

Notificación de Privacidad

Servicios para Miembros de WHA: 2349 Gateway Oaks Drive, Suite 100, Sacramento, CA 95833
916.563.2250 o gratis al 888.563.2250 o TTY al 888.877.5378



Notificación de prácticas de privacidad para el uso y divulgación de Información Médica Protegida (PHI)

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO LA INFORMACIÓN MÉDICA SOBRE USTED PUEDE UTILIZARSE Y DIVULGARSE Y CÓMO USTED PUEDE OBTENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. SÍRVASE REVISAR CON ATENCIÓN.

Por ley, Western Health Advantage (WHA) tiene la obligación de mantener la privacidad de su información médica y de proporcionarle este Aviso sobre nuestros deberes legales y prácticas de privacidad. Debemos seguir las prácticas descritas en este Aviso mientras esté en efecto. Este Aviso entró en vigor el 12 de agosto de 2016, y permanecerá en vigor hasta que la reemplacemos o modifiquemos.

Protegiendo su privacidad

En WHA entendemos la importancia de mantener la confidencialidad de su información médica y nos comprometemos a utilizar esa información médica de la manera dispuesta por la ley federal y estatal. WHA protege su información de salud electrónica, escrita y oral en toda nuestra organización. Esta Notificación explica de qué manera utilizamos su información médica y describe cómo podemos dar a conocer su información médica a otras personas. Esta Notificación también explica sus derechos sobre su información médica y de qué manera puede hacer valer esos derechos.

En caso que su información de salud se divulgue de una manera no especificada en esta Notificación, WHA informará a todas las personas afectadas según lo requerido por las leyes.

Información Médica Protegida (PHI)

Para los fines de esta Notificación, "información médica" o "información" se refiere a Información Médica Protegida. Información Médica Protegida se define como información que identifica quién es usted y se relaciona a su condición física o salud mental, pasada, presente y futura, la prestación de atención médica o pagos por la atención. La información que nosotros utilizamos y compartimos incluye, entre otras:

- su nombre, dirección y otra información demográfica;
- información personal sobre sus circunstancias; y
- su condición médica física o mental pasada, presente o futura, la prestación de atención de salud a usted y el pago pasado, presente y futuro por la prestación de atención de salud; y su historial médico mental y físico.

CÓMO USAMOS O DIVULGAMOS SU PHI

Debemos divulgar su PHI:

- A usted o a una persona que tiene el derecho legal de

actuar en su nombre (su representante personal) para poder administrar sus derechos como se describe en esta Notificación; y

- Al Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos, si es necesario, para asegurarnos de que su privacidad esté protegida.

WHA utiliza y divulga su información médica para fines de tratamiento, pago, operaciones de atención médica y otros usos permitidos o exigidos por la ley federal, estatal o local. En los casos en que su información médica no se utiliza para esos fines, WHA tendría que obtener su autorización por escrito antes de poder darla a conocer.

Tratamiento

WHA puede utilizar o dar a conocer su información médica a proveedores de servicios médicos (médicos, hospitales, farmacias y otros que atienden la salud) que la soliciten en relación con su tratamiento sin su autorización escrita.

Por ejemplo:

- Es posible que compartamos información con médicos, enfermeras, otros profesionales e instalaciones que prestan servicios relacionados con la salud y su grupo médico u hospital cuando sea necesario para que usted reciba una atención y tratamiento adecuados; para la coordinación o administración de la atención de salud y servicios relacionados por parte de uno o más proveedores de atención de salud, incluyendo la coordinación o administración de servicios de salud por parte de un proveedor de estos con un tercero; consultas entre proveedores de atención de salud en relación a un paciente; o derivaciones de un paciente para atención de salud por parte de un proveedor de atención de salud a otro.

Pagos

WHA puede utilizar y dar a conocer su información médica para fines de pago de los servicios de atención médica que usted recibe, sin su autorización por escrito. Esto podría incluir actividades de pago de reclamos, elegibilidades, gestiones de la utilización y gestiones de la atención médica.

