

# SU INFORMACIÓN. SUS DERECHOS. NUESTRAS OBLIGACIONES.

Este aviso describe cómo se puede usar y divulgar su información médica y cómo se puede tener acceso a ella. **Por favor, revíselo con cuidado.**

## SUS DERECHOS

**Cuando se trata de su información médica, tiene ciertos derechos.** Esta sección le explica sus derechos y algunas de nuestras obligaciones en lo que a prestarle ayuda se refiere.

### Obtenga una copia de su historial clínico y de reclamaciones

- ▶ Puede solicitar ver u obtener una copia de su historial clínico y de reclamaciones y otra información médica que tengamos. Pregúntenos cómo hacer esto.
- ▶ Le proporcionaremos una copia o un resumen de su historial clínico y de reclamaciones, usualmente dentro de treinta días de haber presentado su solicitud. Es posible que le cobremos un monto razonable, basada en el costo.

### Solicite que le corrijamos el historial clínico y de reclamaciones

- ▶ Puede solicitar que le corrijamos su historial clínico y de reclamaciones si cree que está incorrecto o incompleto. Pregúntenos cómo hacer esto.
- ▶ Es posible que «rechacemos» su solicitud, pero le enviaremos los motivos por escrito dentro de 60 días.

### Solicite comunicación confidencial

- ▶ Puede solicitar que nos pongamos en contacto con usted de una manera específica (por ejemplo, al teléfono de su casa o de su oficina) o que le enviemos la correspondencia a una dirección distinta.
- ▶ Consideraremos todas las solicitudes razonables y debemos «aceptarlas» en caso de que nos diga que, de lo contrario, estaría en peligro.

### Solicite que limitemos lo que usamos o compartimos

- ▶ Solicite que **no** usemos o compartamos determinada información médica para recibir tratamientos, hacer pagos o llevar a cabo nuestras operaciones.
- ▶ No es nuestra obligación aceptar su solicitud y es posible que la «rechacemos» si pudiera afectar su cuidado de la salud.

*continúa en la siguiente página*

## SUS DERECHOS *CONTINUACIÓN*

Obtenga una lista de aquellos con los que hemos compartido su información

- ▶ Puede solicitar una lista (o un informe) de las veces que hemos compartido su información médica dentro de los seis años anteriores a la fecha de su solicitud, así como con quién y por qué la hemos compartido.
- ▶ Incluiremos todas las divulgaciones excepto las que son acerca de tratamientos, pagos y operaciones de cuidado de la salud, así como ciertas divulgaciones (tales como cualquiera que nos haya solicitado hacer). Le proporcionaremos un informe por año, sin costo, pero le cobraremos un monto razonable, basado en el costo si nos solicita otro dentro de doce meses.

Obtenga una copia de este aviso de privacidad

- ▶ En cualquier momento puede solicitar una copia en papel de este aviso, aun cuando haya aceptado recibir un aviso electrónicamente. Le proporcionaremos una copia en papel a la brevedad posible.

Elija a alguien que actúe por usted

- ▶ Si le ha otorgado a alguien un poder notarial médico o si alguien es su tutor legal, esa persona puede ejercer sus derechos y tomar decisiones con respecto a su información médica.
- ▶ Nos aseguraremos de que la persona tenga esta autoridad y esté facultada para actuar por usted antes de tomar cualquier medida.

Presente una demanda si cree que se han infringido sus derechos

- ▶ Puede presentar una demanda si cree que hemos infringido sus derechos. Póngase en contacto con nosotros usando la información en la página 5.
- ▶ Puede presentar una demanda a la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE.UU. enviando una carta a 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201, llamando al 1-877-696-6775 o visitando la página web [www.hhs.gov/hipaa/for-individuals/spanish/index.html](http://www.hhs.gov/hipaa/for-individuals/spanish/index.html) (disponible en español)
- ▶ No tomaremos represalias en contra suya si presenta una demanda

## SUS OPCIONES

**Para cierta información médica, puede darnos sus opciones acerca de lo que compartimos.** Si tiene alguna preferencia clara de cómo compartimos su información en las situaciones que se describen a continuación, comuníquese con nosotros. Indíquenos lo que desee que hagamos y seguiremos sus instrucciones.

