



Sus derechos y responsabilidades como miembro de CCA Senior Care Options (HMO D-SNP)

A. Su derecho a recibir servicios e información de una manera que satisfaga sus necesidades

Debemos asegurarnos de que **todos** los servicios, tanto clínicos como no clínicos, se brinden de una manera culturalmente competente y accesible, incluso para personas con dominio limitado del inglés, habilidades de lectura limitadas, discapacidad auditiva o de diversos orígenes culturales y étnicos. También debemos informarle sobre los beneficios de nuestro plan y sus derechos de una manera que pueda comprenderlos. Debemos informarle sobre sus derechos cada año que esté en nuestro plan.

- Para obtener información de una manera que pueda comprender, llame a Servicios al miembro. Nuestro plan ofrece servicios de interpretación gratuitos para responder preguntas en diferentes idiomas.
- Nuestro plan también puede brindarle materiales en otros idiomas además del inglés, incluido el español, y en otros formatos, como letra grande, braille o audio. Para obtener materiales en uno de estos formatos alternativos, llame a Servicios al miembro o escriba a CCA Senior Care Options (HMO D-SNP). Llame al 866-610-2273 (TTY 711), de 8 am a 8 pm, los 7 días de la semana, para solicitar información en otros idiomas y formatos. La llamada es gratuita. Para futuros envíos, conservaremos su solicitud de formatos alternativos y/o idiomas especiales en nuestros registros. Puede cambiar sus preferencias de comunicación con nosotros en cualquier momento llamando a Servicios al miembro. Puede comunicarse con el oficial de accesibilidad y adaptaciones, quien también es el oficial de cumplimiento de la ADA, para solicitar una adaptación razonable en:

Commonwealth Care Alliance, Inc.
Attn: ADA Officer
2 Avenue de Lafayette, 5th Floor
Boston, MA 02111

Teléfono: 617-960-0474, ext. 3932 (TTY 711)
Correo electrónico: civilrightscoordinator@commonwealthcare.org

Si tiene alguna dificultad para obtener información sobre nuestro plan debido al lenguaje o a una discapacidad y desea presentar una queja, llame a:

- Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.
- My Ombudsman al 1-855-781-9898, de lunes a viernes, de 9 am a 4 pm.
 - Use el número 7-1-1 para llamar al 1-855-781-9898. Este número es para personas sordas, con problemas auditivos o con discapacidad del habla.
 - Comuníquese por videollamada (VP) al 339-224-6831. Este número es para personas sordas o con problemas auditivos.

MassHealth (Medicaid) Customer Service Center al 1-800-841-2900, de lunes a viernes, de 8 am a 5 pm. (Los usuarios de TTY deben llamar al 711).

Office for Civil Rights al 1-800-368-1019. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-537-7697.

B. Nuestra responsabilidad por su acceso oportuno a los servicios y medicamentos cubiertos

Usted tiene derechos como miembro de nuestro plan.

- Usted tiene derecho a elegir un proveedor de atención primaria (PCP) de nuestra red. Un proveedor de red es un proveedor que trabaja con nosotros. Puede encontrar más información sobre qué tipos de proveedores pueden actuar como PCP y cómo elegir un PCP en el **Capítulo 3** de su *Manual para miembros*.
 - Llame a Servicios al miembro o visite el *Directorio de proveedores y farmacias* para obtener más información sobre los proveedores de la red y qué médicos aceptan nuevos pacientes.
- Tiene derecho a consultar a un especialista en salud de la mujer sin necesidad de obtener una remisión. **No** requerimos que obtenga remisiones.
- Tiene derecho a obtener servicios cubiertos de proveedores de la red dentro de un período de tiempo razonable.
 - Esto incluye el derecho a recibir servicios oportunos de especialistas.
 - Si no puede obtener los servicios dentro de un período de tiempo razonable, debemos pagar la atención fuera de la red.

- Tiene derecho a recibir servicios de emergencia o atención que necesite con urgencia sin autorización previa (PA).
- Tiene derecho a obtener sus recetas en cualquiera de nuestras farmacias de la red sin largas demoras.
- Tiene derecho a saber cuándo puede utilizar un proveedor fuera de la red. Para obtener más información sobre los proveedores fuera de la red, consulte el **Capítulo 3** de su *Manual para miembros*.

En el **Capítulo 9** de su *Manual para miembros* se explica lo que puede hacer si cree que no está recibiendo sus servicios o medicamentos dentro de un período de tiempo razonable. También se informa qué puede hacer si le negamos la cobertura de sus servicios o medicamentos y no está de acuerdo con nuestra decisión.

C. Nuestra responsabilidad de proteger su información personal de salud (PHI)

Protegemos su PHI según lo exigen las leyes federales y estatales.

Su PHI incluye la información personal que nos proporcionó cuando se inscribió en nuestro plan. También incluye su historial médico y otra información médica y de salud.

Usted tiene derechos con respecto a su información y a controlar cómo se utiliza su PHI. Le entregamos un aviso escrito que informa sobre estos derechos y explica cómo protegemos la privacidad de su PHI. El aviso se llama “Aviso sobre prácticas de privacidad”.

C1. Cómo protegemos su PHI

Nos aseguramos de que personas no autorizadas no consulten ni modifiquen sus registros.

Salvo en los casos que se indican a continuación, no facilitamos su PHI a ninguna persona que no le preste o pague su atención. Si lo hacemos, debemos obtener primero su permiso por escrito. Usted, o alguien legalmente autorizado para tomar decisiones por usted, puede dar permiso por escrito.

A veces no necesitamos obtener primero su permiso por escrito. Las siguientes excepciones están permitidas o son obligatorias por ley:

- Debemos revelar la PHI a las agencias del gobierno que controlan nuestra calidad de atención.
- Debemos divulgar la PHI por orden judicial.
- Debemos proporcionarla a Medicare su PHI, incluida información sobre sus medicamentos de la Parte D de Medicare. Si Medicare revela su PHI para investigación u otros usos, se hará de acuerdo con las leyes federales.

C2. Su derecho a consultar su historial médico

- Usted tiene derecho a ver sus registros médicos, y a obtener una copia de sus registros.
- Tiene derecho a solicitarnos que actualicemos o corrijamos sus registros médicos. Si usted nos pide hacer esto, trabajaremos con su proveedor de atención médica para decidir si los cambios deben realizarse.
- Usted tiene derecho a saber cómo se comparte su PHI con otros para fines que no son de rutina.

Si tiene dudas o inquietudes sobre la privacidad de su PHI, llame a Servicios al miembro.

Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPAA) Aviso sobre prácticas de privacidad

Este aviso describe cómo puede usarse y divulgarse su información médica y cómo puede acceder a esta información. Revíselo detenidamente.

Fecha de entrada en vigencia: 31 de julio de 2025

Commonwealth Care Alliance, Inc., está obligado por ley (i) a proteger la privacidad de su **Información médica (que incluye la información de salud conductual)**; (ii) a brindarle este Aviso sobre prácticas de privacidad que explica nuestras responsabilidades legales y prácticas de privacidad con respecto a la Información médica; y (iii) a notificarle si su Información médica no cifrada se ve afectada por una infracción.

