

# Aviso de prácticas de privacidad



## Su información. Sus derechos. Nuestras responsabilidades.

Este aviso describe cómo se puede usar y revelar su información médica, y cómo puede consultarla. **Revíselo cuidadosamente.**

2650 Novation Pkwy • Fitchburg, WI 53713  
[QuartzBenefits.com](http://QuartzBenefits.com)

Representante de privacidad: Kelly Skifton  
(800) 362-3309  
[Privacy.Official@QuartzBenefits.com](mailto:Privacy.Official@QuartzBenefits.com)

## SUS DERECHOS

**Cuando se trata de su información médica, usted tiene ciertos derechos.**

En esta sección, se explican sus derechos y algunas de nuestras responsabilidades para ayudarlo.

### Obtener una copia de su expediente médico y de reclamos

- Puede pedir para ver u obtener una copia de su expediente médico y de reclamos y otra información médica que tengamos sobre usted. Pregúntenos cómo hacerlo.
- Proporcionaremos una copia o un resumen de su expediente médico y de reclamos, normalmente en un plazo de 30 días desde su pedido. Es posible que cobremos una tarifa razonable basada en el costo.

### Pedirnos que corrijamos los expedientes médico y de reclamos

- Puede pedirnos que corrijamos sus expedientes médico y de reclamos si piensa que son incorrectos o están incompletos. Pregúntenos cómo hacerlo.
- Es posible que rechacemos su solicitud, pero le diremos el motivo, por escrito, en un plazo de 60 días.

### Solicitar comunicaciones confidenciales

- Puede pedirnos que nos comuniquemos con usted de una manera específica (por ejemplo, por teléfono a su casa o a la oficina) o que le enviemos el correo a una dirección diferente.
- Consideraremos todas la solicitudes razonables y tendremos que aceptarlas si nos dice que, de no hacerlo, usted correría peligro.

### Pedirnos que limitemos la información que usamos o compartimos

- Puede pedirnos que no usemos ni compartamos determinada información médica para tratamientos, pagos o nuestras operaciones.
- No estamos obligados a aceptar su petición, y es posible que la rechacemos si afectaría a su atención.

### Obtener una lista de las personas con las que hemos compartido información

- Puede pedir una lista de las veces que hayamos compartido su información médica en los seis años anteriores a la fecha de su petición, con quién la compartimos y por qué.
- Incluiremos todas las revelaciones, salvo las correspondientes a tratamientos, pagos y operaciones de atención médica, y otras revelaciones específicas (como cualquiera que usted nos haya pedido que hagamos). Proporcionaremos una lista gratuita al año, pero le cobraremos una tarifa razonable basada en el costo si nos pide otra en el plazo de los 12 meses siguientes.

### Obtener una copia de este aviso de privacidad

- Puede pedir una copia impresa de este aviso en cualquier momento, incluso aunque haya aceptado recibirlo electrónicamente. Le daremos una copia impresa de inmediato.

<b>Elegir a alguien para que actúe en su nombre</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Si usted le ha dado a alguien un poder notarial por temas médicos, o si tiene un tutor legal, esa persona puede ejercer sus derechos y tomar decisiones sobre su información médica.</li> <li>• Nos aseguraremos de que dicha persona tenga la autoridad y pueda actuar en su nombre antes de tomar cualquier decisión.</li> </ul>
-----------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

<b>Presentar una queja si cree que se están violando sus derechos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Si cree que se han violado sus derechos, puede quejarse comunicándose con nosotros usando la información de la página 4.</li> <li>• Puede presentar una queja a la Oficina de Derechos Civiles (Office for Civil Rights) del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. (U.S. Department of Health and Human Services) por correo escribiendo a 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201, llamando al <b>(877) 696-6775</b>, o visitando <b><a href="https://hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/">hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/</a></b>.</li> <li>• No tomaremos represalias en su contra por presentar una queja.</li> </ul>
-----------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

## SUS OPCIONES

**Para determinada información médica, puede elegir qué compartimos.**  
 Si tiene una preferencia clara para que compartamos su información en las situaciones descritas abajo, díganoslo. Díganos qué quiere que hagamos y seguiremos sus instrucciones.

