

치료 조정 참여를 위한 선출

기록 공개를 위한 동의/승인

CareFirst® 

Family of health care plans

1. 케어퍼스트의 치료 조정

저희는 고객님과 담당 의료진들은 치료 관리를 돋고 더 나은 건강 결과를 내기 위해 현존하고 잠재적인 건강상 위험에 대한 완전한 막그림을 확보하고 있어야 합니다. 이것은 고객님과 고객님을 담당하는 의료진 그리고 케어퍼스트 사이의 철저한 의사소통으로부터 시작됩니다.

케어퍼스트는 이러한 의사소통을 장려하고 개선하기 위해 고객님이 케어퍼스트의 치료 조정 프로그램 및 관련 임상 프로그램에 참여하는 동안 의료진들이 안전하게 의료 정보 공유 소스로 사용할 수 있도록 가입자 비밀 의료 기록(MHR)을 마련합니다. 케어퍼스트의 치료 조정은 프로그램 및 기타 지원 임상 프로그램에 제공자와 참여하기로 선택함으로써, 고객님께서는 이러한 의사소통을 촉진하고 귀하의 건강관리팀(일차 진료 제공자 및 기타 제공자 및 귀하를 위한 서비스를 제공하는 건강 관리 전문가 포함) 및 CareFirst to MHR의 정보를 참조하고 건강 관리를 조정하고 관리하는 데 도움이 되도록 안전하고 기밀로 서로 정보를 적절히 공유하시기를 바랍니다. 케어퍼스트는 해당 정보 공개 범위를 이러한 목적을 달성하는데 필요한 범위까지로 제한합니다.

2. 동의/승인

본인은 다음을 이해합니다.

- 본인의 참여는 자발적입니다. 저는 케어퍼스트의 치료 조정에 참여하지 않기로 하더라도 케어퍼스트의 보험 보장을 유지할 수 있습니다.
- 케어퍼스트는 제가 본 프로그램에 참여하는 대가로 의료 급여나 등록 비용을 지불하거나 의료 급여 수급 자격부여를 조건으로 제시하지 않습니다.
- 케어퍼스트는 법에 따라 요청되거나 허락되는 경우 자신의 개인 의료 정보를 공개할 수 있습니다.
- 케어퍼스트는 나 자신에게 치료나 서비스를 제공한 의료진(예: 의료 전문가, 병원, 클리닉, 실험실, 약국 또는 의료 시설)으로부터 받은 자료와 정보를 본인을 대신하여 공유할 수 있습니다. 여기에는 케어퍼스트와 계약한 의료 치료 파트너를 통해 제공된 종합 건강 평가 및/또는 건강 검진 결과가 포함될 수 있습니다.
- 정신 건강 및 약물 사용 장애 치료진을 포함한 본인의 의료진들은 본인의 정보를 케어퍼스트와 공유할 수 있습니다.
- 본인과 관련하여 공개될 수 있는 정보라 함은 본인의 일반 의료 기록에 포함된 정보, 약물 사용 장애를 포함한 정신 건강 의료 정보와 의료적인 문제, 치료, 진단 검사, 처방, 환자 중심 의료 시설 및 기타 사례 관리 활동에 따른 의료 보험 청구내용 등을 포함합니다.
- 또한 다음과 관련된 의료 기록을 포함할 수 있지만 반드시 이에 국한되지 않는 내용들을 포함할 수 있습니다:
 - 마약, 술, 약물 사용 장애;
 - 심리, 정신 질환 또는 기타 정신 장애 또는 발달 장애 ("심리 치료 요법 내용" 제외);
 - 겸상 적혈구성 빈혈과 같은 대사 장애;
 - 피임 및 가족 계획;
 - 전염성 질병 또는 비 전염성 질병 발현여부를 보여줄 수 있는 기록;
 - 인체 면역 결핍 바이러스/에이즈 또는 성병 관련 기록
 - 유전적 (선천적) 질병 또는 검사, 그리고 임상 실험실에서 직접 입수한 검사 결과.