Nos reservamos el derecho a cambiar este Aviso y de hacer que los cambios entren en vigencia para toda la Información médica que administramos. Si hacemos un cambio sustancial en el Aviso, (i) publicaremos el Aviso actualizado en nuestro sitio web; (ii) publicaremos el Aviso actualizado en cada una de las ubicaciones de servicio de Nuestros Proveedores de Atención Médica; y (iii) pondremos a disposición copias del Aviso actualizado cuando se solicite.

También le enviaremos a los Miembros de Nuestro Plan de Salud información sobre el Aviso actualizado y cómo obtenerlo (o una copia del Aviso) en el próximo correo anual a los Miembros. Estamos obligados a cumplir con los términos del Aviso que está vigente actualmente.

Información de contacto: Si tiene preguntas sobre la información de este Aviso o desea ejercer sus derechos o presentar un reclamo, póngase en contacto con:

Commonwealth Care Alliance, Inc.
Attention: Privacy Officer
2 Avenue de Lafayette
Boston, MA 02110
Número gratuito: 866-457-4953 (TTY 711)

SECCIÓN 1: Compañías a las que se aplica este Aviso

Este Aviso se aplica a Commonwealth Care Alliance, Inc. y a sus filiales que están sujetas a la Norma de Privacidad de la HIPAA como “entidades cubiertas”. Algunas de estas filiales son **“Nuestros Planes de Salud”**, compañías que brindan o pagan beneficios de

Medicare, beneficios de Medicaid u otros beneficios de atención médica, como una aseguradora de salud o una HMO. Otras subsidiarias son Nuestros Proveedores de Atención Médica (“**Nuestros Proveedores**”) que les brindan tratamientos a pacientes, como clínicas de atención primaria.

En este Aviso se describe cómo todas estas entidades utilizan y divultan su Información médica y sus derechos con respecto a esa información. En la mayoría de los casos, Nuestros Planes de Salud utilizan y divultan su Información médica de la misma manera que Nuestros Proveedores y sus derechos a su Información médica son los mismos. Sin embargo, cuando existen diferencias, en este Aviso se explicarán esas diferencias describiendo cómo tratamos de manera diferente la Información médica sobre un **Miembro del Plan de Salud** y la Información médica sobre un **Paciente del Proveedor**.

Los Planes de salud y los Proveedores a los que se aplica este Aviso incluyen los siguientes:

Nuestros Planes de Salud

- Commonwealth Care Alliance One Care
- Commonwealth Care Alliance Senior Care Options

Nuestros Proveedores de Atención Médica

- Commonwealth Clinical Alliance, Inc.
- Boston's Community Medical Group, Inc. d/b/a CCA Primary Care
- instED®
- Marie's Place
- Community Intensive Care, Inc.

SECCIÓN 2: Información que recopilamos y protegemos:

Las personas son responsables de proporcionar Información médica correcta y completa a Commonwealth Care Alliance, Inc., y sus filiales (CCA) para ofrecer servicios de calidad. CCA se compromete a proteger la confidencialidad de la Información médica de las personas que se recopila o crea, en forma física, electrónica y oral, como parte de nuestras operaciones y prestación de servicios. Cuando interactúa con nosotros a través de nuestros servicios, es posible que recopilemos su Información médica y otra información, tal y como se describe a continuación.

La Información médica puede incluir información personal, pero toda se considera Información médica cuando la proporcione a través de los siguientes servicios, o en relación con ellos:

- Recopilamos su información, como las direcciones de correo electrónico, información personal, financiera o demográfica, cuando nos proporciona dicha información voluntariamente, como (entre otros) cuando se comunica con nosotros con consultas, completa formularios en línea, responde una de

nuestras encuestas, responde a un material publicitario o promocional, se registra para acceder a nuestros servicios, o utiliza ciertos servicios.

La Información protegida de salud (PHI) que recopilamos, utilizamos y podemos compartir puede estar en forma oral, escrita o electrónica e incluye lo siguiente:

- Su nombre, número de Social Security, dirección y fecha de nacimiento
- Sexo asignado al nacimiento
- Raza/origen étnico
- Idioma
- Historia clínica
- Información de inscripción con CCA u otro plan de salud
- Identidad de género
- Orientación sexual
- Pronombres preferidos

SECCIÓN 3: Cómo utilizamos y divulgamos su Información médica

En esta sección de nuestro Aviso, se explica cómo podemos utilizar y divulgar su Información médica para brindar atención médica, pagar por la atención médica, recibir el pago de dicha atención y operar nuestra empresa de manera eficiente. En esta sección, también se describen otras circunstancias en las que podemos utilizar o divulgar su Información médica.

Nuestro modelo de atención requiere que Nuestros Planes de Salud y Nuestros Proveedores de Atención Médica trabajen juntos con otros proveedores de atención médica para brindarle servicios médicos. Nuestro personal profesional, los médicos y otros proveedores de atención (conocidos como un “Equipo de atención”) tienen acceso a su Información médica y se la comparten entre ellos según sea necesario para realizar el tratamiento, el pago y las operaciones de atención médica, según lo permitido por la ley.

Tratamiento: Nuestros Proveedores pueden utilizar la Información médica del paciente y es posible que divulgues Información médica para proporcionar, coordinar o administrar su atención médica y los servicios relacionados. Esto puede incluir la comunicación con otros proveedores de atención médica en relación con su tratamiento y la coordinación y administración de su atención médica con otros.

Ejemplo: se le da el alta de un hospital. Nuestro profesional en enfermería puede divulgar su Información médica a una agencia de atención médica a domicilio para asegurarse de que obtenga los servicios que necesita después del alta del hospital.

Ejemplo: selecciona un Proveedor de atención primaria. Es posible que le proporcionemos a su Proveedor de atención primaria algo de información sobre usted, como su número de

teléfono, dirección y que prefiere hablar español para que el proveedor de atención primaria pueda comunicarse con usted para programar la atención o enviarle recordatorios.

Pago: es posible que utilicemos y divulgemos su Información médica para pagar los servicios de atención médica que recibió y para recibir el pago de otros por dichos servicios.

Ejemplo: para procesar y pagar las reclamaciones por los servicios de atención médica y el tratamiento que recibió.

Su médico puede enviarle a Nuestro Plan de Salud una reclamación por los servicios de atención médica que le brindaron. El Plan de salud puede usar esa información para pagar la reclamación de su médico y puede divulgarla la Información médica a Medicare o a MassHealth cuando el Plan de salud solicita el pago de los servicios.

Ejemplo: Para proporcionarle información a un médico o al hospital para confirmar sus beneficios.