En estos casos, tiene tanto el derecho como la opción de indicarnos que:

- ▶ Compartamos información con su familia, amigos cercanos u otros que sean responsables de los pagos de su cuidado de la salud
- ▶ Compartamos información en una situación de auxilio en caso de una catástrofe
- ▶ Nos pongamos en contacto con usted con el objeto de realizar gestiones de recaudación de fondos

*Si no puede decirnos cuáles son sus preferencias, por ejemplo, si se encuentra inconsciente, es probable que compartamos su información si consideramos que velaría por sus intereses. Es probable que compartamos su información cuando sea necesario reducir una amenaza seria e inminente a su salud o su seguridad.*

En los siguientes casos nunca compartimos su información salvo que nos lo autorice por escrito:

- ▶ Con fines de mercadotecnia
- ▶ Para vender su información

## NUESTROS USOS Y DIVULGACIONES

Típicamente, ¿cómo usamos o compartimos su información médica? Típicamente, usamos o compartimos su información médica de la siguiente manera:

Para ayudar a gestionar el cuidado de la salud que recibe

- ▶ Podemos usar su información médica y compartirla con profesionales que le estén prestando servicios de salud.

*Por ejemplo: Un doctor nos envía información acerca de su diagnóstico y plan de tratamiento médico para que podamos planificar servicios adicionales.*

Para gestionar nuestra organización

- ▶ Podemos usar y divulgar su información para gestionar nuestra organización y ponernos en contacto con usted cuando sea necesario.
- ▶ **No contamos con la autorización de usar información genética para decidir si le proporcionaremos cobertura y el precio de esa cobertura.** Esto no aplica a planes de cuidado de salud a largo plazo.

*Por ejemplo: Usamos su información médica para desarrollar mejores servicios para usted.*

Para pagar sus servicios médicos

- ▶ Podemos usar y divulgar su información a la vez que pagamos sus servicios médicos.

*Por ejemplo: Compartimos su información con los que se encargan de su plan dental para coordinar servicios de pago por tratamiento odontológico.*

Para administrar su plan

- ▶ Es probable que divulguemos su información médica al patrocinador de su plan de salud para administrar el plan.

*Por ejemplo: Su empresa nos contrata para proporcionarle un plan de salud, y nosotros le proporcionamos a su empresa ciertas estadísticas para explicarle las primas que cobramos.*

*continúa en la siguiente página*

**¿De qué otra forma podemos usar o compartir su información médica?** Se nos permite o es necesario que compartamos su información de otras formas: usualmente de formas que contribuyan al bien público, tales como salud e investigación pública. Debemos cumplir con varios requisitos legales antes de poder compartir su información con estos propósitos. Para más información visite: [www.hhs.gov/hipaa/for-individuals/spanish/index.html](http://www.hhs.gov/hipaa/for-individuals/spanish/index.html) (disponible en español).

---

### Ayudar con asuntos de salud pública y seguridad

- ▶ Podemos compartir su información médica para determinadas situaciones tales como:
  - Para prevenir enfermedades
  - Para ayudar con la retirada de productos
  - Para informar acerca de reacciones adversas a medicamentos
  - Para informar acerca de sospechas de abuso, negligencia o violencia doméstica
  - Para prevenir o reducir amenazas graves a la salud o seguridad de cualquier persona

---

### Investigar

- ▶ Podemos usar o compartir su información para investigaciones sobre la salud.

---

### Cumplir con la ley

- ▶ Compartiremos su información si la ley estatal o federal lo requiere, incluso si el Departamento de Salud y Servicios Humanos quiere ver que estemos cumpliendo con las políticas legales de privacidad.