Por ejemplo:

- Podemos dar a conocer su información de elegibilidad a su grupo médico para que les paguen de manera precisa y oportuna, o a una entidad ajena para asegurar que se le pague a su médico u hospital de manera precisa y oportuna.
- Podemos proporcionar información al suscriptor de una política familiar u otra persona con el propósito de manejar o entender las facturas médicas, gestionar los reclamos, conciliar sus deducibles o los pagos máximos a pagar de su bolsillo, y similares.

- Podemos dar a conocer información sobre usted a un hospital u otro proveedor de atención de salud para asegurar que los reclamos se facturen correctamente.

Operaciones de atención médica

Las operaciones de atención médica son actividades relacionadas con las funciones comerciales normales de WHA. WHA puede usar y divulgar su PHI para administrar nuestro plan médico y para apoyar diversas actividades comerciales sin su autorización por escrito. Por ejemplo, podemos divulgar información a terceros para cualquiera de los fines siguientes:

- Actividades de gestión y mejoramiento de la calidad a fin de evaluar y mejorar la calidad de los servicios de atención médica que usted recibe;
- Planificación y administración general;
- Investigación y estudios, como por ejemplo encuestas de satisfacción de los miembros;
- Actividades de cumplimiento y normativas;
- Actividades de gestión de riesgos;
- Estudios y programas sobre la población y el control de enfermedades; y
- Actividades relacionadas con quejas y apelaciones.

Además, en circunstancias limitadas y de acuerdo con la ley, WHA puede utilizar y divulgar su Información Médica Personal (PHI, por sus siglas en inglés) para apoyar las operaciones de los proveedores de atención médica o ciertas otras entidades contratadas por WHA, si usted tiene o ha tenido una relación con ese proveedor o entidad.

Otros usos y divulgaciones permitidos

WHA puede usar o divulgar su información médica sin su autorización escrita, para los siguientes fines en circunstancias limitadas:

- A organismos estatales y federales que tienen el derecho legal de recibir datos, como con el fin de asegurarse que WHA esté haciendo los pagos correctos y para ayudar a los programas federales/estatales de Medicaid;
- Según cualquier otra disposición de la ley federal, estatal o local;
- Para actividades de salud pública, como registro de nacimientos, fallecimientos y enfermedades o para socorro en desastres. Podemos dar a conocer información relacionada con la muerte de una persona a forenses, médicos forenses y directores de funerarias;
- Para actividades de supervisión gubernamental de la atención médica, como investigaciones sobre fraudes y abusos y otras actividades de supervisión de la salud que sean adecuadas legalmente;
- Para procesos judiciales, de arbitraje y administrativos, como en respuesta a una orden judicial, un citatorio o una orden de cateo. Para fines del orden público, como por ejemplo proporcionar información limitada para localizar a una persona extraviada;
- A un investigador del tribunal a cargo de cuestiones para determinar la necesidad de tutela o tutoría;

- Para estudios investigativos que satisfacen todos los requisitos de las leyes de privacidad, como por ejemplo un estudio relacionado con la prevención de una enfermedad o discapacidad;
- Para evitar una amenaza grave e inminente a la salud o a la seguridad;
- Para comunicarnos con usted sobre beneficios nuevos o modificados;
- Para crear una colección de información que ya no pueda ser vinculada con usted;
- Para los fines de casos que tengan que ver con maltrato o negligencia de niños (incluyendo adultos dependientes) o ancianos;
- Para funciones gubernamentales especializadas, como por ejemplo facilitar información para seguridad nacional y actividades militares;
- Para reclamaciones de Compensación al Trabajador o a autoridades, según lo requerido por las leyes estatales de compensación al trabajador;
- Al Patrocinador de un Plan de Seguro Médico Colectivo o un plan de beneficios de asistencia para los empleados ("Patrocinador del Plan") para los propósitos limitados y permitidos por la ley, tales como para obtener licitaciones de primas, confirmar la inscripción de un empleado o dependiente, y otras funciones administrativas del plan;
- A oficiales de la policía si usted es un preso o está detenido. Se les permitirá el acceso si fuera necesario para prestarle a usted servicios médicos o para la protección y seguridad de otras personas;
- A amigos o familiares que están ayudándole con su atención médica, con la confirmación de dicha condición; y
- Para enviarle correspondencia sobre nuestras actividades para recaudar fondos. Usted tiene el derecho de rechazar dicha correspondencia.