Operaciones de atención médica: podemos utilizar y divulgar su Información médica para realizar una variedad de actividades comerciales que nos permiten administrar los beneficios a los que tiene derecho en virtud de Nuestro Plan de Salud y el tratamiento brindado por Nuestro Proveedor. Por ejemplo, podemos usar o divulgar su Información médica por las siguientes razones:

- Revisar y evaluar las habilidades, las calificaciones y el rendimiento de los proveedores de atención médica que lo tratan.
- Cooperar con otras organizaciones que evalúan la calidad de la atención de los demás.
- Determinar si tiene derecho a recibir beneficios en virtud de nuestra cobertura; sin embargo, la ley nos prohíbe utilizar su información genética con fines de evaluación de riesgos.

A continuación, se incluyen algunos ejemplos de maneras en que utilizamos la PHI:

- Para revisar la calidad de la atención y los servicios que recibe.
- Para ayudarle y brindarle información y servicios, educativos y de mejora de la salud, por ejemplo, para afecciones como la diabetes.
- Para informarle de los servicios y programas adicionales que pueden ser de su interés o ayudarle, por ejemplo, un beneficio para ayudarle a pagar las clases de acondicionamiento físico.
- Para recordarle que se realice evaluaciones regulares de salud, pruebas de detección o controles.
- Para desarrollar programas e iniciativas de mejora de la calidad, incluidos la creación, el uso o el intercambio de datos desidentificados según lo permitido por la HIPAA.

- Para investigar y enjuiciar casos, como el fraude, el desperdicio o el abuso.

Actividades Conjuntas. Commonwealth Care Alliance, Inc., y sus filiales tienen un acuerdo para trabajar en conjunto para mejorar la salud y reducir los costos. Podemos participar en acuerdos similares con otros proveedores de atención médica y planes de salud. Podemos intercambiar su Información médica con otros participantes de estos acuerdos para el tratamiento, el pago y las operaciones de atención médica relacionados con las actividades conjuntas de estos “acuerdos de atención médica organizados”.

Personas involucradas en su atención: podemos divulgar su Información médica a un pariente, amigo cercano o cualquier otra persona que usted identifique como involucrada en su atención médica. Por ejemplo, si nos pide que compartamos su Información médica con su cónyuge, le divulgaremos su Información médica a su cónyuge. También podemos divulgar su Información médica a estas personas si usted no está disponible para aceptar y determinamos que es lo más conveniente para usted. En caso de emergencia, podemos utilizar o divulgar su Información médica a un familiar, otra persona involucrada en su atención médica o una organización de socorro en desastres (como la Red Cross), si necesitamos notificar a alguien sobre su ubicación o afección.

Según lo estipula la ley: utilizaremos y divulgaremos su Información médica cada vez que la ley lo exija. Entre algunos de los ejemplos, se incluyen los siguientes:

- Divulgaremos Información médica en respuesta a una orden judicial o en respuesta a una citación.
- Utilizaremos o divulgaremos Información médica para ayudar con un producto retirado del mercado o informar reacciones adversas a los medicamentos.
- Divulgaremos Información médica a una agencia de supervisión de la salud, una agencia responsable de supervisar los planes de salud, los proveedores de atención médica, el sistema de atención médica en general o ciertos programas gubernamentales, como Medicare y MassHealth.
- Divulgaremos la Información médica de una persona a alguien que reúne los requisitos como su Representante personal. Una “Representante personal” tiene la autoridad legal para actuar en nombre de la persona, como el parent o tutor de un niño, una persona con un poder de representación para las decisiones de atención médica o un tutor designado por el tribunal para una persona con discapacidad.

Amenaza para la salud o la seguridad: podemos utilizar o divulgar su Información médica si consideramos que es necesario prevenir o disminuir una amenaza grave para la salud o la seguridad.

Actividades de salud pública: podemos utilizar o divulgar su Información médica para actividades de salud pública, como investigar enfermedades, informar sobre abuso y negligencia, doméstica, y monitorear medicamentos o dispositivos regulados por la Food and Drug Administration.

Cumplimiento de la ley: Podemos divulgar Información médica a un funcionario responsable del cumplimiento de la ley con fines específicos y limitados, como divulgaciones de Información médica sobre la víctima de un crimen o en respuesta a una citación del gran jurado. También podemos divulgar Información médica sobre un recluso de una institución correccional.

Médicos forenses y otros: podemos divulgar Información médica a un médico forense, un examinador médico o un director de funerarias o a organizaciones que ayudan con trasplantes de órganos, ojos y tejidos.

Compensación laboral: podemos divulgar Información médica según lo autorizan las leyes de compensación laboral, y en cumplimiento de ellas.

Organizaciones de investigación: Podemos utilizar o divulgar su Información médica para investigaciones que cumplan con ciertas condiciones sobre la protección de la privacidad de la Información médica.

Ciertas funciones gubernamentales: podemos utilizar o divulgar su Información médica para ciertas funciones gubernamentales, incluidas, entre otras, las actividades del ejército y de veteranos, y las actividades de seguridad nacional e inteligencia.

Socios comerciales: tenemos un contrato con proveedores para realizar funciones en nuestro nombre. A estos “**socios comerciales**”, les permitimos recopilar, utilizar o divulgar Información médica en nuestro nombre para realizar estas funciones. Obligamos contractualmente a nuestros socios comerciales (y ellos están obligados por ley) a proporcionar las mismas protecciones de privacidad que nosotros ofrecemos.

Comunicaciones para recaudación de fondos: podemos utilizar o divulgar Información médica para la recaudación de fondos. Si recibe una solicitud de recaudación de fondos de nosotros (o en nuestro nombre), puede optar por no participar en las actividades de recaudación de fondos futuras.

Restricciones adicionales respecto de la utilización y divulgación en virtud de las leyes estatales y otras leyes federales: Algunas leyes estatales u otras leyes federales pueden requerir protecciones especiales de privacidad que restringen aún más la utilización y divulgación de cierta información de salud sensible. Dichas leyes pueden proteger los siguientes tipos de información:

1. Información sobre el consumo de alcohol y sustancias: La Información médica recibida de un programa de tratamiento de drogas o trastornos por uso de sustancias asistido federalmente (“Programas de la Parte 2”), a través de un consentimiento general que usted otorgue, puede utilizarse para fines de tratamiento, pago y operaciones de atención médica, y volver a divulgarse de manera similar a su otra información. Esta información específica no será utilizada ni divulgada en procedimientos judiciales sin su autorización por escrito o una orden judicial.

2. Información biométrica
3. Información sobre abuso o negligencia de adultos
4. Información sobre violencia doméstica
5. Información genética
6. Información sobre el HIV/AIDS
7. Información sobre salud conductual
8. Información sobre salud reproductiva y aborto
9. Información sobre enfermedades de transmisión sexual

Cuando las leyes estatales u otras leyes federales le ofrecen una mayor protección de la privacidad, cumpliremos con los requisitos más estrictos, cuando se apliquen a nosotros.