2. 동의/승인 (계속)

- 관리 및 치료 목적의 내 정보 공유는 1996년 발효된 건강 보험 이동성 및 책임법 상의 개인 정보 보호 규칙("HIPPA")에 근거하여제공되며 허용됩니다.
- 본인의 치료 조정팀의 구성원 전원은 오직 본인의 진료와 치료를 위해서만 본인의 의료 정보에 접근할 수 있습니다. 의료진과케어퍼스트의 의료 치료 관련 계약을 맺은 파트너들은 관련법에 의거해 HIPPA 개인 정보 보호 규칙을 포함한 적용가능한 모든 연방 및주 개인 정보 보호법을 준수하고 본인의 의료 정보의 개인 정보를 보호해야 합니다. 케어퍼스트는 케어퍼스트가 공개한 정보를 받은 자가차후에 본인의 정보를 무단으로 재 공개 하는 것을 규제할 수 없습니다.
- 본인은 굳이 추가적인 참가 양식에 서명하지 않더라도 의료진 요청에 의해 임상 프로그램에 참여할 수 있습니다. 본인은 이러한 서비스에참여하는 것을 언제든지 거부할 수 있습니다.
- 본인은 현재 진행 중인 의료 진료, 만성질환에 대한 치료 및 건강 상태 개선과 관련한 결정 시 적극적으로 참여하기로 합니다.
- 본인은 정신건강의료정보에 관한 어떠한 기록도 검토할 수 있는 권리를 가집니다.
- 본인은 약물 사용 장애 관련 기록이 공개되었던 기관 명단을 내가 요청하는 경우 42 CFR 파트 2에 근거하여 제공받을 수 있음을이해합니다.
- 본인은 carefirst.com/memberpcmh에 있는 철회 양식을 작성하여 불이익 없이 언제든 이 승인을 취소할 수 있다는 것을 이해합니다. Participate in PCMH를 클릭하세요. 이러한 취소는 향후 보호된 의료 정보의 사용과 공개와 관련해 그 효력을 가집니다. 하지만, 본인은이러한 취소가 다음의 경우에는 적용되지 않음을 이해합니다. (1) 본 승인에 의해 이미 자신의 의료 보험에 활용되었거나 공개된 정보또는 (ii) 만일 자신의 의료보험보장조건의 일부로 허가가 내려진 경우 및 법에 따라 의료 보험사가 보장과 관한 이의를 제기할 권리를가지는 경우
- 이 동의는 취소하지 않는 경우 1년 후에 만료됩니다.
- 본인의 전화번호와 이메일 주소를 제공함으로써, 케어퍼스트와 그 파트너들이 본인의 의료 서비스에 관해 전화, 휴대폰, 문자메시지또는 이메일로 연락할 수 있다는 것을 이해합니다. 본인이 다른 방법으로 동의를 취소하지 않는 한 본인에게 연락할 수 있도록 한 동의는이번에 참여하기로 한 선택이 만료되더라도 유지된다는 것을 이해합니다.

3. 클레임

본인은 케어코(CareCo)와 자신의 다른 정신 건강 및 약물 사용 장애 치료자들이 클레임 처리를 위해 필요한 약물 사용 장애를 포함한 자신의 정신 건강 의료 정보를 케어퍼스트에 공개할 수 있도록 허가합니다. 공개될 정보는 다음으로 제한합니다.

- 행정 정보
- 진단 정보
- 자신의 상태(자발적 또는 비자발적)
- 입원 또는 지속적인 치료 사유
- 예후는 지속적으로 치료가 이루어 질 것으로 예상되는 기간으로 한정합니다.

4. 서명

본 양식의 사본을 보관해 주시기를 바랍니다. 본 양식에 대한 문의는 케어퍼스트 치료 조정자에게 해 주시기를 바랍니다.

가입자 서명*		가입자 이름 기입
가입자 생년월일	가입자 아이디	날짜
부모/보호자 서명		부모/보호자 이름 기입
전화 번호	휴대폰 번호	날짜
이메일 주소		

5. 수령인에 대한 고지

이 정보는 연방 및/또는 주법에 의해 보호될 수 있는 비밀 기록으로 귀하에게 공개되었습니다.. 메릴랜드 법은 가입자의 허가없는 의료 정보 재공개를 금지하고 있습니다. 정신 건강 의료 정보를 무단으로 공개하는 것은 1978년 콜롬비아 특별구 정신 건강 의료 정보 법 조항(S S 7-1201.01부터 7-1207.02까지) 위반입니다. 42 CFR 파트 2는 이러한 무단 기록 공개를 금지합니다.