<b>En estos casos, usted tiene el derecho y la opción de decirnos que:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• compartamos la información con su familia, sus amigos cercanos u otras personas que participen en el pago de su atención;</li> <li>• compartamos información en situaciones de ayuda en caso de catástrofe;</li> <li>• nos comuniquemos con usted por iniciativas de recaudación de fondos.</li> </ul> <p><i>Si no puede decirnos su preferencia, por ejemplo, porque está inconsciente, es posible que compartamos su información si creemos que es lo mejor para usted. Además, es posible que compartamos su información cuando sea necesario para reducir una amenaza grave e inminente para la salud o la seguridad.</i></p>
----------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

<b>En estos casos, nunca compartiremos su información, a menos que nos autorice por escrito:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• para fines de marketing;</li> <li>• para venderla.</li> </ul>
--------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------

## USOS Y REVELACIONES

**¿Cómo usamos o compartimos habitualmente su información médica?**  
 Normalmente, usamos o compartimos su información médica de las siguientes maneras.

<b>Ayudar a gestionar el tratamiento médico que reciba</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Podemos usar su información médica y compartirla con los profesionales que lo estén tratando.</li> </ul> <p><b>Ejemplo:</b> <i>Un médico nos envía información sobre su diagnóstico y plan de tratamiento para que podamos coordinar otros servicios.</i></p>
------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

<b>Dirigir nuestra organización</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Podemos usar y revelar su información para dirigir nuestra organización y comunicarnos con usted cuando sea necesario.</li> <li>• <b>No tenemos permitido usar información genética para decidir si vamos a darle cobertura ni para determinar el precio de dicha cobertura.</b> Esto no se aplica a planes de atención de largo plazo.</li> </ul> <p><b>Ejemplo:</b> <i>Usamos su información médica para desarrollar mejores servicios.</i></p>
-------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

<b>Pagar sus servicios médicos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Podemos usar y revelar su información médica para pagar sus servicios médicos.</li> </ul> <p><b>Ejemplo:</b> <i>Compartimos su información con su plan dental para coordinar el pago de sus tratamientos dentales.</i></p>
<b>Administrar su plan</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Podríamos revelar su información médica al patrocinador de su plan de salud para que lo administre.</li> </ul> <p><b>Ejemplo:</b> <i>Su empresa nos contrata para dar un plan de salud, y nosotros lo informamos de determinadas estadísticas para explicar las primas que cobramos.</i></p>

## ¿DE QUÉ OTRA MANERA PODEMOS USAR O COMPARTIR SU INFORMACIÓN MÉDICA?

Se nos permite o se nos exige que compartamos su información de otras maneras, normalmente para contribuir al bien público, como la salud pública y la investigación. Debemos cumplir muchas condiciones estipuladas por ley para poder compartir su información con estos fines.

Para obtener más información, consulte:

[hhs.gov/hipaa/for-individuals/notice-privacy-practices/index.html](https://hhs.gov/hipaa/for-individuals/notice-privacy-practices/index.html).

<b>Ayudar con cuestiones de salud pública y seguridad</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Podemos compartir su información médica en determinadas situaciones, tales como prevenir una enfermedad; ayudar con retiradas de productos; reportar reacciones negativas a medicamentos; reportar sospechas de abuso, descuido o violencia doméstica; y evitar o reducir una amenaza grave a la salud o la seguridad de cualquier persona.</li> </ul>
<b>Hacer investigaciones</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Podemos usar o compartir su información para investigaciones médicas.</li> </ul>
<b>Cumplir la ley</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Compartiremos información sobre usted si lo exigen las leyes estatales o federales, incluyendo con el Departamento de Salud y Servicios Humanos (Department of Health and Human Services) de EE. UU., si quieren averiguar si cumplimos las leyes federales de privacidad.</li> </ul>
<b>Responder solicitudes de donación de órganos y tejidos, y trabajar con examinadores médicos o con directores de funerarias</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Podemos compartir su información médica con organizaciones de obtención de órganos.</li> <li>Podemos compartir información médica con forenses, examinadores médicos o directores de funerarias cuando una persona muere.</li> </ul>
<b>Responder solicitudes de compensación de trabajadores, de las fuerzas del orden y otros tipos de solicitudes del gobierno</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Podemos usar o compartir información médica sobre usted: <ul style="list-style-type: none"> <li>para reclamos de compensación de trabajadores;</li> <li>para fines relacionados con las fuerzas del orden o con agentes de las fuerzas del orden;</li> <li>con agencias de supervisión médica para actividades autorizadas por la ley;</li> <li>para funciones especiales del gobierno, como servicios de protección presidencial, de seguridad nacional y militares.</li> </ul> </li> </ul>
<b>Responder demandas y acciones legales</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Podemos compartir información médica sobre usted en respuesta a una orden administrativa o judicial, o en respuesta a una citación.</li> </ul>