SECCIÓN 4: Otros usos y divulgaciones requieren su autorización previa

Excepto como se describe anteriormente, no utilizaremos o divulgaremos su Información médica sin su permiso por escrito (“**autorización**”). Es posible que nos comuniquemos con usted para pedirle que firme un formulario de autorización para nuestros usos y divulgaciones, o puede comunicarse con nosotros para divulgarle su Información médica a otra persona y tendremos que pedirle que firme un formulario de autorización.

Si firma una autorización por escrito, puede revocarla (o cancelarla) en el futuro. Si desea revocar su autorización, debe hacerlo por escrito (envíenosla utilizando la **Información de contacto** al inicio de este Aviso). Si revoca su autorización, dejaremos de utilizar o divulgar su Información médica según la autorización, excepto en la medida en que hayamos actuado conforme a dicha autorización. Los siguientes son usos o divulgaciones de su Información médica para los cuales necesitamos su autorización por escrito:

- **Utilización o divulgación con fines de “marketing”:** Solo podemos utilizar o divulgar su Información médica con fines de “marketing” si tenemos su autorización por escrito. No obstante, podemos enviarle información sobre determinados productos y servicios relacionados con la salud sin su autorización por escrito, siempre y cuando nadie nos pague para enviar la información.
- **Venta de su Información médica:** Commonwealth Care Alliance, Inc., no venderá su Información médica. Para hacerlo, necesitaríamos su autorización por escrito.
- **Utilización y divulgación de notas de psicoterapia:** excepto en determinadas actividades de tratamiento, pago y operaciones de atención médica, o según lo exigido por la ley, solo podemos utilizar o divulgar sus notas de psicoterapia si tenemos su autorización por escrito.

No utilizaremos de manera indebida su raza, origen étnico, idioma, situación de

discapacidad, identidad de género u orientación sexual para lo siguiente:

- Determinar beneficios
- Pagar reclamaciones
- Determinar su costo o elegibilidad para los beneficios
- Discriminar a miembros o pacientes por cualquier motivo
- Determinar la disponibilidad o el acceso a servicios de atención médica o administrativos

SECCIÓN 5: Usted tiene derechos con respecto a su Información médica

Tiene ciertos derechos con respecto a su Información médica. Para ejercer cualquiera de estos derechos, puede ponerse en contacto con nosotros utilizando la **Información de contacto** al inicio de este Aviso.

Derecho a una copia de este Aviso: tiene derecho a recibir una copia impresa de nuestro Aviso sobre prácticas de privacidad en cualquier momento, incluso si aceptó recibir el Aviso de manera electrónica.

Derecho de acceso para inspección y copia: tiene derecho a inspeccionar (ver o revisar) y recibir una copia o resumen de su Información médica que administrámos en un “conjunto de registros designado”. Si mantenemos esta información de forma electrónica, puede obtener una copia electrónica de estos registros. También puede instruir a Nuestros Proveedores de Atención Médica para enviarle a un tercero una copia electrónica de la información sobre usted que administrámos en un Registro médico electrónico. Debe proporcionarnos una solicitud por escrito para este acceso. Es posible que le cobremos una tarifa razonable, basada en el costo para cubrir los costos de una copia de su Información médica. En virtud de la Norma de Privacidad de la HIPAA y en circunstancias muy limitadas, podemos denegar esta solicitud. Le brindaremos una denegación por escrito, a más tardar, en un plazo de 30 días calendario después de la solicitud (o no más de 60 días calendario si le comunicamos una extensión).

Derecho a solicitar que se modifique su Información médica: Si cree que la Información médica que tenemos es inexacta o está incompleta, tiene derecho a solicitar que la modifiquemos, corrijamos o completamos. Su solicitud debe hacerse por escrito e incluir una explicación de por qué nuestra información debe cambiarse. Si estamos de acuerdo, cambiaremos su información. Si no estamos de acuerdo, le brindaremos una explicación con futuras divulgaciones de la información.

Derecho a un registro de divulgaciones: tiene derecho a recibir una lista de ciertas divulgaciones que hacemos sobre su Información médica (“**registro de divulgaciones**”). La lista no incluirá divulgaciones para el tratamiento, el pago y las operaciones de atención médica, las divulgaciones hechas hace más de seis años, ni ciertas otras divulgaciones. Proporcionaremos un registro cada año de forma gratuita, pero es posible que le cobremos

un cargo razonable, basado en el costo, si solicita otro dentro de un plazo de 12 meses. Debe presentar la solicitud de un registro de divulgaciones por escrito.

Derecho a solicitar restricciones sobre usos y divulgaciones: tiene derecho a solicitar que limitemos cómo utilizamos y divulgamos su Información médica (i) para el tratamiento, el pago y las operaciones de atención médica o (ii) a personas involucradas en su atención médica. Excepto en los casos descritos a continuación, no tenemos la obligación de aceptar la restricción que solicita. Si aceptamos su solicitud, cumpliremos sus restricciones, a menos que la información sea necesaria para el tratamiento de emergencia.

Nuestros Proveedores de Atención Médica deben aceptar su solicitud de limitar las divulgaciones de Información médica si (i) las divulgaciones son para los pagos u operaciones de atención médica (y no son obligatorios por ley) y (ii) la información corresponde solo a los productos o servicios de atención médica que usted u otra persona en su nombre (que no sean Nuestros Planes de Salud) han pagado en su totalidad.

Derecho a solicitar un método alternativo de contacto: tiene derecho a solicitar por escrito que nos comunicamos con usted en un lugar diferente o mediante un método diferente. Por ejemplo, puede preferir que le envíen toda la información escrita por correo a la dirección de su trabajo en lugar de a la dirección de su hogar o que se la envíen por correo electrónico.

Nuestros Proveedores de Atención Médica aceptarán cualquier solicitud razonable de métodos alternativos de contacto.

SECCIÓN 6: Puede presentar un reclamo sobre nuestras prácticas de privacidad

Si cree que se han infringido sus derechos de privacidad, puede presentar un reclamo por escrito ante Commonwealth Care Alliance, Inc. o el U.S. Department of Health and Human Services.

Commonwealth Care Alliance, Inc., no tomará ninguna medida en contra de usted o cambiará la forma en que lo tratamos de ninguna manera si presenta un reclamo.

Para presentar un reclamo por escrito o solicitar más información de Commonwealth Care Alliance, Inc., comuníquese con nosotros utilizando la **Información de contacto** al inicio de este Aviso.

SECCIÓN 7: Requisitos específicos del estado

Massachusetts Immunization Information Systems: Nuestros Proveedores deben informarle sobre las vacunas que reciba al Massachusetts Immunization Information System (MIIS). El MIIS es un sistema estatal para mantener un registro de las vacunas y lo administra el Massachusetts Department of Public Health (MDPH). Si no quiere que se compartan sus registros del MIIS con otros proveedores de atención médica, deberá enviar un Formulario de objeción al intercambio de datos a:

Massachusetts Immunization Information System (MIIS) Immunization Program
Massachusetts Department of Public
Health 305 South Street
Jamaica Plain, MA 02130

SECCIÓN 8: Más información sobre cómo CCA implementa funciones de seguridad en la PHI

Commonwealth Care Alliance cumple con la Health Insurance Privacy and Accountability Act (HIPAA) en nuestro manejo de la información médica personal (PHI) de miembros y pacientes. Las siguientes iniciativas describen de manera general las acciones que CCA lleva a cabo para proteger esa información confidencial.