WHA no utilizará ni divulgará su PHI para fines ajenos a los que se describen en esta Notificación, a menos que usted lo autorice por escrito.

Divulgación de su PHI a terceros

Como parte de las operaciones normales, WHA divulga su información a Prestadores de Servicios del Plan (es decir, grupos médicos, hospitales, compañías que administran beneficios farmacéuticos, prestadores de servicios sociales, etc.) o socios comerciales que realizan funciones en nuestro nombre. En todos los casos donde su PHI se comparta con Prestadores de Servicios del Plan, Patrocinadores del Plan y socios comerciales, tenemos un contrato por escrito que contiene vocabulario diseñado para proteger la privacidad de su información médica. Todas estas entidades tienen la obligación de mantener su información de salud confidencial, así como de proteger la privacidad de su información de acuerdo con las leyes estatales y federales.

USOS Y DIVULGACIONES QUE REQUIEREN SU AUTORIZACIÓN ESCRITA

En todas las situaciones que no sean las descritas anteriormente,

Le pediremos su autorización escrita antes de usar o divulgar información personal sobre usted. Por ejemplo, solicitaremos su autorización:

- para propósitos de marketing no relacionados a su plan o planes de beneficios;
- antes de divulgar cualquier apunte de psicoterapia;
- antes de vender su información médica; y para otros motivos según los requiera la ley.

Si nos ha otorgado su autorización, puede revocarla en cualquier momento, si aún no hemos tomado ninguna acción. Usted puede revocar esta autorización como se explica en la sección titulada "Sus derechos Con Respecto a Su PHI."

Restricciones adicionales para usos y divulgaciones

Tenemos prohibido usar o divulgar su información genética para propósitos de emisión de seguros.

SUS DERECHOS CON RESPECTO A SU PHI

Usted puede darnos autorización por escrito para usar su y PHI o para darla a conocer a cualquier persona para cualquier fin. Si usted nos da una autorización, la puede revocar por escrito en cualquier momento. Sin embargo, su revocación no afectará ningún uso o divulgación permitido por su autorización mientras estaba en efecto.

A continuación se explican sus derechos con respecto a su información médica. Si le gustaría ejercer cualquiera de los siguientes derechos, favor de consultar la sección a continuación titulada "Preguntas".

Derecho a solicitar restricciones

Usted tiene el derecho de pedirnos que restrinjamos la manera en que utilizamos y damos a conocer su información para fines de tratamiento, pago u operaciones de atención médica, y para otros fines además del tratamiento, el pago o las operaciones de atención médica, como se describe en la Notificación. Usted también tiene el derecho de pedirnos que limitemos la información que se nos ha pedido divulgar a los miembros de la familia o a terceros que intervengan en su atención médica. Si aceptamos su solicitud para limitar su información de salud, no podremos usar ni divulgar su PHI para dicho propósito, excepto cuando sea necesario para brindar tratamiento en una emergencia. Sin embargo, no tenemos obligación de observar esas restricciones. Si le negamos su pedido, le avisaremos por escrito de la razón o razones específicas de la denegación. Además no tenemos que honrar su restricción si la ley nos exige que demos a conocer la información o cuando la información se requiera para su tratamiento.

Usted también tiene el derecho de terminar una solicitud de restricción que hayamos otorgado. Para hacerlo, nos puede llamar o enviar una carta. También tenemos el derecho de terminar la restricción si usted está de acuerdo con ello o si le informamos por escrito de que la estamos terminando. De hacerlo, sólo se aplicará a la información médica que nosotros creemos o recibamos después de haberlo informado.

Tiene que pedir la restricción por escrito y nos tiene que

proporcionar información específica necesaria para cumplir su pedido. Eso incluiría la información que usted desea restringir y a quien desea que se apliquen los límites.