---

### Responder las solicitudes de donación de órganos y tejidos y colaborar con un examinador médico o director de funeraria

- ▶ Podemos compartir su información médica con organizaciones de obtención de órganos.
- ▶ Podemos compartir información médica con un médico forense, médico examinador o director de funeraria cuando muere algún individuo.

---

### Encargarnos de la indemnización laboral, la aplicación de la ley y otras solicitudes del gobierno

- ▶ Podemos compartir su información médica:
  - Para demandas de indemnización laboral
  - Con el objeto de aplicar la ley o con agentes de la autoridad
  - Con agencias de supervisión de la salud para actividades permitidas por la ley
  - Para funciones gubernamentales especiales tales como el ejército, la seguridad nacional y servicios de protección al presidente

---

### Responder a litigios o actuaciones judiciales

- ▶ Podemos compartir su información médica como respuesta a una orden del tribunal o de la administración, o en respuesta a una citación y emplazamiento.
- 

*Nunca vendemos información médica protegida con fines de mercadotecnia o de recaudación de fondos.*

*La Norma de Privacidad HIPAA, por sus siglas en inglés, generalmente no tiene derecho de prioridad (o invalida) las leyes de privacidad estatales u otras leyes pertinentes que les otorgan mayores protecciones de seguridad a los individuos. Por consiguiente, si cualquier ley de privacidad estatal u otras leyes federales pertinentes tienen previsto un estándar de privacidad más estricto, seguiremos las leyes federales o estatales más estrictas.*

## NUESTRAS OBLIGACIONES

- ▶ Por ley estamos obligados a mantener la privacidad y la seguridad de su información médica protegida.
- ▶ Le avisaremos de manera inmediata si se presentase algún incumplimiento que pudiera haber expuesto a algún peligro la privacidad o la seguridad de su información.
- ▶ Debemos cumplir con las obligaciones y las prácticas de privacidad descritas en este aviso y darle una copia de la misma.
- ▶ No usaremos o compartiremos su información de otra manera que no haya sido descrita en el presente, salvo que nos lo indique por escrito. Si nos da la autorización, tiene la libertad de cambiar su decisión cuando más le convenga. Si desea cambiar su decisión, envíenos un aviso por escrito.

Para más información visite: [www.hhs.gov/hipaa/for-individuals/spanish/index.html](http://www.hhs.gov/hipaa/for-individuals/spanish/index.html) (disponible en español)

### Cambios a los términos de este aviso

Podemos cambiar los términos de este aviso, y los cambios se aplicarán a toda la información que tengamos acerca de usted. El nuevo aviso estará disponible en nuestro sitio web, cuando lo solicite, y le enviaremos una copia por correo.

*Fecha de entrada en vigor: 2 de octubre de 2017*

### Este Aviso de Prácticas de Privacidad 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?

Póngase en contacto con el Oficial de Privacidad de Quartz  
840 Carolina Street, Sauk City, WI 53583  
Correo Electrónico: [PrivacyOfficial@QuartzBenefits.com](mailto:PrivacyOfficial@QuartzBenefits.com)  
Teléfono: (800) 362-3309



## No Discriminación & Acceso a Lenguajes

Quartz es el nombre de la marca de un grupo de compañías comprometidas para 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 separadas. En esta notificación “nosotros” nos referimos a todas las compañías de Quartz.

Para asistencia entendiendo estos materiales en otro idioma que no sea inglés, llame al (800) 362-3310 y un representante de Servicio al Cliente lo asistirá. Usuarios TTY deben llamar al 711 o al (800) 877-8973.

Nosotros cumplimos con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discriminamos por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo.

Proporcionamos 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)

Proporcionamos 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 el Departamento de Servicio al Cliente de Quartz al (800) 362-3310.