Protecciones administrativas:

- **Políticas y procedimientos.** CCA implementa políticas y procedimientos razonables para cumplir con las normas, las especificaciones de implementación u otros requisitos de la Norma de Seguridad de la HIPAA.
- **Proceso de administración de seguridad.** CCA implementa políticas y procedimientos para prevenir, detectar, contener y corregir infracciones de seguridad.
- **Responsabilidades de seguridad asignadas.** El director de Seguridad de la Información es responsable del desarrollo y la implementación de las políticas y procedimientos de seguridad.
- **Seguridad del personal.** El acceso a la PHI electrónica se limitará únicamente a aquellos miembros del personal que necesiten acceso a dichos registros para realizar sus responsabilidades laborales.
- **Concientización y capacitación en seguridad.** CCA implementa un programa de cumplimiento de privacidad y seguridad que incluye capacitación, educación y concientización para todos los miembros del personal (incluso nuestra junta directiva).
- **Procedimientos para incidentes de seguridad.** CCA implementa políticas y procedimientos para abordar los incidentes de privacidad y seguridad.
- **Plan de contingencia.** CCA establece políticas y procedimientos para responder a una emergencia u otra situación (por ejemplo, incendios, vandalismo, fallos del sistema y desastres naturales) que dañan los sistemas que contienen PHI electrónica. Estas políticas incluyen copias de seguridad y planes de respuesta empresarial.

Protecciones físicas:

- **Controles de acceso a centros.** CCA ha implementado políticas y

procedimientos para limitar el acceso físico a sus sistemas de información electrónica y al centro o centros en los que se encuentran, al tiempo que garantiza que se permita el acceso debidamente autorizado.

- **Seguridad en la estación de trabajo.** CCA implementa protecciones físicas para todas las estaciones de trabajo que acceden a PHI electrónica, para restringir el acceso a usuarios autorizados.
- **Controles de dispositivos y medios.** CCA implementa políticas y procedimientos que regulan la recepción y eliminación de hardware y medios electrónicos que contienen PHI electrónica dentro y fuera de un centro, y la circulación de estos productos dentro del centro.

Protecciones técnicas y electrónicas:

- **Control del acceso.** CCA implementa políticas y procedimientos técnicos para los sistemas de información electrónica que administran PHI electrónica para permitir el acceso solo a aquellas personas o programas de software a los que se haya otorgado derechos de acceso.
- **Controles de auditoría.** CCA implementa mecanismos de hardware, software o procedimientos que registran y examinan la actividad en los sistemas de información que contienen o utilizan PHI electrónica.
- **Integridad.** CCA implementa políticas y procedimientos para proteger la PHI electrónica de alteraciones o destrucción indebidas.
- **Autenticación de personas o entidades.** CCA implementa procedimientos para verificar que una persona o entidad que solicita acceso a la PHI electrónica sea realmente quien afirma ser.
- **Seguridad de transmisión.** CCA implementa medidas de seguridad técnicas para proteger la PHI electrónica contra accesos no autorizados durante su transmisión a través de una red de comunicaciones electrónicas.

D. Nuestra responsabilidad de brindarle información

Como miembro de nuestro plan, usted tiene derecho a obtener información sobre nuestro plan, nuestros proveedores de red y sus servicios cubiertos.

Si no habla inglés, contamos con servicios de interpretación para responder las preguntas que tenga sobre nuestro plan. Para obtener un intérprete, llame a Servicios al miembro. Este es un servicio gratuito para usted. Puede obtener este documento y otros materiales impresos en inglés, o hablar con alguien sobre esta información en otros idiomas, de forma gratuita. Llame al 866-610-2273 (TTY 711), de 8 am a 8 pm, los 7 días de la semana. También podemos brindarle información gratuita en letra grande, braille, audio, videoclips en lenguaje de señas estadounidense y otros formatos.

Si desea información sobre cualquiera de los siguientes temas, llame a Servicios al miembro:

- Cómo elegir o cambiar de plan
- Nuestro plan incluye:
 - información financiera
 - cómo nos han calificado los miembros del plan
 - la cantidad de apelaciones presentadas por los miembros
 - cómo abandonar nuestro plan
- Nuestros proveedores de la red y nuestras farmacias de la red, incluidos:
 - cómo elegir o cambiar de proveedor de atención primaria
 - calificaciones de nuestros proveedores y farmacias de la red
 - cómo pagamos a los proveedores de nuestra red
- Servicios y medicamentos cubiertos, incluidos:
 - servicios (consulte los **Capítulos 3 y 4** de su *Manual para miembros*) y medicamentos (consulte los **Capítulos 5 y 6** de su *Manual para miembros*) cubiertos por nuestro plan
 - límites a su cobertura y medicamentos
 - reglas que debe seguir para obtener servicios y medicamentos cubiertos
- Por qué algo no está cubierto y qué puede hacer al respecto (consulte el **Capítulo 9** de su *Manual para miembros*), incluso pedirnos que:
 - dejar por escrito por qué algo no está cubierto
 - cambiar una decisión que tomamos
 - pagar una factura que recibió

E. Incapacidad de los proveedores de red para facturarle directamente

Los médicos, hospitales y otros proveedores de nuestra red no pueden obligarlo a pagar por los servicios cubiertos. Tampoco pueden facturar el saldo ni cobrarle si pagamos menos que el monto que cobró el proveedor. Para saber qué hacer si un proveedor de la red intenta cobrarle por servicios cubiertos, consulte el **Capítulo 7** de su *Manual para miembros*.

F. Su derecho a abandonar nuestro plan

Nadie puede obligarlo a permanecer en nuestro plan si no lo desea.

- Usted tiene derecho a obtener la mayoría de sus servicios de atención médica a través de Original Medicare u otro Medicare Advantage (MA) plan.
- Puede obtener sus beneficios de medicamentos de la Parte D de Medicare de

un plan de medicamentos o de otro MA plan.

- Consulte el **Capítulo 10** de su *Manual para miembros*:
 - Para obtener más información sobre cuándo puede unirse a un nuevo MA plan o de beneficios de medicamentos.
 - Para obtener información sobre cómo recibirá sus beneficios de MassHealth (Medicaid) si abandona nuestro plan.

G. Su derecho a tomar decisiones sobre su atención médica

Tiene derecho a obtener toda la información completa de sus médicos y de otros proveedores de atención médica para ayudarlo a tomar decisiones sobre su atención médica.