Derecho a inspección y copia

Usted y su representante privado tienen el derecho de consultar y obtener copias de su PHI que puede utilizarse para tomar decisiones sobre usted. Esto incluye expedientes médicos y registros de facturación. No incluye lo siguiente: apuntes sobre psicoterapia, información que se utilizará en una demanda judicial o en un proceso administrativo y cierto tipo de información sujeta a la ley sobre mejoras de laboratorios. Su petición tiene que ser por escrito y debe proporcionarnos información específica necesaria para cumplir su petición. Si llama a Servicios para Miembros al 888.563.2250, o por TTY para las personas con discapacidad auditiva al 888.877.5378, le enviaremos un formulario para presentar su solicitud. O, si lo prefiere, puede enviarnos su petición por escrito a nuestro Departamento de Servicios para Miembros a la dirección indicada en la sección "Quejas" de esta Notificación. Si usted pide copias, podemos cobrarle un cargo razonable para cubrir el costo de producir y enviar las copias. Usted tiene que pagar esa cuota antes de que le demos las copias. Usted también puede pedir que le proporcionemos información resumida acerca de su PHI en lugar de toda la información. Si es así, usted deberá pagar el costo de preparar esa información resumida antes de que se la demos.

En ciertas situaciones, podemos denegar su pedido de inspeccionar y obtener una copia de su PHI. Si le negamos su pedido, le avisaremos por escrito de la razón o razones específicas de la denegación. Nuestra carta a usted incluirá información acerca de cómo puede solicitar una reconsideración de su denegación si usted tiene derecho a dicha reconsideración. Nuestra carta también explicará cualquier otro derecho que pudiera tener para presentar una queja. Esos son los mismos derechos que se describen en esta Notificación.

Derecho de solicitar una enmienda

Usted tiene el derecho de solicitar que corrijamos su PHI. Su petición tiene que ser por escrito y debe explicar por qué la información requiere corrección. Debe enviar su petición a nuestro Departamento de Servicios para Miembros a la dirección indicada en la sección "Quejas" de esta Notificación.

Le negaremos su petición si no la presenta por escrito o si no incluye los motivos de su petición. También debemos negar su petición si nos pide corregir información que (1) es exacta y completa; (2) no forma parte de nuestros expedientes; (3) no se puede divulgar; o (4) no fue creada por WHA.

Si negamos su petición, le proporcionaremos una explicación por escrito. En esa carta se le explicará cómo puede presentar una queja ante nosotros o ante la Secretaría del Departamento de Salud y Servicios Humanos. También le informará sobre el derecho que tiene de presentar una declaración en desacuerdo con nuestra negación, así como sobre otros derechos que pueda tener.

Si aceptamos su solicitud de modificar la información, haremos

los cambios que solicita en su enmienda. Pero primero nos comunicaremos con usted para identificar a las personas a quienes quiere notificar y obtener su aprobación para hacerlo. Haremos lo posible dentro de lo razonable para informar a los demás de las enmiendas e incluir los cambios en divulgaciones futuras de esta información.

Derecho de recibir comunicaciones confidenciales

Usted, incluso si es menor de edad, tiene el derecho de solicitar que nos comuniquemos con usted en privado sobre su PHI por medios alternativos o en un lugar diferente (p. ej., correo a una dirección de apartado postal o comunicación por fax a un número determinado o por teléfono a un número que usted nos dé). Nos tiene que hacer el pedido por escrito y debe indicar claramente que la información médica incluye "servicios sensibles" tal como lo define la ley o, que si no se le otorga, la divulgación podría poner en peligro al miembro. WHA cumplirá con todos los pedidos que deban de efectuarse de acuerdo a ley; en otros casos, WHA complacerá los pedidos razonables.

Derecho de recibir una lista de divulgaciones

Usted y su representante personal tienen derecho a recibir una lista de divulgaciones sobre su información médica. Típicamente, la lista incluiría las divulgaciones que se encuentran en la sección titulada "Otros usos y divulgaciones permitidos" de esta Notificación. La lista no abarca las divulgaciones hechas para los fines de tratamiento, pago y operaciones de atención médica y las que usted haya autorizado. Todo pedido de lista deberá hacerse por escrito y deberá incluir información específica requerida para cumplir su solicitud. Puede solicitar una lista de las veces que hemos dado a conocer su información de salud durante los seis (6) años anteriores a la fecha en que lo solicite. Si solicita esta lista más de una vez en un periodo de 12 meses, podemos cobrarle una cuota razonable para producir la lista de divulgaciones. Antes de hacerlo, le notificaremos de la tarifa, y le daremos la oportunidad de retirar o limitar su solicitud para reducir la tarifa.