---

*Nunca vendemos información médica protegida con fines de marketing ni para recaudar fondos. La regla de privacidad de la HIPAA normalmente no "anula" (ni invalida) las leyes estatales de privacidad ni otras leyes aplicables que protejan más la privacidad de las personas. Como resultado, si cualquier ley estatal de privacidad u otras leyes federales aplicables establecen normas de privacidad más estrictas, cumpliremos las leyes estatales o federales más estrictas.*

---

## **NUESTRAS RESPONSABILIDADES**

- La ley nos exige que mantengamos la privacidad y seguridad de su información médica protegida.
- Le diremos de inmediato si hay una violación que pueda haber comprometido la privacidad o seguridad de su información.
- Debemos cumplir las prácticas de privacidad y los deberes descritos en este aviso, y darle una copia del mismo.
- No usaremos ni compartiremos su información de manera distinta a la aquí descrita, a menos que nos diga, por escrito, que podemos hacerlo. Si nos dice que podemos hacerlo, podrá cambiar de opinión en cualquier momento. Comuníquenos por escrito si cambia de opinión.

Para obtener más información, consulte:

[hhs.gov/hipaa/for-individuals/notice-privacy-practices/index.html](https://hhs.gov/hipaa/for-individuals/notice-privacy-practices/index.html).

---

## **CAMBIOS EN LOS TÉRMINOS DE ESTE AVISO**

Podemos cambiar los términos de este aviso, y los cambios se aplicarán a toda la información que tengamos sobre usted. El aviso nuevo estará disponible a pedido en nuestro sitio web, y le enviaremos una copia por correo. *Fecha de entrada en vigor: 2 de octubre de 2017*

**Este aviso de prácticas de privacidad se aplica a las siguientes organizaciones.**

Quartz Health Benefit Plans Corporation, Quartz Health Plan Corporation, Quartz Health Plan MN Corporation, Quartz Health Insurance Corporation

**¿Tiene preguntas?** Comuníquese con Kelly Skifton, representante de privacidad, en 2650 Novation Parkway, Fitchburg, WI 53713; teléfono: **(800) 362-3309**; email: [PrivacyOfficial@QuartzBenefits.com](mailto:PrivacyOfficial@QuartzBenefits.com).



## No discriminación y acceso a idiomas

Quartz es el nombre de marca de un grupo de compañías comprometidas con su salud: Quartz Health Benefit Plans Corporation, Quartz Health Insurance Corporation, Quartz Health Plan Corporation y Quartz Health Plan MN Corporation. Estas compañías son entidades legales independientes. En este aviso, “nosotros” se refiere a todas las compañías de Quartz.

Para obtener ayuda para entender este material en un idioma distinto del inglés, llame al (800) 362-3310, y un representante del departamento de Éxito de los Clientes lo ayudará. Los usuarios de TTY deben llamar al 711 o al (800) 877-8973.

Cumplimos las leyes federales aplicables de derechos civiles y no discriminamos por motivos de raza, color, país de origen, edad, discapacidad ni sexo, incluyendo orientación sexual e identidad de género.

Ayudamos y prestamos servicios gratuitos a personas con discapacidades para que se comuniquen de manera eficaz con nosotros, como:

- Intérpretes calificados de lenguaje de señas
- Información en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, entre otros)

Prestamos servicios gratuitos de idiomas a las personas para las que el inglés no es su idioma principal, como:

- Intérpretes calificados
- Información escrita en otros idiomas

Si necesita estos servicios, comuníquese con Éxito de los Clientes al (800) 362-3310.