G1. Su derecho a conocer sus opciones de tratamiento y tomar decisiones

Sus proveedores deben explicar su afección y sus opciones de tratamiento de manera que usted pueda comprender. Usted tiene derecho a lo siguiente:

- **Conocer sus opciones.** Tiene derecho a que se le informe sobre todas las opciones de tratamiento.
- **Conocer los riesgos.** Tiene derecho a que se le informe sobre los riesgos involucrados. Se le debe informar por adelantado si algún servicio o tratamiento es parte de un experimento de investigación. Tiene derecho a rechazar cualquier tratamiento experimental.
- **Obtener una segunda opinión.** Tiene derecho a consultar con otro médico antes de decidir sobre el tratamiento.
- **Decir no.** Tiene derecho a rechazar cualquier tratamiento. Esto incluye el derecho a retirarse de un hospital u otro centro médico, incluso si su médico le aconseja quedarse. Tiene derecho a dejar de tomar un medicamento recetado. Si rechaza el tratamiento o deja de tomar un medicamento recetado, no lo daremos de baja de nuestro plan. Sin embargo, si usted rechaza el tratamiento o deja de tomar un medicamento, usted acepta toda la responsabilidad por lo que le suceda.
- **Pídanos que le expliquemos por qué un proveedor negó la atención.** Tiene derecho a obtener una explicación de nuestra parte si un proveedor le negó la atención que usted cree que debería recibir.
- **Pídanos que cubramos un servicio o medicamento que negamos o que habitualmente no cubrimos.** Esto se llama decisión de cobertura. El **Capítulo 9** de su *Manual para miembros* le explica cómo solicitarnos una decisión de cobertura.

G2. Su derecho a decir lo que quiere que suceda si no puede tomar decisiones sobre su atención médica por sí mismo

A veces las personas no pueden tomar decisiones sobre su atención médica por sí mismas. Antes de que eso le pase, puede:

- Complete un formulario escrito **otorgando a alguien el derecho de tomar decisiones de atención médica por usted** si alguna vez deja de poder tomar decisiones por sí mismo.
- **Proporcione a sus médicos instrucciones escritas** sobre cómo manejar su atención médica si usted no puede tomar decisiones por sí mismo, incluida la atención que **no** desea.

El documento legal que utiliza para dar sus instrucciones se llama “directiva anticipada”. Existen diferentes tipos de instrucciones anticipadas y nombres diferentes para ellas. Algunos ejemplos son un testamento vital y un poder notarial para atención médica.

No es obligatorio tener una directiva anticipada, pero puede hacerlo. Esto es lo que debe hacer si desea utilizar una directiva anticipada:

- **Obtener el formulario.** Puede obtener el formulario de su médico, un abogado, un trabajador social o en algunas tiendas de artículos de oficina. Las farmacias y los consultorios de proveedores suelen tener los formularios. Puede encontrar un formulario gratuito en línea y descargarlo. Puede comunicarse con Servicios al miembro para solicitar un formulario proporcionado por Honoring Choices Massachusetts. También puede descargar una copia del formulario desde el sitio web de Honoring Choices Massachusetts (www.honoringchoicesmass.com).
- **Llene el formulario y fírmelo.** El formulario es un documento legal. Considere pedirle a un abogado u otra persona de confianza, como un familiar o su médico de cabecera, que lo ayude a completarlo.
- **Entregue copias del formulario a las personas que necesitan saberlo.** Entregue una copia del formulario a su médico. También debe entregar una copia a la persona que usted nombre para que tome decisiones por usted si no puede hacerlo. Quizás desee darles copias a algunos amigos cercanos o miembros de la familia. Guarde una copia en casa.

Si está hospitalizado y tiene una directiva anticipada firmada, **llevé una copia de esta al hospital.**

- El hospital le preguntará si tiene un formulario de directiva anticipada firmado y si lo tiene consigo.
- Si no tiene un formulario de directiva anticipada firmado, el

hospital tiene formularios y le preguntará si desea firmar uno.

Usted tiene derecho a lo siguiente:

- Haga que su directiva anticipada se incluya en su historial médico.
- Cambie o cancele su directiva anticipada en cualquier momento.

Por ley, nadie puede negarle atención médica ni discriminarlo por el hecho de haber firmado o no una directiva anticipada. Para obtener más información, llame a Servicios al miembro.

G3. Qué hacer si no se siguen las instrucciones

Si firmó una directiva anticipada y cree que un médico u hospital no siguió las instrucciones que contiene, puede presentar una queja ante la Massachusetts Department of Public Health, Division of Healthcare Quality's Complaint Unit, llamando al 1-800-462-5540. Para presentar un reclamo contra un proveedor de atención médica individual, llame a la Board of Registration in Medicine al 781-876-8200.

H. Su derecho a presentar quejas y solicitarnos que reconsideremos nuestras decisiones

El **Capítulo 9** de su *Manual para miembros* le informa lo que puede hacer si tiene algún problema o inquietud acerca de sus servicios o atención cubiertos. Por ejemplo, puede solicitar que tomemos una decisión de cobertura, presentar una apelación para cambiar una decisión de cobertura o presentar una queja.

Usted tiene derecho a obtener información sobre apelaciones y quejas que otros miembros del plan hayan presentado contra nosotros. Llame a Servicios al miembro para obtener esta información.

H1. Qué hacer ante un trato injusto o para obtener más información sobre sus derechos

Si cree que lo tratamos injustamente, y **no se** trata de discriminación por los motivos enumerados en el **Capítulo 11** de su *Manual para miembros*, o si desea más información sobre sus derechos, puede llamar a:

- Servicios al miembro
- El programa SHINE (Atendiendo las necesidades de seguro de salud de todos) al 1-800-243-4636. Para obtener más detalles sobre SHINE (Atendiendo las necesidades de seguro de salud de todos), consulte la **Sección C del Capítulo 2** de su *Manual para miembros*.

My Ombudsman al 1-855-781-9898 (llamada gratuita), de lunes a viernes, de 9 am a 4 pm.

- Use el número 7-1-1 para llamar al 1-855-781-9898. Este número es para personas sordas, con problemas auditivos o con

discapacidad del habla.

- Comuníquese por videollamada (VP) al 339-224-6831. Este número es para personas sordas o con problemas auditivos.
- Envíe un correo electrónico a My Ombudsman a info@myombudsman.org.

My Ombudsman es un programa independiente que puede ayudarle a abordar inquietudes o conflictos con su inscripción en Senior Care Options o su acceso a los beneficios y servicios de Senior Care Options.

Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. (También puede leer o descargar “Medicare Rights & Protections”, que se encuentra en el sitio web de Medicare en www.medicare.gov/publications/11534-medicare-rights-and-protections.pdf).

MassHealth (Medicaid) al 1-800-841-2900, de lunes a viernes, de 8 am a 5 pm. (Los usuarios de TTY deben llamar al 711).

I. Sus responsabilidades como miembro del plan

Como miembro del plan, usted tiene la responsabilidad de hacer las cosas que se enumeran a continuación. Si tiene alguna pregunta, llame a Servicios al miembro.