6. 미성년자 또는 보호자에 의한 실행

이 양식에 서명한 사람이 가입자, 부모 또는 18세 미만인 피부양자의 보호자가 아닌 경우에는 위 주소로 가입자 대신 서명할 법적 권한을 나타내는 문서를 제출해야 합니다. (예: 위임장, 법원이 선임한 보호자, 인격 대리인 등)

*부모나 보호자가 서비스 제공에 동의하지 않고 대신 미성년자가 법적으로 충분한 동의를 제공한 경우, 미성년자는 스스로 공개를 허가할 수 있습니다. 특정 법적 요건에 의한 경우를 제외하고 미성년자가 그러한 치료에 동의한 경우라면 성병, 약물 사용, 임신, 정서적 질환에 관한 어떠한 정보도 미성년자와 공공의 건강을 위해 필요하고 해당 미성년자의 신원을 비밀에 부치지 아니하면 공개할 수 없습니다. D.C.와 버지니아주에서는 이러한 동의가 정신 건강 의료 정보(미성년자가 14세 또는 그 이상이며 입원에 동의한 경우 정신병동 입원 사실 포함)와 관련된 경우, 그리고 이 동의가 적용되는 환자가 14세 이상 18세 미만인 경우는 해당 미성년자와 그를 보호하는 부모는 반드시 공동 명의로 동의서를 제출해야 합니다. D.C.에서는 환자가 14세 미만일 경우, 반드시 부모나 보호자만이 동의서를 제출해야 합니다. 버지니아에서는 입원 환자 약물 사용 장애 기록을 공개하는 경우 미성년자와 보호자의 부모가 동시에 동의해야 합니다.

Notice of Nondiscrimination and Availability of Language Assistance Services

(UPDATED 8/5/19)

CareFirst BlueCross BlueShield, CareFirst BlueChoice, Inc., CareFirst Diversified Benefits and all of their corporate affiliates (CareFirst) comply with applicable federal civil rights laws and do not discriminate on the basis of race, color, national origin, age, disability or sex. CareFirst does not exclude people or treat them differently because of race, color, national origin, age, disability or sex.

CareFirst:

- Provides free aid 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, please call 855-258-6518.

If you believe CareFirst 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 our CareFirst Civil Rights Coordinator by mail, fax or email. If you need help filing a grievance, our CareFirst Civil Rights Coordinator is available to help you.

To file a grievance regarding a violation of federal civil rights, please contact the Civil Rights Coordinator as indicated below. Please do not send payments, claims issues, or other documentation to this office.

Civil Rights Coordinator, Corporate Office of Civil Rights

Mailing Address	P.O. Box 8894 Baltimore, Maryland 21224
Email Address	civilrightscoordinator@carefirst.com
Telephone Number	410-528-7820
Fax Number	410-505-2011

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 <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 <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

Foreign Language Assistance

Attention (English): This notice contains information about your insurance coverage. It may contain key dates and you may need to take action by certain deadlines. You have the right to get this information and assistance in your language at no cost. Members should call the phone number on the back of their member identification card. All others may call 855-258-6518 and wait through the dialogue until prompted to push 0. When an agent answers, state the language you need and you will be connected to an interpreter.

አማርኛ (Amharic) ማስታበቃው፡፡ ይህ ማስታበቃው ስለ መደን ሰራተኞቸው ይሆል፡፡ ከተወሰነት ቁነ-ገዢበት በፈት ለፈጸምና የሚገበ ነገሮች ሌሎች አገልግሎት ወጥኩ ቅናት ለይዘን ይቻላል፡፡ ይኝነት መረጃ የማማገኘት እና የለምንም ከፍያ በቋንቃዋው እና የማማገኘት መብት አለዋቸው፡፡ አባል ካሁን ክመታዊው ክርድዎች በስተቀርባ ላይ ወደተጠቀሰው የስልክ ቅጥር መደዣዎች ይቻላሉ፡፡ አባል ካሁን ደንብ መደብ ለሳይ ቅጥር 855-258-6518 ደመለው ባንድ አንዳጂኑ አስተካርድ ድረስ ጉባኤናን መጠበቅ አለብቸው፡፡ አንድ ወከል መልሰ ለስተዋዊ፣ የሚፈልገኝትን ቅንቃዋቅ ያለውቸው፣ ከዘመና ከተጠሪዎች የሚፈልገኝትን ቅንቃዋቅ ያለውቸው፡፡

Èdè Yorùbá (Yoruba) Ìtétíléko: Àkíyèsí yíí ní ìwífún nípa isé adójútòfò re. Ó le ní àwọn déètì pàtò o sì le ní láti gbé ìgbésè ní àwọn ojó gbèdèke kan. O ni ètò láti gba ìwífún yíí àti ìrànlówó ní èdè re lófèé. Àwọn ọmọ-egbè gbódò pe nómbà fóònù tó wà léyìn káàdì ìdánímò wọn. Àwọn míràn le pe 855-258-6518 kí o sì dúró nípasè ijíròrò tití a ó fi sọ fún o láti tẹ 0. Nígbàtí aşojú kan bá dálhùn, sọ èdè tí o fé a ó sì so ó pò mó ògbufò kan.