Si cree que no le prestamos estos servicios o que lo discriminamos de alguna otra manera por motivos de raza, color, país de origen, edad, discapacidad o sexo, incluyendo orientación sexual e

identidad de género, puede presentar una queja formal a:

Kristie Breunig, Compliance Officer  
 2650 Novation Parkway  
 Madison, WI 53713  
 Teléfono: (800) 362-3310  
 TTY: 711 u (800) 877-8973 (línea gratuita)  
 Fax: (608) 644-3500  
 Email: AppealsSpecialists@QuartzBenefits.com

Puede presentar la queja formal en persona o por correo, fax o email. Si necesita ayuda para presentar una queja formal, Kristie Breunig, responsable de Cumplimiento, puede ayudarlo. También puede presentar una queja de derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles (Office for Civil Rights) del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. (U.S. Department of Health and Human Services) de forma electrónica mediante el Portal de quejas de la Oficina de Derechos Civiles, en [ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf](http://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf), o por correo o teléfono:

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)

Puede encontrar los formularios de quejas en [hhs.gov/ocr/office/file/index.html](http://hhs.gov/ocr/office/file/index.html).

En ciertos estados, Quartz es un emisor calificado de Planes de Salud en el Mercado de Seguros Médicos. Para obtener más información, visite la página web del Mercado de Seguros Médicos en [HealthCare.gov](http://HealthCare.gov).

## Si necesita ayuda para traducir o entender esto, llame al (800) 362-3310, TTY: 711/(800) 877-8973.

**Spanish** – Este Aviso contiene información importante. Este aviso contiene información importante acerca de su solicitud o cobertura a través de Quartz. Preste atención a las fechas clave que contiene este aviso. Es posible que deba tomar alguna medida antes de determinadas fechas para mantener su cobertura médica o ayuda con los costos. Usted tiene derecho a recibir esta información y ayuda en su idioma sin costo alguno. Llame al (800) 362-3310. TTY / TDD: 711 / (800) 877-8973.

**Hmong** – Tsaab ntawv tshaj xo no muaj cov ntshiab lus tseem ceeb. Tsaab ntawv tshaj xo no muaj cov ntsiab lus tseem ceeb txog koj daim ntawv thov kev pab los yog koj qhov kev pab cuam los ntawm Quartz. Saib cov caij nyoog los yog tej hnub tseem ceeb uas sau rau hauv daim ntawv no kom zoo. Tej zaum koj kuj yuav tau ua qee yam uas peb kom koj ua tsis pub dhau cov caij nyoog uas teev tseg rau hauv daim ntawv no mas koj thiab yuav tau txais kev pab cuam kho mob los yog kev pab them tej nqi kho mob ntawd. Koj muaj cai kom lawv muab cov ntshiab lus no uas tau muab sau ua koj hom lus pub dawb rau koj. Hu rau (800) 362-3310. TTY / TDD: 711 / (800) 877-8973.

**Vietnamese** – Thông báo này cung cấp thông tin quan trọng. Thông báo này có thông tin quan trọng bản về đơn nộp hoặc hợp đồng bảo hiểm qua chương trình Quartz. Xin xem ngày then chốt trong thông báo này. Quý vị có thể phải thực hiện theo thông báo đúng trong thời hạn để duy trì bảo hiểm sức khỏe hoặc được trợ giúp thêm về chi phí. Quý vị có quyền được biết thông tin này và được trợ giúp bằng ngôn ngữ của mình miễn phí. Xin gọi số (800) 362-3310. TTY / TDD: 711 / (800) 877-8973.

**Chinese** – 本通知含有重要的訊息 本通知對於您透過 Quartz 所提出的申請或保險有重要的訊息 請在本通知中查看重要的日期 您可能要在特定的截止日期之前採取行動，以保留您的健康保險或有助於省錢 您有權利免費以您的母語得到幫助和訊息 請致電 (800) 362-3310 : 711 / (800) 877-8973.

**Russian** – Настоящее уведомление содержит важную информацию. Это уведомление содержит важную информацию о вашем заявлении или страховом покрытии через Quartz. Посмотрите на ключевые даты в настоящем уведомлении. Вам, возможно, потребуется принять меры к определенным предельным срокам для сохранения страхового покрытия или помощи с расходами. Вы имеете право на бесплатное получение этой информации и помощь на вашем языке. Звоните по телефону (800) 362-3310. TTY / TDD: 711 / (800) 877-8973.