******* IMPORTANTE *******

WHA NO TIENE COPIAS COMPLETAS DE SUS EXPEDIENTES CLÍNICOS. SI DESEA CONSULTAR, OBTENER UNA COPIA, O CAMBIAR SUS EXPEDIENTES CLÍNICOS, POR FAVOR COMUNÍQUESE CON SU MÉDICO O GRUPO MÉDICO.

Derecho a copias de esta notificación

Usted tiene el derecho de recibir una copia adicional de esta Notificación en cualquier momento. También puede encontrar este Aviso en nuestro sitio web: westernhealth.com.

CÓMO QUEJARSE ACERCA DE NUESTRAS PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Si piensa que WHA ha violado sus derechos de privacidad o si no está de acuerdo con una decisión que hemos tomado

acerca de acceso a su información médica, usted puede comunicarse con nosotros o con el Departamento de Salud y Servicios Humanos (DHHS, por sus siglas en inglés) para presentar una queja. No tomaremos ningún tipo de represalia si decide presentar una queja con nosotros o ante DHHS. La presentación de una queja no afecta sus beneficios en virtud de WHA o Medicare.

Quejas a WHA

Si desea presentar una queja ante nosotros, puede llamar o escribir a:

Western Health Advantage
A la atención de: Quejas de Privacidad
2349 Gateway Oaks Drive, Suite 100
Sacramento, CA 95833
916.563.2250 o 888.563.2250
TDD/TTY 888.877.5378

Quejas ante el gobierno federal

Usted también tiene el derecho de presentar una queja con el gobierno federal. Vaya a la dirección web que se indica a continuación, llame o escriba a la Oficina de Derechos Civiles (Office for Civil Rights)

www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/
Operaciones centralizadas de administración de casos
U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue, S.W.
Room 509 F, HHH Building
Washington, D.C. 20201
877.696.6775

MODIFICACIONES A ESTE AVISO

Los términos de esta Notificación se aplican a todos los expedientes que contengan su información médica que sean creados o conservados por WHA. Nos reservamos el derecho de revisar o modificar este Aviso sobre las Prácticas de Privacidad. Cualquier revisión o enmienda a la Notificación entrará en vigencia para todos sus expedientes que hayamos creado o conservado en el pasado. Dicha modificación o enmienda también se aplicará a cualquiera de sus expedientes que podamos crear o mantener en el futuro. Si modificamos este Aviso, usted recibirá una copia, y el nuevo aviso se publicará en nuestro sitio web westernhealth.com.

Preguntas

Si tiene preguntas acerca de esta notificación o si desea información adicional, favor de contactarnos en:

Western Health Advantage
2349 Gateway Oaks Drive, Suite 100
Sacramento, CA 95833
916.563.2250 o 888.563.2250
TDD/TTY 888.877.5378

Fecha efectiva de esta Notificación

Esta Notificación surte efecto a partir del **12 de agosto de 2016** y permanecerá en efecto hasta que la modifiquemos.

Western Health Advantage cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo.

Western Health Advantage no excluye a las personas ni las trata de forma diferente debido a su origen étnico, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo.

Western Health Advantage:

Proporciona asistencia y servicios gratuitos a las personas con discapacidades para que se comuniquen de manera eficaz con nosotros, como los siguientes:

- Intérpretes de lenguaje de señas capacitados.
- Información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos).

Proporciona servicios lingüísticos gratuitos a personas cuya lengua materna no es el inglés, como los siguientes:

- Intérpretes capacitados.
- Información escrita en otros idiomas.

Si necesita recibir estos servicios, comuníquese con Member Services Manager.