Tiếng Việt (Vietnamese) Chú ý: Thông báo này chứa thông tin về phạm vi bảo hiểm của quý vị. Thông báo có thể chứa những ngày quan trọng và quý vị cần hành động trước một số thời hạn nhất định. Quý vị có quyền nhận được thông tin này và hỗ trợ bằng ngôn ngữ của quý vị hoàn toàn miễn phí. Các thành viên nên gọi số điện thoại ở mặt sau của thẻ nhận dạng. Tất cả những người khác có thể gọi số 855-258-6518 và chờ hết cuộc đàm thoại cho đến khi được nhắc nhở nhấn phím 0. Khi một tổng đài viên trả lời, hãy nêu rõ ngôn ngữ quý vị cần và quý vị sẽ được kết nối với một thông dịch viên.

Tagalog (Tagalog) Atensyon: Ang abisong ito ay naglalaman ng impormasyon tungkol sa nasasaklawan ng iyong insurance. Maaari itong maglaman ng mga pinakamahalagang petsa at maaaring kailangan mong gumawa ng aksyon ayon sa ilang deadline. May karapatan ka na makuhang ang impormasyong ito at tulungan sa iyong sariling wika nang walang gastos. Dapat tawagan ng mga Miyembro ang numero ng telepono na nasa likuran ng kanilang identification card. Ang lahat ng iba ay maaaring tumawag sa 855-258-6518 at maghintay hanggang sa dulo ng diyalogo hanggang sa diktahan na pindutin ang 0. Kapag sumagot ang ahente, sabihin ang wika na kailangan mo at ikokonekta ka sa isang interpreter.

Español (Spanish) Atención: Este aviso contiene información sobre su cobertura de seguro. Es posible que incluya fechas clave y que usted tenga que realizar alguna acción antes de ciertas fechas límite. Usted tiene derecho a obtener esta información y asistencia en su idioma sin ningún costo. Los asegurados deben llamar al número de teléfono que se encuentra al reverso de su tarjeta de identificación. Todos los demás pueden llamar al 855-258-6518 y esperar la grabación hasta que se les indique que deben presionar 0. Cuando un agente de seguros responda, indique el idioma que necesita y se le comunicará con un intérprete.

Русский (Russian) Внимание! Настоящее уведомление содержит информацию о вашем страховом обеспечении. В нем могут указываться важные даты, и от вас может потребоваться выполнить некоторые действия до определенного срока. Вы имеете право бесплатно получить настоящие сведения и сопутствующую помощь на удобном вам языке. Участникам следует обращаться по номеру телефона, указанному на тыльной стороне идентификационной карты. Все прочие абоненты могут звонить по номеру 855-258-6518 и ожидать, пока в голосовом меню не будет предложено нажать цифру «0». При ответе агента укажите желаемый язык общения, и вас свяжут с переводчиком.

हिन्दी (Hindi) ध्यान दें: इस सूचना में आपकी बीमा कवरेज के बारे में जानकारी दी गई है। हो सकता है कि इसमें मुख्य तिथियों का उल्लेख हो और आपके लिए किसी नियत समय-सीमा के भीतर काम करना ज़रूरी हो। आपको यह जानकारी और संबंधित सहायता अपनी भाषा में निःशुल्क पाने का अधिकार है। सदस्यों को अपने पहचान पत्र के पीछे दिए गए फोन नंबर पर कॉल करना चाहिए। अन्य सभी लोग 855-258-6518 पर कॉल कर सकते हैं और जब तक 0 दबाने के लिए न कहा जाए, तब तक संवाद की प्रतीक्षा करें। जब कोई एजेंट उत्तर दे तो उसे अपनी भाषा बताएँ और आपको व्याख्याकार से कनेक्ट कर दिया जाएगा।