Si considera que Quartz 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 –

Kristie Meier, Oficial de Control / Compliance Officer  
 840 Carolina Street  
 Sauk City, WI 53583  
 Teléfono: (800) 362-3310  
 TTY: 711 o llamada gratuita (800) 877-8973  
 Fax: (608) 644-3500  
 Correo electrónico: AppealsSpecialists@quartzbenefits.com

Puede presentar el reclamo en persona o por correo postal, fax o correo electrónico. Si necesita ayuda para hacerlo, Kristie Meier, Oficial de Control / Compliance Officer, está a su disposición para brindársela. También puede presentar un reclamo de derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles (Office for Civil Rights) del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE.UU. (Department of Health and Human Services), de manera electrónica a través del portal electrónico Office for Civil Rights Complaint Portal, disponible en [ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf](http://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf) o 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; (800) 537-7697 (TDD)

Puede obtener los formularios de reclamo en el sitio web [hhs.gov/ocr/office/file/index.html](http://hhs.gov/ocr/office/file/index.html)

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

**For help to translate or understand this, please call (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** – Tsab ntawv tshaj xo no muaj cov ntshiab lus tseem ceeb. Tsab ntawv tshaj xo no muaj cov ntshiab 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 hnuv 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. ແຈ້ງການສະບັບນີ້ມີຂໍ້ມູນທີ່ສໍາຄັນກ່ຽວກັບໃບສະໜັກ ຫຼື ການຄຸ້ມຄອງຂອງທ່ານຜ່ານ Quartz. ຊອກຫາວັນທີ່ສໍາຄັນ ໃນໜັງສືແຈ້ງການສະບັບນີ້. ທ່ານອາດຈຳເປັນຕ້ອງປະຕິບັດຕາມເວລາ ທີ່ກຳນົດໄວ້ທີ່ແນ່ນອນເພື່ອຮັກສາໄວ້ການຄຸ້ມຄອງສຸຂະພາບຂອງທ່ານ ຫຼື ຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານຄ່າໃຊ້ຈ່າຍ. ທ່ານມີສິດທີ່ຈະໄດ້ຮັບຂໍ້ມູນນີ້ ແລະ ຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອໃນພາສາຂອງທ່ານໃດໜຶ່ງສະເໝີຄ່າ. 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 커버리지 에 관한 정보를 포함하고 있습니다. 본 통지서에서 핵심이 되는 날짜들을 찾으십시오. 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 XIYYEEFFANNAA: 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** – ၵၢ်သ့ၵ်းၵ်းသး- နမ့ၢ်ကတိၢ် ကညိၣ် ကျိၣ်အသိၣ်, နမ့ၢ်န့ၢ် ကျိၣ်အတၢ်မၤစၢၤလၢ တလၢၣ်သ့ၵ်းလၢၣ်န့ၢ် နိတၢ်မၤဘၣ်သ့ၵ်းလိၢ်. ကိး (800) 362-3310. TTY / TDD: 711 / (800) 877-8973.

**Mon-Khmer, Cambodian** – ប្រយ័ត្ន: បើសិនជាអ្នកនិយាយភាសាខ្មែរ, សេវាជំនួយផ្នែកភាសា ដោយមិនគិតថ្លៃ គឺអាចមានសំរាប់អ្នក។ 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** – เรียน: ถ้า คุณพูด ภาษาไทยคุณสามารรถรับ บริการช่วยเหลือทางภาษาได้ฟรี โทร (800) 362-3310. TTY / TDD: 711 / (800) 877-8973.

**Gujarati** – સુચના: જો તમે ગુજરાતી બોલતા હો, તો બિ: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 ebbses duh muscht, an beschtimme Deadlines, so ass du dei Health Coverage bhalde kannscht, odder bezaahle helfe kannscht. Du hoscht es Recht fer die Information un Hilf in deinre eegne Schprooch griegie, un die Hilf koschtet nix. Kannscht 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.