុំតាមលេខដែលមានចុះនៅលើប័ណ្ណសម្គាល់ខ្លួនរបស់លោកអ្នកប្រសិនបើមាន ឬ តាមលេខ 1-800-942-0854។ សម្រាប់ជំនួយបន្ថែមទៀត សូមទូរស័ព្ទទៅក្រសួងធានារ៉ាប់រងនៃ CA (CA Dept. of Insurance) តាមលេខ 1-800-927-4357។

Tsis Tau Them Nqi Rau Qhov Kev Pab Txhais Lus. Koj tuaj yeem thov ib tug kws txhais lus thiab hais kom nws pab nyeem cov ntaub ntawv ua koj hom lus Hmoob rau koj mloog. Yog xav tau kev pab, hu rau peb ntawm tus xov tooj sau hauv koj daim npav ID, yog muaj, lossis hu rau 1-800-942-0854. Yog xav kom pab lwm yam ntxiv, hu rau CA Dept. Lub Tuam Txhab Pab Kas Phais (Is-xaws-las) ntawm 1-800-927-4357

無料の通訳サービス。通訳を利用して日本語で文書を読み上げてもらったり、日本語文書の送付を受けることが可能です。サービスの利用をご希望の方は、お手持ちの ID カードに記載されている番号、または 1-800-942-0854 へお電話ください。さらに支援が必要な場合は、カリフォルニア州保険庁 1-800-927-4357 までお問い合わせください。

무료 통역 서비스. 통역자가 문서를 한국어로 읽어드릴 수 있습니다. 도움이 필요하시면, 귀하의 ID 카드에 있는 번호나 1-800-942-0854 로 전화하십시오. 다른 도움이 필요하시면, 전화번호 1-800-927-4357 로 캘리포니아 보험국에 연락하여 주십시오.

Бесплатные услуги устного перевода. Вы можете воспользоваться услугами переводчика, Чтобы получить помощь, позвоните нам по номеру, указанному на Вашей идентификационной карточке, если у Вас она есть, либо по номеру 1-800-942-0854. Если Вам нужна помощь в других вопросах, позвоните в горячую линию Деп-та страхования штата Калифорния по номеру 1-800-927-4357.

Mga Libreng Serbisyo sa Wika. Maaari kang kumuha ng interpreter. Maipapabasa mo para sa iyo ang mga dokumento at maipapadala sa iyo ang ilan sa wika mo. Para sa tulong, tawagan kami sa numerong nakalista sa iyong ID card, kung mayroon man, o sa 1-800-942-0854. Para sa higit pang tulong, tawagan ang CA Dept. of Insurance sa 1-800-927-4357.

Dịch vụ trợ giúp ngôn ngữ miễn phí. Quý vị có thể yêu cầu một phiên dịch viên. Quý vị có thể yêu cầu đọc tài liệu và gửi một số tài liệu cho quý vị bằng tiếng Việt. Để được hỗ trợ, quý vị hãy gọi cho chúng tôi tại số được liệt kê trên thẻ ID của quý vị, nếu có, hoặc số máy 1-800-942-0854. Để được hỗ trợ thêm, quý vị hãy gọi Sở Bảo hiểm Tiểu bang CA tại số máy 1-800-927-4357.

خدمات لغوية بدون كلفة. يمكنك الحصول على مترجم فوري. يمكنك الحصول على خدمة قراءة وثائق لك وإرسال بعضها إليك باللغة العربية. للحصول على المساعدة، اتصل بنا على الرقم المذكور على بطاقة هويتك، إن وجد، أو على الرقم 1-800-942-0854. لمزيد من المساعدة، اتصل على CA Dept. of Insurance على الرقم 1-800-927-4357.

خدمات زبانی رایگان. می توانید از خدمات ترجمه شفاهی بهره مند شوید. می توانید برای خواندن اسناد، کمک بگیرید و حتی برخی از اسناد را به زبان خودتان دریافت کنید. برای دریافت کمک، اگر روی کارت شناسایی شما شماره ای درج شده، با آن تماس بگیرید؛ در غیر این صورت، با شماره 1-800-942-0854 تماس بگیرید. برای دریافت کمک بیشتر، با اداره بیمه کالیفرنیا (CA Dept. of Insurance) به شماره 1-800-927-4357 تماس بگیرید.

کسے مُل توں بغیر بولی دیاں خدمات. تسی اک ترجمان حاصل کر سکدے او۔ تہانوں دستاویزات پڑھ کے سنایاں جا سکدیاں نیں تے اینہاں چوں کجھ تہانوں تہاڈی بولی وچ گھلیاں جا سکدیاں نیں۔ مدد لئی، ساہنوں آپنے آئی ڈی کارڈ وچ دتے ہوئے نمبر، جے کوئی ہے وے، یاں 1-800-942-0854 تے فون کرو۔ واہُدو مدد لئی، تے CA Dept. بیمہ نوں 1-800-927-4357 تے فون کرو۔