**Laotian** – ແຈ້ງການສະບັບນີ້ມີຂໍ້ມູນທີ່ສໍາຄັນ. ແຈ້ງການສະບັບນີ້ມີຂໍ້ມູນທີ່ສໍາຄັນກ່ຽວກັບໃບສະໝັກ ຫຼື ການຄຸ້ມຄອງຂອງທ່ານຜ່ານ Quartz. ຊອກຫາວັນທີສໍາຄັນ ໃນຫນັງສືແຈ້ງການສະບັບນີ້. ທ່ານອາດຈຳເປັນຕ້ອງປະຕິບັດຕາມເວລາ ທີ່ກຳນົດໄວ້ທີ່ແນ່ນອນເພື່ອຮັກສາໄວ້ການຄຸ້ມຄອງສະພາບຂອງທ່ານ ຫຼື ຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານຄ່າໃຊ້ຈ່າຍ. ທ່ານມີສິດທີ່ຈະໄດ້ຮັບຂໍ້ມູນນີ້ ແລະ ຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອໃນພາສາຂອງທ່ານໂດຍບໍ່ເສຍຄ່າ. ໂທຫາເບີ (800) 362 3310. TTY / TDD: 711 / (800) 877 8973.

**German** – Diese Benachrichtigung enthält wichtige Informationen. Diese Benachrichtigung enthält wichtige Informationen bezüglich Ihres Antrags auf Krankenversicherungsschutz durch Quartz. Suchen Sie nach wichtigen Terminen in dieser Benachrichtigung. Sie könnten bis zu bestimmten Stichtagen handeln müssen, um Ihren Krankenversicherungsschutz oder Hilfe mit den Kosten zu behalten. Sie haben das Recht, kostenlose Hilfe und Informationen in Ihrer Sprache zu erhalten. Rufen Sie an unter (800) 362-3310. TTY / TDD: 711 / (800) 877-8973.

**Arabic** – يحتوي هذا الإشعار على معلومات مهمة. يتضمن هذا الإشعار معلومات هامة حول طلبك أو تغطيتك عبر Quartz. ابحث عن التواريخ الرئيسية في هذا الإشعار. قد تحتاج إلى إجراء تدابير معينة وفقاً لمواعيد معينة من أجل الحفاظ على تغطيتك الصحية أو المساعدة في التكاليف. لديك الحق في الحصول على هذه المعلومات TTY / TDD: 711 / (800) 877-8973 / (800) 362-3310.

**French** – Cet avis a d'importantes informations. Cet avis a d'importantes informations sur votre demande ou la couverture par l'intermédiaire de Quartz. Rechercher les dates clés dans le présent avis. Vous devrez peut-être prendre des mesures par certains délais pour maintenir votre couverture de santé ou d'aide avec les coûts. Vous avez le droit d'obtenir cette information et de l'aide dans votre langue à aucun coût. Appelez (800) 362-3310. TTY / TDD: 711 / (800) 877-8973.

**Korean** – 본 통지서에는 중요한 정보가 들어 있습니다. 즉 이 통지서는 귀하의 신청에 관하여 그리고 Quartz을 통한 커버리지에 관한 정보를 포함하고 있습니다. 본 통지서에서 핵심이 되는 날짜들을 찾으십시오. 귀하는 귀하의 건강 커버리지를 계속유지하거나 비용을 절감하기 위해서 일정한 마감일까지 조치를 취해야 할 필요가 있을 수 있습니다. 귀하는 이러한 정보와 도움을 귀하의 언어로 비용 부담없이 얻을 수 있는 권리가 있습니다. (800) 362-3310로 전화하십시오. TTY / TDD: 711 / (800) 877-8973.

**Tagalog** – Ang Paunawa na ito ay naglalaman ng mahalagang impormasyon. Ang paunawa na ito ay naglalaman ng mahalagang impormasyon tungkol sa iyong aplikasyon o pagsakop sa pamamagitan ng Quartz. Tingnan ang mga mahalagang petsa dito sa paunawa. Maaring mangailangan ka na magsagawa ng hakbang sa ilang mga itinakdang panahon upang mapanatili ang iyong pagsakop sa kalusugan o tulong na walang gastos. May karapatan ka na makakuha ng ganitong impormasyon at tulong sa iyong wika ng walang gastos. Tumawag sa (800) 362-3310. TTY / TDD: 711 / (800) 877-8973.