Băsăjă-wùqù (Bassa) Tò Đùă Cáo! Bă nìà ke bá nyō bĕ kĕ m gbo kpá bó nì fă-ă-fă-tăă nyee jé dyí. Bă nìà ke bĕdĕ wé jéé bĕ bĕ m kĕ dĕ wa mă m kĕ nyuee nyu hwè bĕ wé bĕa kĕ zi. Č mă nì kpé bĕ m kĕ bă nìà ke kĕ gbo-kpá-kpá m măee dyé dĕ nì bădă-wùqù mă bĕ m kĕ se wădă qđ pĕé. Kpooă nyō bĕ me dă făun-năbă nìà dĕ waă I.D. kăà dĕin nyę. Nyō tăă séin me dă năbă nìà ke: 855-258-6518, kĕ m me fă tee bĕ wa kĕe m gbo cĕ bĕ m kĕ năbă mă 0 kee dyi pădăin hwè. Č jă kĕ nyō qđ dyi mă gă jăin, po wuđu mă mă poe dyie, kĕ nyō qđ mu bó năn bĕ 0 kĕ nì wuđu mă ză.

বাংলা (Bengali) লক্ষ্য করুন: এই নোটিশে আপনার বিমা কভারেজ সম্পর্কে তথ্য রয়েছে। এর মধ্যে গুরুত্বপূর্ণ তারিখ থাকতে পারে এবং নির্দিষ্ট তারিখের মধ্যে আপনাকে পদক্ষেপ নিতে হতে পারে। বিনা খরচে নিজের ভাষায় এই তথ্য পাওয়ার এবং সহায়তা পাওয়ার অধিকার আপনার আছে। সদস্যদেরকে তাদের পরিচয়পত্রের পিছনে থাকা নশ্বরে কল করতে হবে। অন্যেরা 855-258-6518 নশ্বরে কল করে 0 টিপতে না বলা পর্যন্ত অপেক্ষা করতে পারেন। যখন কোনো এজেন্ট উত্তর দেবেন তখন আপনার নিজের ভাষার নাম বলুন এবং আপনাকে দোভাসীর সঙ্গে সংযুক্ত করা হবে।

اردو (Urdu) توجہ: بہ نوٹس آپ کے انشورینس کوریج سے متعلق معلومات پر مشتمل ہے۔ اس میں کلیدی تاریخیں بو سکتی ہیں اور ممکن ہے کہ آپ کو مخصوص آخری تاریخوں تک کارروائی کرنے کی ضرورت پڑے۔ آپ کے پاس یہ معلومات حاصل کرنے اور بغیر خرچ کیے اپنی زبان میں مدد حاصل کرنے کا حق ہے۔ ممبران کو اپنے شناختی کارڈ کی پشت پر موجود فون نمبر پر کال کرنی چاہیے۔ سبھی بیگر لوگ 855-258-6518 پر کال کر سکتے ہیں اور 0 دبائے کو کہے جانے تک انتظار کریں۔ ایجنت کے جواب دینے پر اپنی مطلوبہ زبان بتائیں اور مترجم سے مربوط ہو جائیں گے۔

فارسی (Farsi) توجه: این اعلامیه حاوی اطلاعاتی دربارہ پوشش بیمه شما است. ممکن است حاوی تاریخ‌های مهمی باشد و لازم است تا تاریخ مقرر شده خاصی اقدام کنید. شما از این حق برخوردار هستید تا این اطلاعات و راهنمایی را به صورت رایگان به زبان خودتان دریافت کنید. اعضا باید با شماره در پشت کارت شناسایی‌شان تماس بگیرند. سایر افراد می‌توانند با شماره 855-258-6518 تماس بگیرند و منتظر بمانند تا از آنها خواسته شود عدد 0 را فشار دهند. بعد از پاسخگویی توسط یکی از اپراتورها، زبان مورد نیاز را تنظیم کنید تا به مترجم مربوطه وصل شوید.

اللغة العربية (Arabic) تنبيه: يحتوي هذا الإخطار على معلومات بشأن تغطية التأمينية، وقد يحتوي على تاريخ مهم، وقد تحتاج إلى اتخاذ إجراءات بحلول مواعيد نهاية محددة. يحق لك الحصول على هذه المساعدة والمعلومات بلغتك بدون تحمل أي تكالفة. ينبغي على الأعضاء الاتصال على رقم الهاتف المذكور في بطاقةتعريف الهوية الخاصة بهم. يمكن للأخرين الاتصال على الرقم 855-258-6518 والانتظار خلال المحادثة حتى يطلب منهم الضغط على رقم 0. عند إجابة أحد الوكلاء، اذكر اللغة التي تحتاج إلى التواصل بها وسيتم توصيلك بأحد المתרגمسين الفوريين.