- **Lea su *Manual para miembros*** para conocer qué cubre nuestro plan y las reglas a seguir para obtener servicios y medicamentos cubiertos. Para obtener detalles sobre su:
 - Servicios cubiertos, consulte los **Capítulos 3 y 4** de su *Manual para miembros*. Esos capítulos le dicen qué está cubierto, qué no está cubierto, qué reglas debes seguir y cuánto debes pagar.
 - Medicamentos cubiertos, consulte los **Capítulos 5 y 6** de su *Manual para miembros*.
- **Cuéntenos sobre cualquier otra cobertura de salud o medicamentos** que tenga. Debemos asegurarnos de que utilice todas sus opciones de cobertura cuando reciba atención médica. Llame a Servicios al miembro si tiene otra cobertura.
- **Informe a su médico y a otros proveedores de atención médica** que usted es miembro de nuestro plan. Muestre su tarjeta de identificación de miembro cuando obtenga servicios o medicamentos.
- **Ayude a sus médicos** y otros proveedores de atención médica a brindarle la mejor atención.
 - Bríndele la información que necesitan sobre usted y su salud. Aprenda todo lo que pueda sobre sus problemas de salud. Siga

los planes de tratamiento y las instrucciones que usted y sus proveedores acuerden.

- Asegúrese de que sus médicos y otros proveedores sepan sobre todos los medicamentos que toma. Esto incluye medicamentos recetados, medicamentos de venta libre, vitaminas y suplementos.
- Pregunte cualquier duda que tenga. Sus médicos y otros proveedores deben explicarle las cosas de una manera que usted pueda entender. Si haces una pregunta y no entiendes la respuesta, vuelve a preguntar.
- **Sea considerado.** Esperamos que todos los miembros del plan respeten los derechos de los demás. También esperamos que actúe con respeto en el consultorio de su médico, en los hospitales y en los consultorios de otros proveedores.
- **Pague lo que debe.** Como miembro del plan, usted es responsable de estos pagos:
 - Primas de la Parte A de Medicare y la Parte B de Medicare. Para la mayoría de los miembros de CCA Senior Care Options (HMO D-SNP), Medicaid paga su prima de la Parte A de Medicare y su prima de la Parte B de Medicare.
 - **Si recibe algún servicio o medicamento que no está cubierto por nuestro plan, deberá pagar el costo total.** (Nota: Si no está de acuerdo con nuestra decisión de no cubrir un servicio o medicamento, puede presentar una apelación. Consulte el **Capítulo 9, Sección G** de su *Manual para miembros* para saber cómo presentar una apelación).
- **Avísanos si se muda.** Si tiene pensado mudarse, avísanos de inmediato. Llamar a Servicios al miembro.
 - **Si se muda fuera de nuestra área de servicio, no podrá permanecer en nuestro plan.** Sólo las personas que viven en nuestra área de servicio pueden ser miembros de este plan. **El Capítulo 1** de su *Manual para miembros* informa sobre nuestra área de servicio.
 - Podemos ayudarle a descubrir si se mudará fuera de nuestra área de servicio. Durante un período de inscripción especial, puede cambiarse a Original Medicare o inscribirse en un plan de salud o de medicamentos de Medicare en su nueva ubicación. Podemos informarle si tenemos un plan en su nueva área.
 - Informe a Medicare y MassHealth (Medicaid) su nueva dirección cuando se mude. Consulte el **Capítulo 2** de su *Manual para*

miembros para obtener los números de teléfono de Medicare y MassHealth (Medicaid).

- **Si se muda y permanece dentro de nuestra área de servicio, aún necesitamos saberlo.** Necesitamos mantener su registro de membresía actualizado y saber cómo comunicarnos con usted.
- **Si se muda, informe al Social Security (o a la Railroad Retirement Board).**
- Si tiene preguntas o inquietudes, llame a Servicios al miembro para obtener ayuda.

J. Recuperación de patrimonio

La ley federal exige que MassHealth (Medicaid) recupere dinero de los patrimonios de determinados miembros de MassHealth (Medicaid) que sean mayores de 55 años y miembros de cualquier edad que estén recibiendo atención a largo plazo en un hogar de convalecencia u otra institución médica. Para obtener más información sobre la recuperación del patrimonio de MassHealth (Medicaid), visite www.mass.gov/estaterecovery.

CCA Senior Care Options (HMO D-SNP) es un plan de atención coordinada con un contrato de Medicare y un contrato con el programa Commonwealth of Massachusetts Medicaid. La inscripción en el plan depende de la renovación del contrato del plan con Medicare.

ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 866-610-2273 (TTY 711).

Puede obtener este documento de forma gratuita en otros formatos, como letra grande, braille o audio. Llame al 866-610-2273 (TTY 711), de 8 am a 8 pm. La llamada es gratuita.

Aviso de no discriminación

Commonwealth Care Alliance, Inc. cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina, excluye a las personas ni las trata de manera diferente por cuestiones relacionadas con afecciones médicas, estado de salud, recepción de servicios de salud, experiencia con reclamaciones, historia clínica, discapacidad (incluido el deterioro conductual), estado civil, edad, sexo (incluidos los estereotipos sexuales y la identidad de género), orientación sexual, nacionalidad, raza, color, religión, credo, asistencia pública o lugar de residencia. Commonwealth Care Alliance, Inc.:

- Proporciona recursos y servicios gratuitos a personas con discapacidades para que puedan comunicarse de forma eficaz con nosotros, como los siguientes:
 - Intérpretes de lengua de señas calificados
 - Información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos)
- Proporciona servicios lingüísticos gratuitos a personas cuyo idioma principal no es el inglés, como los siguientes:
 - Intérpretes calificados
 - Información escrita en otros idiomas

Si necesita estos servicios, comuníquese con Member Services.

Si considera que Commonwealth Care Alliance, Inc. no ha proporcionado estos servicios o lo ha discriminado de otra manera por cuestiones relacionadas con afecciones médicas, estado de salud, recepción de servicios de salud, experiencia con reclamaciones, historia clínica, discapacidad (incluido el deterioro conductual), estado civil, edad, sexo (incluidos los estereotipos sexuales y la identidad de género), orientación sexual, nacionalidad, raza, color, religión, credo, asistencia pública o lugar de residencia, puede presentar un reclamo ante la siguiente entidad:

Commonwealth Care Alliance, Inc.
Civil Rights Coordinator
30 Winter Street, 11th Floor
Boston, MA 02108
Teléfono: 617-960-0474, ext. 3932 (TTY 711) Fax: 857-453-4517
Correo electrónico: civilrightscoordinator@commonwealthcare.org

Puede presentar un reclamo en persona o por correo, fax o correo electrónico. Si necesita ayuda para presentar un reclamo, el coordinador de derechos civiles está disponible para ayudarlo.

También puede presentar una queja sobre derechos civiles ante el U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights, electrónicamente a través del Office for Civil Rights Complaint Portal, disponible en ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf, o por correo o teléfono a:

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

Los formularios de queja están disponibles en www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html.