**Cushite** – Oroomiffa XIYYEFFANNA: Afaan dubbattu Oroomiffa, tajaajila gargaarsa afaanii, kanfaltiidhaan ala, ni argama. Bilbilaa (800) 362-3310. TTY / TDD: 711 / (800) 877-8973.

**Amharic** – ማስታወሻ: የሚናገሩት ቋንቋ አማርኛ ከሆነ የትርጉም እርዳታ ድርጅቶች፣ በነጻ ሊያገለግሉት ተዘጋጅተዋል። ወደ ሚከተለው ቁጥር ይደውሉ (800) 362-3310. (መስማት ለተሳናቸው: 711 / (800) 877-8973).

**Karen** – ၵၢ်သုၣ်တၢ်သး-န့ၣ်ကတိၤ ကညိၣ် ကျိၣ်အထိၤ, န့ၣ်န့ၣ် ကျိၣ်အတၢ်မၤတၢ်လၢ တလၢကတိၣ်သ့ၣ်န့ၣ်လီၤ. ကိး (800) 362-3310. TTY / TDD: 711 / (800) 877-8973.

**Mon-Khmer, Cambodian** – ប្រយ័ត្ន: បើសិនជាអ្នកនិយាយភាសាខ្មែរ, សេវាជំនួយផ្នែកភាសា ដោយមិនគិតល្អល គឺអាចមានសំប៉ាប់អ្នក។ ចូរ ទូរស័ព្ទ (800) 362-3310. TTY / TDD: 711 / (800) 877-8973.

**Serbocroatian** – OBAVJEŠTENJE: Ako govorite srpskohrvatski, usluge jezičke pomoći dostupne su vam besplatno. Nazovite (800) 362-3310 TTY- Telefon za osobe sa oštećenim govorom ili sluhom: 711 / (800) 877-8973.

**Thai** – ระวัง: ถ้า คุณพูด ภาษาไทยคุณสามารถใช้บริการช่วยเหลือทางภาษาไทยได้ฟรี โทร (800) 362-3310. TTY / TDD: 711 / (800) 877-8973.

**Gujarati** – સુચના: જો તમે ગુજરાતી બોલતા હો, તો નિ:શુલ્ક ભાષા સહાય સેવાઓ તમારા માટે ઉપલબ્ધ છે. ફોન કરો (800) 362-3310. TTY / TDD: 711 / (800) 877-8973.

**Urdu** – خبردار: اگر آپ اردو بولتے ہیں، تو آپ کو زبان کی مدد کی خدمات مفت میں دستیاب ہیں۔ کال کریں (800) 362-3310. TTY / TDD: 711 / (800) 877-8973.

**Italian** – ATTENZIONE: In caso la lingua parlata sia l'italiano, sono disponibili servizi di assistenza linguistica gratuiti. Chiamare il numero (800) 362-3310. TTY / TDD: 711 / (800) 877-8973.

**Greek** – ΠΡΟΣΟΧΗ: Αν μιλάτε ελληνικά, στη διάθεσή σας βρίσκονται υπηρεσίες γλωσσικής υποστήριξης, οι οποίες παρέχονται δωρεάν. Καλέστε (800) 362-3310. TTY / TDD: 711 / (800) 877-8973.

**Pennsylvanian Dutch** – Die Bekanntmachung gebt wichdichi Auskunft. Die Bekanntmachung gebt wichdichi Auskunft baut dei Application oder Coverage mit Quartz. Geb Acht fer wichdiche Daadem in die Bekanntmachung. Es iss meeglich, ass du ebbes duh muscht, an beschtimme Deadlines, so ass du dei Health Coverage bhalde kansch, odder bezaahle helfe kansch. Du hoscht es Recht fer die Information un Hilf in deinre eegne Schprooch grieg, un die Hilf koschtet nix. Kansch du (800) 362-3310 uffrufe. TTY / TDD: 711 / (800) 877-8973.

**Polish** – To ogłoszenie zawiera ważne informacje. To ogłoszenie zawiera ważne informacje odnośnie Państwa wniosku lub zakresu świadczeń poprzez Quartz. Prosimy zwrócić uwagę na kluczowe daty zawarte w tym ogłoszeniu aby nie przekroczyć terminów w przypadku utrzymania polisy ubezpieczeniowej lub pomocy związanej z kosztami. Macie Państwo prawo do bezpłatnej informacji we własnym języku. Zadzwońcie pod (800) 362-3310. TTY / TDD: 711 / (800) 877-8973.