中文繁体 (Traditional Chinese) 注意：本聲明包含關於您的保險給付相關資訊。本聲明可能包含重要日期及您在特定期限之前需要採取的行動。您有權利免費獲得這份資訊，以及透過您的母語提供的協助服務。會員請撥打印在身分識別卡背面的電話號碼。其他所有人士可撥打電話 855-258-6518，並等候直到對話提示按下按鍵 0。當接線生回答時，請說出您需要使用的語言，這樣您就能與口譯人員連線。

Igbo (Igbo) Nrụbama: Okwa a nwere ozi gbasara mkpuchi nchekwa onwe gi. O nwere ike ịnwe ụbọchị ndị di mkpa, i nwere ike ịme ihe tupu ụfodụ ụbọchị njedebe. I nwere ikike ịnweta ozi na enyemaka a n'asusu gi na akwughị ụgwọ o bụla. Ndị otu kwesiri ikpo akara ekwentị dị n'azụ nke kaadi njirimara ha. Ndị ọzọ niile nwere ike ikpo 855-258-6518 wee chere ụbụbọ ahụ ruo mgbe amanyere ipi 0. Mgbe onye nnochite anya zara, kwuo asusu i chọro, a ga-ejikọ gi na onye ọkowa okwu.

Deutsch (German) Achtung: Diese Mitteilung enthält Informationen über Ihren Versicherungsschutz. Sie kann wichtige Termine beinhalten, und Sie müssen gegebenenfalls innerhalb bestimmter Fristen reagieren. Sie haben das Recht, diese Informationen und weitere Unterstützung kostenlos in Ihrer Sprache zu erhalten. Als Mitglied verwenden Sie bitte die auf der Rückseite Ihrer Karte angegebene Telefonnummer. Alle anderen Personen rufen bitte die Nummer 855-258-6518 an und warten auf die Aufforderung, die Taste 0 zu drücken. Geben Sie dem Mitarbeiter die gewünschte Sprache an, damit er Sie mit einem Dolmetscher verbinden kann.

Français (French) Attention: cet avis contient des informations sur votre couverture d'assurance. Des dates importantes peuvent y figurer et il se peut que vous deviez entreprendre des démarches avant certaines échéances. Vous avez le droit d'obtenir gratuitement ces informations et de l'aide dans votre langue. Les membres doivent appeler le numéro de téléphone figurant à l'arrière de leur carte d'identification. Tous les autres peuvent appeler le 855-258-6518 et, après avoir écouté le message, appuyer sur le 0 lorsqu'ils seront invités à le faire. Lorsqu'un(e) employé(e) répondra, indiquez la langue que vous souhaitez et vous serez mis(e) en relation avec un interprète.

한국어(Korean) 주의: 이 통지서에는 보험 커버리지에 대한 정보가 포함되어 있습니다. 주요 날짜 및 조치를 취해야 하는 특정 기한이 포함될 수 있습니다. 귀하에게는 사용 언어로 해당 정보와 지원을 받을 권리가 있습니다. 회원이신 경우 ID 카드의 뒷면에 있는 전화번호로 연락해 주십시오. 회원이 아니신 경우 855-258-6518 번으로 전화하여 0을 누르라는 메시지가 들릴 때까지 기다리십시오. 연결된 상담원에게 필요한 언어를 말씀하시면 통역 서비스에 연결해 드립니다.

Diné Bizaad (Navajo) Ge': Díí bee ił hane'ígíí bii' dahólóó bee éédahózin béeso ách'áqáh naanilník'ist'i'ígíí bá. Bii' dahólóó doo íiyisíí yoolkáálígíí dóó t'áádoo le'é ádadoolyíllígíí da yókeedgo t'áá doo bee e'e'aahí ájiil'ííh. Bee ná ahóót'i' díí bee ił hane' dóó niká'ádoowoł t'áá nínizaad bee t'áá jiik'é. Atah danilínígíí béis̄h bee hane'é bee wółta'ígíí nitl'izgo bee nee hóadolzinígíí bikéédéé' bikáá' bich'i' hodoonihjí'. Aadóó náánála' éí kojí' dahóoolnih 855-258-6518 dóó yii diiłts'ííl yałtí'ígíí t'áá níléjí áádóó éí bikéé'dóó naasbą́as bił adidiilchił. Áká'ánidaalwó'ígíí neidiitqáago, saad bee yániłt'i'ígíí yii diikił dóó ata' halne'é lá níká'ádoolwoł.