Si considera que Western Health Advantage no le proporcionó estos servicios o lo discriminó de otra manera por motivos de origen étnico, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, puede presentar un reclamo a la siguiente persona: Member Services Manager, 2349 Gateway Oaks Drive, Suite 100, Sacramento, CA 95833, 888.563.2250 o 916.563.2250, o al TTY 888.877.5378, 916.568.0126 (fax), memberservices@westernhealth.com. Puede presentar el reclamo en persona o por correo postal, fax o correo electrónico. Si necesita ayuda para hacerlo, Member Services Manager está a su disposición para brindársela.

También puede presentar un reclamo de derechos civiles ante la Office for Civil Rights (Oficina de Derechos Civiles) del Department of Health and Human Services (Departamento de Salud y Servicios Humanos) de EE. UU. de manera electrónica a través de Office for Civil Rights Complaint Portal, disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o bien, por correo postal a la siguiente dirección o por teléfono a los números que figuran a continuación:

U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue, SW
Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201
800.368.1019 o al TDD 800.537.7697 TDD

Puede obtener los formularios de reclamo en el sitio web <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

ENGLISH

If you, or someone you're helping, have questions about Western Health Advantage, you have the right to get help and information in your language at no cost. To talk to an interpreter, call 888.563.2250 or TTY 888.877.5378.

SPANISH

Si usted, o alguien a quien usted está ayudando, tiene preguntas acerca de Western Health Advantage, tiene derecho a obtener ayuda e información en su idioma sin costo alguno. Para hablar con un intérprete, llame al 888.563.2250, o al TTY 888.877.5378 si tiene dificultades auditivas.

CHINESE

如果您，或是您正在協助的對象，有關於Western Health Advantage方面的問題，您有權利免費以您的母語得到幫助和訊息。洽詢一位翻譯員，請撥電話888.563.2250或聽障人士專線(TTY) 888.877.5378。

VIETNAMESE

Nếu quý vị, hay người mà quý vị đang giúp đỡ, có câu hỏi về Western Health Advantage, quý vị sẽ có quyền được giúp và có thêm thông tin bằng ngôn ngữ của mình miễn phí. Để nói chuyện với một thông dịch viên, xin gọi số 888.563.2250, hoặc gọi đường dây TTY dành cho người khiếm thính tại số 888.877.5378.

TAGALOG

Kung ikaw, o ang iyong tinutulungan, ay may mga katanungan tungkol sa Western Health Advantage, may karapatan ka na makakuha ng tulong at impormasyon sa iyong wika ng walang gastos. Upang makausap ang isang tagasalin, tumawag sa 888.563.2250 o TTY para sa may kapansanan sa pandinig sa 888.877.5378.

KOREAN

만약 귀하 또는 귀하가 돕고 있는 어떤 사람이 Western Health Advantage에 관해서 질문이 있다면 귀하는 그러한 도움과 정보를 귀하의 언어로 비용 부담 없이 얻을 수 있는 권리가 있습니다. 그렇게 통역사와 얘기하기 위해서는 888.563.2250이나 청각 장애인용 TTY 888.877.5378로 연락하십시오.

ARMENIAN

Եթե Դուք կամ Ձեր կողմից օգնություն ստացող անձը հարցեր ունի Western Health Advantage-ի մասին, Դուք իրավունք ունեք անվճար օգնություն և տեղեկություններ ստանալու Ձեր նախընտրած լեզվով: Թարգմանչի հետ խոսելու համար զանգահարե՛ք 888.563.2250 համարով կամ TTY 888.877.5378՝ լսողության հետ խնդիրներ ունեցողների համար:

PERSIAN-FARSI

اگر شما، یا کسی که شما به او کمک میکنید ، سوال در مورد Western Health Advantage (وسترن هلث آدونتیج) داشته باشید حق این را دارید که کمک و اطلاعات به زبان خود را به طور رایگان دریافت نمایید. لطفاً با شماره تلفن 888.563.2250 تماس بگیرید. افراد ناشنوا می توانند به شماره 888.877.5378 پیام تایپی ارسال کنند.