**Hindi** – इस सूचना में महत्वपूर्ण जानकारी शामिल है। इस सूचना में Quartz से जुड़े आपके आवेदन या कवरेज के बारे में महत्वपूर्ण जानकारी शामिल है। इस सूचना में महत्वपूर्ण तारीखों को देखना न भूलें। स्वास्थ्य कवरेज जारी रखने या खर्च में मदद के लिए आपको कुछ तय तारीखों तक कार्रवाई करनी ज़रूरी है। आपके पास अपनी भाषा में, बिना किसी शुल्क के इस जानकारी और सहायता को पाने का अधिकार है। (800) 362-3310. TTY / TDD: 711 / (800) 877-8973 पर कॉल करें।

**Albanian** – Ky njoftim përmban informacion të rëndësishëm. Ky njoftim përmban informacion të rëndësishëm për aplikimin ose mbulimin tuaj nëpërmjet Quartz. Kontrolloni për data të rëndësishme në këtë njoftim. Mund t'ju duhet të ndërmerri veprim brenda afatave të caktuara për të mbajtur mbulimin tuaj shëndetësor ose për ndihmën me koston. Keni të drejtë ta merrni këtë informacion dhe ndihmë falas në gjuhën tuaj. Telefononi numrin (800) 362-3310. TTY / TDD: 711 / (800) 877-8973.

**Somali** – FIIRO GAAR AH: Haddii aad ku hadashid af Soomaali, adeegyada caawimada luuqada, ayaa waxaa laguugu siinayaa bilaash, waa lagu heli karaa. 1-800-362-3310 (TTY: 1-800-877-8973) bilbilaa.

# Accesibilidad en Quartz

Quartz da ayuda y presta servicios gratuitos a personas con discapacidades para que se comuniquen de manera eficaz con nosotros, como:

- Intérpretes calificados en lenguaje de señas.
- Información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos).
- Servicios gratuitos de idioma para personas que hablan un idioma distinto del inglés, como intérpretes calificados e información escrita en otros idiomas

Si necesita estos servicios, comuníquese con Quartz al (800) 362-3310 (TTY: 711).

**Spanish** – ATENCIÓN: Si habla español, los servicios de asistencia de idiomas están disponibles sin cargo, llame al (800) 362-3310 (TTY: 711).

---

**Hmong** – CEEB TOOM: Yog koj hais lus Hmoob, kev pab rau lwm yam lus muaj rau koj dawb xwb. Hu (800) 362-3310 (TTY: 711).

---

**Laotian** – ໝາຍເຫດ: ຖ້າທ່ານເວົ້າພາສາລາວ, ທ່ານສາມາດໃຊ້ການບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາໄດ້ໂດຍບໍ່ເສຍຄ່າ. ໂທ (800) 362-3310 (TTY: 711).

---

**Chinese** – 注意: 如果您说中文, 您可获得免费的语言协助服务。请致电 (800) 362-3310 TTY 文字电话 711)。

---

**Somali** – DIGTOONI: Haddii aad ku hadasho afka Soomaaliha, adeegyada caawimada luqadda waxaa lagu heli karaa iyagoo bilaash ah. Wac (800) 362-3310 (TTY: 711).

---

**Burmese** – ဝင်းဇူးပူပီၤၤ နားဆင့် - သဠညှု ပုမ္မန္တကားဝေပုဟသုပုဖွါက၊ သးအကြက အခဲပုဖးဝဲ ဘာသာစကားကူညီဝေးဝေး ဝနဲဆာဠးမား ရရှိနိဠညှု။ (800) 362-3310 (TTY: 711) ကြး ဖုန်းဝေးဆုပီ။

---

**Vietnamese** – LƯU Ý: Nếu bạn nói tiếng Việt, các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ sẽ được cung cấp miễn phí cho bạn. Gọi (800) 362-3310 (TTY: 711).

---

**Arabic** –

تنبيه: إذا كنتم تتحدثون العربية، تتوفر لكم مساعدة لغوية مجانية. اتصلوا بالرقم

TTY: 711 هاتف نصي: (800) 362-3310