Notice of Availability Interpreter Services

English: If you speak English, free language assistance services are available. Auxiliary aids and services to provide information in accessible formats are also available free of charge. Call 1-866-610-2273 (TTY: 711).

Spanish: Si habla español, tiene a su disposición servicios de asistencia lingüística gratuitos. También están disponibles sin costo recursos auxiliares y servicios para proporcionar información en formatos accesibles. Llame al 1-866-610-2273 (TTY: 711).

Chinese Mandarin: 如果您讲普通话，我们可以提供免费的语言协助服务。此外，还免费提供以无障碍格式提供信息的辅助工具和服务。请致电 1-866-610-2273 (TTY: 711)。

Chinese Cantonese: 如果您講粵語，我們可以提供免費的語言協助服務。此外，還免費提供以無障礙格式提供資訊的輔助工具和服務。請致電 1-866-610-2273 (TTY: 711)。

Tagalog: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, magagamit ang mga libreng serbisyo sa tulong sa wika. Ang mga pantulong na tulong at serbisyo para magbigay ng impormasyon sa mga naa-access na format ay makukuha rin nang walang bayad. Tumawag sa 1-866-610-2273 (TTY: 711).

French: Si vous parlez français, des services d'assistance linguistique gratuits sont disponibles. Des aides et services auxiliaires permettant de fournir des informations dans des formats accessibles sont également disponibles gratuitement. Appelez le 1-866-610-2273 (TTY : 711).

Vietnamese: Nếu quý vị nói tiếng Việt, chúng tôi cung cấp dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí. Các dịch vụ và phương tiện phụ trợ cung cấp thông tin ở định dạng dễ tiếp cận cũng được miễn phí. Gọi 1-866-610-2273 (TTY: 711).

German: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlose Sprachunterstützungsdienste zur Verfügung. Hilfsmittel und Dienstleistungen zur Bereitstellung von Informationen in barrierefreien Formaten sind ebenfalls kostenlos verfügbar. Rufen Sie die Nummer +1-866-610-2273 (TTY: 711) an.

Korean: 한국어를 구사하는 경우, 무료 언어 지원 서비스를 이용할 수 있습니다. 접근 가능한 형식으로 정보를 제공하는 보조 도구와 서비스도 무료로 제공됩니다. 1-866-610-2273 (TTY: 711) 으로 전화하세요.

Russian: Если вы говорите на русском языке, вам могут предоставить бесплатные услуги переводчика. Также бесплатно предоставляются вспомогательные средства и услуги, позволяющие получать информацию в доступных форматах. Звоните по номеру 1-866-610-2273 (TTY: 711).

Arabic: إذا كنت تتحدث اللغة العربية، توفر خدمات المساعدة اللغوية المجانية. وتتوفر أيضاً مساعدات وخدمات إضافية لتقديم المعلومات بتنسيقات يسهل الوصول إليها مجاناً. اتصل على الرقم 1-866-610-2273 (TTY: 711).

Hindi: यदि आप हिन्दी बोलते हैं, तो निःशुल्क भाषा सहायता सेवाएँ उपलब्ध हैं। सुलभ प्रारूप में सूचना उपलब्ध कराने के लिए सहायक साधन और सेवाएं भी निःशुल्क उपलब्ध हैं। 1-866-610-2273 (TTY: 711) पर कॉल करें।

Italian: Se parla italiano, può usufruire di servizi di assistenza linguistica gratuiti. Sono disponibili gratuitamente anche dei servizi e supporti ausiliari che forniscono informazioni in formati accessibili. Chiama il numero 1-866-610-2273 (TTY: 711).

Portuguese: se você fala português, serviços de assistência linguística gratuitos estão disponíveis. Recursos e serviços auxiliares para fornecer informações em formatos acessíveis também estão disponíveis gratuitamente. Ligue para 1-866-610-2273 (TTY: 711).

Cape Verdean Creole: Si bu ta papia Kriolu di Kabu Verdi, sirvisus di apoiu lingustikui ta sta disponível. També ta sta disponível apoiu y sirvisus ausiliaris pa da informason na formatus asesível. Txoma pa 1-866-610-2273 (TTY: 711).

Haitian Creole: Si ou pale kreyòl Ayisyen, gen sèvis asistans lang gratis ki disponib. Gen èd ak sèvis oksilyè pou bay enfòmasyon nan fòma aksesib ki disponib gratis tou. Rele 1-866-610-2273 (TTY: 711).

Polish: Jeśli mówisz po polsku, możesz skorzystać z bezpłatnych usług pomocy językowej. Dodatkowe pomoce i usługi zapewniające informacje w dostępnych formatach są również dostępne bezpłatnie. Zadzwoń pod numer 1-866-610-2273 (TTY: 711).

Japanese: 日本語を話せる方は、無料の言語支援サービスをご利用いただけます。受け入れ可能な方法で情報を入手するための補助手段やサービスも無料でご利用いただけます。

1-866-610-2273 (TTY: 711) にお電話ください。

Gujarati: જો તમે ગુજરાતી બોલનાર છો, તો મફત ભાષા સહાય સેવા ઉપલબ્ધ છે. માહિતીને સુલભ ફોર્મેટમાં પ્રદાન કરવા માટે સહાયક સહાય અને સેવા પણ મફતમાં ઉપલબ્ધ છે. 1-866-610-2273 (TTY: 711) પર કોલ કરો.

Lao/Laotian: ທ້າທ່ານເວົ້າພາສາວາວ, ມີບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາຝຣີ. ການຊ່ວຍເຫຼືອ ແລະ ການບໍລິການເຜື່ອສະໜອງຂໍ້ມູນໃນຮູບແບບທີ່ສາມາດເຂົ້າເຖິງໄດ້ມ່ວນຍັງສາມາດໃຈໄດ້ໄດ້ລົບໆເສຍຄ່າ. ໂທ 1-866-610-2273 (TTY: 711).

Greek: Εάν μιλάτε ελληνικά, διατίθενται δωρεάν υπηρεσίες γλωσσικής βοήθειας. Διατίθενται επίσης δωρεάν βιοηθητικά μέσα και υπηρεσίες για την παροχή πληροφοριών σε προσβάσιμη μορφή. Καλέστε στο 1-866-610-2273 (TTY: 711).

Khmer: ប្រសិនបើអ្នកនិយាយភាសាខ្មែរ នោះនឹងមាន
ការផ្តល់ផ្តល់សេវាដំឡើយផ្លូវការភាសាដោយតាតគិតកំពង់។ ដំឡើយ នឹងសេវាត្រួតត្រូវការផ្តល់ព័ត៌មានជា
ទម្រង់ដែលអាចចូលប្រើបានកំនឹងមានផ្តល់ផ្តល់សេវាដោយតាតគិតកំពង់ដែរ។ ទូរសព្ទទៅ 1-866-
610-2273 (TTY: 711)។