RUSSIAN

Если у вас или лица, которому вы помогаете, имеются вопросы по поводу Western Health Advantage, то вы имеете право на бесплатное получение помощи и информации на вашем языке. Для разговора с переводчиком позвоните по телефону 888.563.2250 или воспользуйтесь линией TTY для лиц с нарушениями слуха по номеру 888.877.5378.

JAPANESE

ご本人様、またはお客様の身の回りの方でも、Western Health Advantageについてご質問がございましたら、ご希望の言語でサポートを受けたり、情報を入手したりすることができます。料金はかかりません。通訳とお話される場合、888.563.2250までお電話ください。聴覚障がい者用TTYをご利用の場合は、888.877.5378までお電話ください。

ARABIC

إن كان لديك أو لدى شخص تساعد أسئلة بخصوص Western Health Advantage، فلديك الحق في الحصول على المساعدة والمعلومات الضرورية بلغتك من دون أية تكلفة. للتحدث مع مترجم اتصل بـ 888.563.2250، أو برقم الهاتف النصي (TTY) لضعاف السمع 888.877.5378.

PUNJABI

ਜੇਕਰ ਤੁਸੀਂ, ਜਾਂ ਜਿਸ ਕਿਸੇ ਦੀ ਤੁਸੀਂ ਮਦਦ ਕਰ ਰਹੇ ਹੋ, ਦੇ Western Health Advantage ਬਾਰੇ ਸਵਾਲ ਹਨ ਤਾਂ, ਤੁਹਾਨੂੰ ਆਪਣੀ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਮਦਦ ਅਤੇ ਜਾਣਕਾਰੀ ਹਾਸਲ ਕਰਨ ਦਾ ਅਧਿਕਾਰ ਹੈ। ਦੁਆਬੀਏ ਨਾਲ ਗੱਲ ਕਰਨ ਲਈ, 888.563.2250 'ਤੇ ਜਾਂ ਪੂਰੀ ਤਰ੍ਹਾਂ ਸੁਣਨ ਵਿੱਚ ਅਸਮਰਥ ਟੀਟੀਵਾਈ ਲਈ 888.877.5378 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ।

CAMBODIAN-MON-KHMER

ប្រសិនបើអ្នក ឬនរណាម្នាក់ដែលកំពុងជួយអ្នក មានសំណួរអំពី Western Health Advantage ទេ, អ្នកមានសិទ្ធិទទួលជំនួយនឹងព័ត៌មាននៅក្នុងភាសារបស់អ្នក ដោយមិនអស់ប្រាក់។ ដើម្បីនិយាយជាមួយអ្នកបកប្រែ សូមទូរស័ព្ទ 888.563.2250 ឬ TTY សម្រាប់អ្នកត្រចៀកច្រន់ តាមលេខ 888.877.5378។

HMONG

Yog koj, los yog tej tus neeg uas koj pab ntawd, muaj lus nug txog Western Health Advantage, koj muaj cai kom lawv muab cov ntshiab lus qhia uas tau muab sau ua koj hom lus pub dawb rau koj. Yog koj xav nrog ib tug neeg txhais lus tham, hu rau 888.563.2250 los sis TTY rau cov neeg uas tsis hnov lus zoo nyob ntawm 888.877.5378.

HINDI

यदि आप, या जिस किसी की आप मदद कर रहे हो, के Western Health Advantage के बारे में प्रश्न हैं तो, आपको अपनी भाषा में मदद तथा जानकारी प्राप्त करने का अधिकार है। दुआशिए के साथ बात करने के लिए, 888.563.2250 पर या पूरी तरह श्रवण में असमर्थ टीटीवाई के लिए 888.877.5378 पर कॉल करो।

THAI

หากคุณ หรือคนที่คุณกำลังช่วยเหลือมีคำถามเกี่ยวกับ Western Health Advantage คุณมีสิทธิที่จะได้รับความช่วยเหลือและข้อมูลในภาษาของคุณได้โดยไม่มีค่าใช้จ่าย เพื่อพูดคุยกับล่าม โทร 888.563.2250 หรือใช้ TTY สำหรับคนหูหนวกโดยโทร 888.877.5378