

ԳԱՂՏՆԻՈՒԹՅԱՆ ՔԱՂԱՔԱՆԱԿՈՒԹՅԱՆ ՄԱՍԻՆ ԾԱՆՈՒՑՈՒՄ

Blue Shield of California Promise Health Plan

Այս ծանուցման մեջ նկարագրվում է, թե ինչպես կարող են օգտագործվել և բացահայտվել ձեր բժշկական տվյալները, և ինչպես կարող եք հասանելիություն ստանալ այդ տվյալներին: **Խնդրում ենք այն ուշադիր կարդալ:**

ԳԱՂՏՆԻՈՒԹՅԱՆ ՊԱՀՊԱՆՄԱՆ ՄԵՐ ՊԱՐՏԱՎՈՐՈՒԹՅՈՒՆԸ

Blue Shield of California Promise Health Plan-ում մենք հասկանում ենք անձնական տվյալները գաղտնի պահելու կարևորությունը և շատ լուրջ ենք վերաբերվում դա անելու մեր պարտավորությանը:

Մեր բնականոն գործունեության ընթացքում մենք ձեր, ձեր բուժման և մեր տրամադրած ծառայությունների վերաբերյալ արձանագրություններ ենք կազմում: Այդ արձանագրություններում պարունակվող տվյալները կոչվում են «պաշտպանված առողջական տվյալներ» (PHI) և ներառում են ձեր ինքնությունը բացահայտող անձնական տվյալներ, օրինակ՝ ձեր անունը, հասցեն, հեռախոսահամարը և սոցիալական ապահովության համարը, ինչպես նաև ձեր առողջության վերաբերյալ տեղեկություններ, օրինակ՝ բժշկական ախտորոշումը կամ հայցադիմումի մեջ ներառված տվյալները:

Համաձայն դաշնային և նահանգային օրենսդրության՝ մենք պարտավոր ենք ձեզ տրամադրել այս ծանուցումը մեր իրավական պարտականությունների և գաղտնիության քաղաքականության վերաբերյալ, քանի որ դրանք վերաբերում են ձեր PHI-ին: Մենք պարտավոր ենք պահպանել ձեր PHI-ի գաղտնիությունը և տեղյակ պահել ձեզ, եթե խախտվել է ձեր PHI-ի անվտանգությունը: Երբ մենք օգտագործում կամ հրապարակում ենք («բացահայտում ենք») ձեր PHI-ն, մենք պարտավոր ենք հետևել այս ծանուցման պայմաններին, որոնք վերաբերում են ձեր PHI-ն պարունակող բոլոր արձանագրություններին, որոնք մենք ստեղծում ենք, ձեռք ենք բերում և/կամ պահպանում ենք:

ԻՆՉՊԵՍ ԵՆՔ ՊԱՇՏՊԱՆՈՒՄ ՁԵՐ ԳԱՂՏՆԻՈՒԹՅՈՒՆԸ

Մենք ապահովում ենք ֆիզիկական, տեխնիկական և վարչական անվտանգության միջոցներ՝ ձեր PHI-ի գաղտնիությունը պահպանելու համար: Ձեր գաղտնիությունը պաշտպանելու համար Blue Shield Promise-ի միայն լիազորված և վերապատրաստված աշխատողներն են հասանելիություն ստանում մեր թղթային և էլեկտրոնային արձանագրություններին և ոչ հանրային տեղամասերին, որտեղ պահվում են այս տվյալները:

Աշխատողները վերապատրաստում են անցնում այնպիսի թեմաների շուրջ, որոնք ներառում են՝

- Գաղտնիության և տվյալների պաշտպանության քաղաքականությունն ու ընթացակարգերը՝ ներառյալ, թե ինչպես են թղթային և էլեկտրոնային արձանագրությունները մակնշվում, պահվում, գրանցվում և հասանելի լինում:
- Ձեր PHI-ի գաղտնիությունն ու անվտանգությունը պահպանելու համար ապահովվում են ֆիզիկական, տեխնիկական և վարչական երաշխիքներ:

Գաղտնիության պահպանման մեր կորպորատիվ գրասենյակը վերահսկում է, թե ինչպես ենք հետևում մեր գաղտնիության քաղաքականությանը և ընթացակարգերին և ծանոթացնում է մեր կազմակերպության աշխատողներին այս կարևոր թեմային:

Medi_21_144_LA_AM_012022



Promise Health Plan



Առանց ձեր թույլտվության PHI-ի օգտագործում

Մենք կարող ենք բացահայտել ձեր PHI-ն՝ առանց ձեր գրավոր թույլտվության, եթե դա անհրաժեշտ է՝ ձեզ բժշկական օժանդակություն և ծառայություններ տրամադրելու համար: Մենք կարող ենք բացահայտել ձեր PHI-ն հետևյալ նպատակների համար՝

Բուժում

- Բուժքույրերի, բժիշկների, դեղագործների, ակնաբույժների, բուժիրահանգիչերի և այլ բուժաշխատողների հետ կիսվելու համար, որպեսզի նրանք կարողանան որոշել ձեր բուժխնամքի ծրագիրը:
- Ձեզ օգնելու համար բուժծառայություններ և բուժում ստանալ, որի համար հնարավոր է ձեզանից պահանջել, օրինակ՝ լաբորատոր թեստ հանձնել և օգտագործելնք դրա արդյունքները:
- Ձեր բուժխնամքը և դրա հետ կապված ծառայությունները՝ բուժհաստատության կամ մասնագետի հետ համակարգելու համար:

Վճարում

- Ձեր ապահովագրական փոխհատուցումների ստացման համար:
- Ապահովագրական փոխհատուցման չափը որոշելու համար, օրինակ, որպեսզի պայմանավորվենք բուժաշխատողի հետ ձեզ մատուցող ծառայությունների վճարման մասին:
- Օժանդակությունը համաձայնեցնելու համար այլ ապահովագրական փոխհատուցումների հետ, որոնք հնարավոր է ստանում եք, օրինակ, որպեսզի պայմանավորվենք մեկ այլ առողջապահական պլանի կամ ապահովագրողի հետ՝ ձեր իրավունակությունը կամ ապահովագրական փոխհատուցումը որոշելու համար:
- Երրորդ կողմից վճարում ստանալու համար, որը պատասխանատու է վճարման համար, օրինակ՝ ընտանիքի անդամից:
- Կամ բժշկական օժանդակության տրամադրման հետ կապված մեր պարտավորությունները որոշելու և իրականացնելու համար, օրինակ՝ բողոքները կարգավորելու համար:

Բուժապասարկում

- Հաճախորդներին սպասարկելու համար:
- Աջակցության և/կամ մեր առաջարկած ծրագրերը կամ ծառայությունները բարելավելու համար:
- Աջակցություն ցուցաբերելու համար ձեր առողջության վերահսկման հարցում, օրինակ՝ ձեզ տեղեկացնելու համար այլընտրանքային բուժման մասին, որը կարող է ձեզ հասանելի լինել, կամ ձեզ բուժծառայություններ կամ բուժման հիշեցումներ տրամադրելու համար:
- Աջակցելու համար մեկ այլ առողջապահական պլանի, ապահովագրողի կամ բուժաշխատողի, ով ձեզ հետ կապ ունի, բարելավելու համար այն ծրագրերը, որոնք ձեզ առաջարկվում են, օրինակ՝ բժշկական հսկողության համար կամ բուժխնամքի համար հաշվետու կազմակերպությանն (ACO) աջակցելու համար կամ պացիենտամետ բուժհաստատությունում տեղավորելու համար:
- Երաշխավորման, պարտականությունների, ապահովագրական վճարների դրույքաչափերի սահմանման կամ այլ գործողությունների համար, որոնք կապված են բուժօգնության համար փոխհատուցման կամ ապահովագրության վերաբերյալ պայմանագրի ստեղծման, երկարացման կամ փոխելու հետ: Խնդրում ենք նկատի ունենալ, որ այնուամենայնիվ մենք չենք օգտագործի և բացահայտի ձեր գեներետիկ տվյալներով PHI-ն երաշխավորման նպատակներով. դա արգելվում է դաշնային օրենսդրությամբ:

Մենք կարող ենք նաև բացահայտել ձեր PHI-ն՝ առանց ձեր գրավոր թույլտվության այլ նպատակներով, ինչպես դա թույլատրվում կամ պահանջվում է օրենքով: Ներառված են հետևյալ դեպքերը՝

Տվյալների բացահայտում՝ ձեր բուժխնամքում ներգրավված այլ անձանց

- Եթե ձեր ներկայությամբ կամ այլ կերպ մեզ հրահանգում եք, որպեսզի այդպես վարվենք, մենք կարող ենք ձեր PHI-ն բացահայտել այլ անձանց, օրինակ՝ ընտանիքի անդամին, մտերիմ ընկերոջը կամ ձեր ինսամակալին:
- Եթե արտակարգ դեպք է ձեզ հետ պատահել, ներկա չեք, անգործունակ եք կամ մահ է գրանցվել, մենք, ըստ մեր մասնագիտական հայեցողության, կորոշենք արդյոք ձեր PHI-ի բացահայտումը բխում է ձեր շահերից, թե ոչ: Եթե մենք ձեր PHI-ն բացահայտենք այնպիսի իրավիճակում, երբ դուք անհասանելի եք, մենք կբացահայտենք ձեր բուժման մեջ ներգրավված անձին միայն այն տվյալները, որոնք անմիջականորեն առնչվում են ձեր բուժմանը կամ ձեր բուժման հետ կապված վճարմանը: Մենք կարող ենք նաև բացահայտել ձեր PHI-ն այդ անձանց՝ ձեր գտնվելու վայրի, ձեր ընդհանուր բժշկական վիճակի կամ ձեր մահվան մասին տեղեկացնելու համար (կամ օգնելու համար տեղեկացնել):
- Մենք կարող ենք բացահայտել ձեր անչափահաս երեխայի PHI-ն երեխայի մյուս ծնողին:

Տվյալների բացահայտում մատակարարներին և հավատարմագրման կազմակերպություններին

Մենք կարող ենք բացահայտել ձեր PHI-ն՝

- Ընկերություններին, որոնք որոշակի ծառայություններ են տրամադրում Blue Shield Promise-ի անունից: Օրինակ, մենք կարող ենք ներգրավել այնպիսի մատակարարների, որոնք կօգնեն մեզ ինֆորմացիա և խորհուրդներ տրամադրել քրոնիկ հիվանդություններ, օրինակ՝ շաքարային դիաբետ և ասթմա ունեցող անդամներին:
- Հավատարմագրման կազմակերպություններին, ինչպիսիք են Որակի ապահովման ազգային կոմիտեն (NCQA, National Committee for Quality Assurance)՝ որակի գնահատման նպատակներով:

Ինդրում ենք նկատի ունենալ, որ նախքան ձեր PHI-ով կիսվելը, մենք ձեռք ենք բերում

մատակարարի կամ հավատարմագրման կազմակերպության գրավոր համաձայնությունը՝ պաշտպանելու ձեր PHI-ի գաղտնիությունը:

Հաղորդակցություններ

Մենք կարող ենք օգտագործել ձեր PHI-ն, որպեսզի ձեզ հետ կապ հաստատենք՝ ձեր առողջապահական պլանի ապահովագրական փոխհատուցման, նպաստների, առողջության հետ կապված ծրագրերի և ծառայությունների, բուժման հիշեցումների կամ ձեզ համար մատչելի այլընտրանքային բուժման վերաբերյալ տեղեկություններ հաղորդելու համար:

Ֆինանսների ներգրավում

Մենք չենք օգտագործում ձեր PHI-ն ֆինանսների ներգրավման նպատակներով:

Առողջություն կամ անվտանգություն

Մենք կարող ենք բացահայտել ձեր PHI-ն՝ կանխելու կամ նվազեցնելու ձեր կամ հանրային առողջության կամ անվտանգության համար լուրջ կամ անմիջական սպառնալիքը:

Հանրային առողջապահական գործունեություն

Մենք կարող ենք բացահայտել ձեր PHI-ն՝

- Առողջության վերաբերյալ տեղեկություններ հաղորդել առողջապահական մարմիններին, որոնք օրենքով լիազորված են այդպիսի տեղեկատվություն ստանալ՝ հիվանդությունը, վնասվածքը կամ հաշմանդամությունը կանխելու կամ վերահսկելու, ինչպես նաև պատվաստումները վերահսկելու նպատակով:
- Երեխայի նկատմամբ բռնության կամ անտեսման կամ մեծահասակի նկատմամբ բռնության, այդ թվում՝ ընտանեկան բռնության մասին հաղորդել պետական մարմնին, որն օրենքով լիազորված է այդպիսի հաղորդումներ ստանալ:
- Հաղորդում ներկայացնել արտադրանքի կամ գործունեության մասին, որը կարգավորվում է ԱՄՆ Սննդի և դեղորայքի վերահսկողության (FDA, Food and Drug Administration) կողմից, արտադրանքի կամ գործունեության որակի, անվտանգության կամ արդյունավետության համար պատասխանատու անձին:

- Չգուշացնել անձին, որը կարող էր վարակվել վարակիչ հիվանդությամբ, եթե մենք օրենքով լիազորված ենք այդպիսի ծանուցում տալ:

Առողջության վերահսկման գործունեություն

Մենք կարող ենք բացահայտել ձեր PHI-ն՝

- Պետական մարմին, որն իրավաբանորեն պատասխանատու է առողջապահական համակարգի վերահսկողության կամ պետական նպաստների ծրագրերի կանոնները պահպանելու համար, ինչպիսիք են Medicare-ը կամ Medicaid-ը:
- Այլ կարգավորող ծրագրերին, որոնց անհրաժեշտ է առողջապահական տեղեկատվությունը իրավական պահանջների պահպանումը որոշելու համար:

Հետազոտություն

Մենք կարող ենք բացահայտել ձեր PHI-ն հետազոտական նպատակներով, բայց միայն օրենքին համապատասխան և ինչպես թույլատրվում է օրենքով:

Օրենքի պահպանում

Մենք կարող ենք օգտագործել և բացահայտել ձեր PHI-ն օրենքին համապատասխան:

Պատական և վարչական վարույթներ

Մենք կարող ենք ձեր PHI-ն բացահայտել դատական կամ վարչական վարույթում կամ գործող իրավական կարգադրության համաձայն:

Իրավապահ մարմինների ներկայացուցիչներ

Մենք կարող ենք ձեր PHI-ն բացահայտել ոստիկանության կամ այլ իրավապահ մարմինների ներկայացուցիչներին, ինչպես դա պահանջվում է օրենքով կամ դատարանի որոշման կամ օրենքով թույլատրված այլ գործընթացի համաձայն:

Կառավարության գործառույթներ

Մենք կարող ենք ձեր PHI-ն բացահայտել կառավարության տարբեր գերատեսչություններին, օրինակ՝ ԱՄՆ-ի զինված ուժերին կամ ԱՄՆ Պետդեպարտամենտին, ինչպես պահանջում է օրենքը:

Աշխատողների փոխհատուցում

Մենք կարող ենք բացահայտել ձեր PHI-ն, երբ դա անհրաժեշտ է՝ աշխատողների փոխհատուցման օրենքները պահպանելու համար:

PHI-ի օգտագործում, որի համար պահանջվում է ձեր թույլտվությունը

Բացի վերոնշյալ նպատակներից, մենք պետք է ստանանք ձեր գրավոր թույլտվությունը՝ ձեր PHI-ն օգտագործելու կամ բացահայտելու համար: Օրինակ, մենք չենք օգտագործի ձեր PHI-ն մարկետինգային նպատակներով՝ առանց ձեր նախնական գրավոր թույլտվության, ինչպես նաև չենք տրամադրի ձեր PHI-ն պոտենցիալ գործատուին՝ առանց ձեր գրավոր թույլտվության:

Որոշ PHI-ի օգտագործումն ու բացահայտումը համարվում են «խիստ գաղտնի»

Որոշ PHI-ի համար դաշնային և նահանգային օրենսդրությունը կարող է պահանջել գաղտնիության խստացված պաշտպանություն: Այն ներառում է PHI-ն, որը՝

- Պահպանվում է հոգեբուժական արձանագրություններում
- Վերաբերում է ավրոհողի և թմրանյութերի չարաչափմանը, պրոֆիլակտիկ բուժմանը, բուժմանը և բուժման ուղեգրմանը
- Վերաբերում է ՄԻԱՎ/ՁԻԱՀ-ի թեստավորմանը, ախտորոշմանը կամ բուժմանը
- Վերաբերում է վնեռական և/կամ վարակիչ հիվանդությանը (հիվանդություններին)
- Վերաբերում է գենետիկական թեստավորմանը

Մենք կարող ենք բացահայտել այս տեսակի հատուկ պաշտպանվող PHI-ն միայն ձեր նախնական գրավոր թույլտվությամբ, բացառությամբ այն դեպքերի, երբ դա հատուկ թույլատրվում կամ պահանջվում է օրենքով:

Թույլտվության չեղարկում

Ցանկացած ժամանակ դուք կարող եք չեղարկել գրավոր թույլտվությունը, որն ավելի շուտ տվել եք մեզ: Մեզ գրավոր տեսքով ներկայացնելու դեպքում չեղարկումը կտարածվի ձեր PHI-ի հետագա օգտագործման և բացահայտման վրա: Դա չի ազդի նախկինում օգտագործման կամ բացահայտման վրա, երբ ձեր թույլտվությունն ուժի մեջ էր:

Ձեր ԱՆՀԱՏԱԿԱՆ ԻՐԱՎՈՒՆՔՆԵՐԸ

Դուք հետևյալ իրավունքներն ունեք PHI-ի հետ կապված, որոնք Blue Shield Promise-ը ստեղծում, ձեռք է բերում և/կամ պահպանում է ձեր մասին՝

Սահմանափակումներ պահանջելու իրավունք

Դուք կարող եք պահանջել, որպեսզի սահմանափակենք ձեր PHI-ի օգտագործումն ու բացահայտումը բուժման, վճարման և բուժսպասարկման նպատակով, ինչպես նկարագրված է այս ծանուցման մեջ: Մենք պարտավոր չենք համաձայնել ձեր սահմանափակումների պահանջներին, բայց մենք դրանք նկատի կունենանք:

Եթե համաձայն ենք սահմանափակման պահանջին, մենք կհետևենք դրան՝ մինչև դուք կխնդրեք կամ կհամաձայնեք դադարեցնել սահմանափակումը: Մենք կարող ենք նաև տեղեկացնել ձեզ, որ դադարեցնում ենք սահմանափակման հետ կապված մեր համաձայնությունը: Այդ դեպքում դադարեցումը կվերաբերի միայն այն PHI-ին, որը ստեղծվել կամ ստացվել է դադարեցման մասին ձեզ տեղեկացնելուց հետո:

Գաղտնի հաղորդակցություններ ստանալու իրավունք

Դուք կարող եք պահանջել ստանալ այլընտրանքային եղանակով կամ այլընտրանքային վայրերում PHI պարունակող Blue Shield Promise-ի հաղորդակցություններ: Օրենքի համաձայն և հնարավորության դեպքում մենք կբավարարենք ողջամիտ պահանջները: Մենք կարող ենք պահանջել, որպեսզի ձեր պահանջը գրավոր ներկայացնեք: Եթե ձեր պահանջը վերաբերում է անչափահաս երեխայի, մենք կարող ենք խնդրել ձեզ տրամադրել իրավական փաստաթղթեր՝ ձեր պահանջը հիմնավորելու համար:

Ձեր PHI-ի հասանելիության իրավունք

Դուք կարող եք պահանջել ստուգել կամ ստանալ որոշ PHI-ի պատճենը, որ մենք պահպանում ենք ձեր մասին «հատուկ պաշտպանված արձանագրություններում»:

Այստեղ ներառված են, օրինակ՝ գրանցման, վճարման, բողոքների հետաքննության, բժշկական հսկողության կամ բուժման ընթացքի արձանագրությունները և ցանկացած ինֆորմացիա, որը մենք օգտագործել ենք ձեր մասին որոշումներ կայացնելու համար: Ձեր հայցը պետք է լինի գրավոր: Հնարավորության դեպքում և ինչպես պահանջում է օրենքը, մենք ձեզ կտրամադրենք ձեր PHI-ի պատճենը ձեր ուզած եղանակով (թղթային կամ էլեկտրոնային) և ձևաչափով: Եթե ցանկանում եք ստանալ ձեր PHI-ի պատճենը, մենք կարող ենք ձեզանից գանձել ողջամիտ, ծախսերի վրա հիմնված վճար՝ այն պատրաստելու, պատճենելու և/կամ փոստով ուղարկելու համար: Օրենքով թույլատրված որոշ հազվադեպ դեպքերում մենք կարող ենք արգելել ձեզ հասանելիություն ունենալ ձեր արձանագրությունների որոշ մասին:

Ձեր արձանագրությունները փոփոխելու իրավունք

Դուք իրավունք ունեք պահանջել մեզ շտկել կամ փոփոխել PHI-ն, որը մենք պահպանում ենք ձեր մասին հատուկ պաշտպանված արձանագրություններում: Ձեր պահանջը պետք է լինի գրավոր և բացատրվի, թե ինչու եք ցանկանում փոխել ձեր PHI-ն: Եթե մեր կարծիքով PHI-ն սխալ կամ թերի է, մենք այն կշտկենք, եթե դա թույլատրվում է օրենքով: Եթե բժիշկը կամ բուժօգնականությունն են ստեղծել PHI-ն, որը ցանկանում եք փոփոխել, ապա պետք է խնդրեք նրանց, որպեսզի փոխեն տվյալները:

Տվյալների բացահայտման վերաբերյալ հաշվետվություն ստանալու իրավունք

Ձեր գրավոր հարցման հիման վրա մենք ձեզ կտրամադրենք մեր կողմից ձեր PHI-ի բացահայտման դեպքերի ցանկը նշված ժամանակահատվածի համար՝ ձեր հարցման ամսաթվից սկսած մինչև վեց տարի վաղեմության: Այնուամենայնիվ, ցանկում ներառված չեն լինելու՝

- Ձեր թույլատրած տվյալների բացահայտումները:
- Ձեր հարցման օրվանից սկսած ավելի քան վեց տարի առաջ կատարված տվյալների բացահայտումները:

- Բուժման, վճարման և բուժօգնականության նպատակով կատարված տվյալների բացահայտումները, բացառությամբ օրենքով սահմանված դեպքերի:
- Որոշ այլ բացահայտումներ, որոնք մեզ օրենքով թույլատրվում է չներառել հաշվետվության մեջ:

Եթե դուք հաշվետվություն եք պահանջում 12 ամսվա ընթացքում մեկից ավելի անգամ, մենք առաջին հաշվետվությունից հետո ձեզանից կգանձենք ողջամիտ, ծախսերի վրա հիմնված վճար:

Անձնական ներկայացուցիչ նշանակելու իրավունք

Դուք կարող եք ուրիշ անձի նշանակել որպես ձեր անձնական ներկայացուցիչ: Ձեր ներկայացուցչին թույլատրվում է հասանելիություն ունենալ ձեր PHI-ին, հաղորդակցվել ձեզ բուժխնամք տրամադրող բուժաշխատողների և բուժօգնականությունների հետ և ձեր անունից իրացնել HIPAA-ով (Առողջության ապահովագրության մատչելիության և հաշվետվողականության մասին օրենք) սահմանված մյուս բոլոր իրավունքները: Կախված ձեր ներկայացուցչին տրված լիազորություններից՝ նա կարող է նաև լիազորություն ունենալ ձեզ համար բժշկական որոշումներ կայացնել:

Սույն ծանուցման թղթային օրինակը ստանալու իրավունք

Ըստ ձեր պահանջի՝ մենք կտրամադրենք այս ծանուցման թղթային օրինակը, նույնիսկ եթե դուք համաձայնվել եք սույն ծանուցումը ստանալ էլեկտրոնային եղանակով: Տե՛ս սույն ծանուցման «Ծանուցման հասանելիության և տևողության» բաժինը:

Կապ հաստատել Blue Shield Promise-ի հետ

Եթե հարցեր ունեք ձեր գաղտնիության իրավունքների վերաբերյալ, կարծում եք, որ մենք կարող ենք խախտել ձեր գաղտնիության իրավունքները, կամ համաձայն չեք ձեր PHI-ի հասանելիության վերաբերյալ մեր կայացրած որոշման հետ, կարող եք կապ հաստատել մեզ հետ՝

Blue Shield of California Promise Health Plan Privacy Office

P.O. Box 272540
Chico, CA 95927-2540

Հեռախոս՝ (888) 266-8080 (անվճար)
Թեժ գիծ՝ (855) 296-9086 (անվճար)
Ֆաքս՝ (800) 201-9020 (անվճար)
Էլփոստ՝ privacy@blueshieldca.com

Որոշ հայցերի դեպքում դուք պետք է լրացնեք և մեզ ուղարկեք ձև, որը կարող եք ձեռք բերել՝ գանգահարելով Հաճախորդների սպասարկման բաժին ձեր Promise Health Plan-ի անդամի ID քարտին Նշված հեռախոսահամարով կամ այցելելով մեր վեբկայք հետևյալ հասցեով՝ blueshieldca.com/bzca/bsc/wcm/connect/sites/Sites_Content_EN/bsp/about-promise/privacy:

Կապ հաստատել դաշնային կառավարման գործակալության հետ

Կարող եք նաև գրավոր բողոք ներկայացնել ԱՄՆ Առողջապահության և սոցիալական ծառայությունների վարչության (HHS, U.S. Department of Health & Human Services) Զաղաքացիական իրավունքների գրասենյակի քարտուղարին, եթե կարծում եք, որ մենք հևարավոր է խախտել ենք ձեր գաղտնիության իրավունքները՝

Office for Civil Rights

U.S. Department of Health & Human Services
200 Independence Avenue, S.W.
Washington, D.C. 20201

Հեռախոս՝ (877) 696-6775
Վեբկայք՝ hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints

Եթե Կալիֆոռնիայի բնակիչ եք, կարող եք կապ հաստատել նաև Կալիֆոռնիայի Զաղաքացիական իրավունքների գրասենյակի (OCR) տարածաշրջանային ղեկավարին՝

Region IX Regional Manager

Office for Civil Rights
U.S. Department of Health & Human Services
90 7th St., Suite 4-100
San Francisco, CA 94103

Հեռախոս՝ (800) 368-1019
Ֆաքս՝ (202) 619-3818
TTY՝ (800) 537-7697

Կապ հաստատել նահանգային կառավարման գործակալության հետ

Դուք կարող եք նաև գրավոր բողոք ներկայացնել Կալիֆոռնիայի Առողջապահական ծառայությունների վարչություն (DHCS, Department of Health Care Services) և L.A. Care Health Plan-ին՝

DHCS

Privacy Officer
c/o Office of HIPAA Compliance DHCS
P.O. Box 997413, MS 4721
Sacramento, CA 95899-7413

Հեռախոս՝ (916) 445-4646
Ֆաքս՝ (916) 440-7680
Վեբկայք՝ <http://dhcs.ca.gov/privacyoffice>

L.A. Care Health Plan Privacy Office

1055 West 7th Street, 10th Floor
Los Angeles, CA 90017

Հեռախոս՝ (888) 839-9909

Մենք հիշաչար չենք լինի ձեր նկատմամբ՝ մեր գաղտնիության քաղաքականության դեմ բողոք ներկայացնելու համար:

ՀԱՍԱՆԵԼԻՈՒԹՅԱՆ և ՏՆՈՂՈՒԹՅԱՆ ՄԱՍԻՆ ԾԱՆՈՒՅՈՒՄ

Հասանելիության մասին ծանուցում

Այս Ծանուցման պատճենը կարող եք ձեռք բերել՝ զանգահարելով Հանձնախորհրդի սպասարկման բաժին ձեր Promise Health Plan-ի անդամի ID քարտին Նշված հեռախոսահամարով կամ այցելելով մեր վեբկայք հետևյալ հասցեով՝ blueshieldca.com/bzca/bsc/wcm/connect/sites/Sites_Content_EN/bsp/about-promise/privacy:

Սույն Ծանուցման պայմանները փոխելու հրավույնք

Մենք պարտավոր են պահպանել սույն Ծանուցման պայմանները, քանի դեռ այն ուժի մեջ է: Մենք կարող ենք ցանկացած պահի փոխել սույն Ծանուցման պայմանները, և մեր հայեցողությամբ կարող ենք նոր պայմանները տարածել մեր տրամադրության տակ եղած ձեր բոլոր PHI-ի համար՝ ներառյալ ցանկացած PHI, որը մենք ստեղծել կամ ձեռք ենք բերել նախքան նոր ծանուցման հրապարակումը:

Եթե փոխենք այս ծանուցումը, մենք կթարմացնենք ծանուցումը մեր վեբկայքում, և եթե այդ ժամանակ դուք ընդգրկված եք Blue Shield Promise նպաստների պլանում, մենք ձեզ կուղարկենք նոր ծանուցումը երբ և ինչպես պահանջում է օրենքը:

Ուժի մեջ մտնելու ամսաթիվը՝ Սույն Ծանուցումը ուժի մեջ է մտնում՝ 01/01/2022

Լրացուցիչ աջակցության և ռեսուրսների համար այցելեք blueshieldca.com/promise/medical: Դուք կարող եք զանգահարել նաև Հանձնախորհրդի սպասարկման բաժին՝ (800) 605-2556 (TTY՝ 711) հեռախոսահամարով, ժամը 8:00-18:00 աշխատանքային օրերին: Blue Shield of California Promise Health Plan-ը պայմանագիր է կնքել L.A. Care Health Plan-ի հետ՝ Los Angeles վարչաշրջանում Medi-Cal-ի կողմից կառավարվող բուժօժանայություններ տրամադրելու համար:

NONDISCRIMINATION NOTICE

Discrimination is against the law. Blue Shield of California Promise Health Plan follows State and Federal civil rights laws. Blue Shield of California Promise Health Plan does not unlawfully discriminate, exclude people, or treat them differently because of sex, race, color, religion, ancestry, national origin, ethnic group identification, age, mental disability, physical disability, medical condition, genetic information, marital status, gender, gender identity, or sexual orientation.

Blue Shield of California Promise Health Plan provides:

- Free aids and services to people with disabilities to help them communicate better, such as:
 - ✓ Qualified sign language interpreters
 - ✓ Written information in other formats (large print, audio, accessible electronic formats, other formats)
- Free language services to people whose primary language is not English, such as:
 - ✓ Qualified interpreters
 - ✓ Information written in other languages

If you need these services, contact Blue Shield of California Promise Health Plan between 8 a.m. – 6 p.m., Monday through Friday. Call Customer Care in your region:

(800) 605-2556 (Los Angeles)

(855) 699-5557 (San Diego)

If you cannot hear or speak well, please call **TTY:711**. Upon request, this document can be made available to you in braille, large print, audiocassette, or electronic form. To obtain a copy in one of these alternative formats, please call or write to:

Blue Shield of California Promise Health Plan
Customer Care
601 Potrero Grande Dr., Monterey Park, CA 91755
(800) 605-2556 (Los Angeles)
(855) 699-5557 (San Diego)
TTY:711

HOW TO FILE A GRIEVANCE

If you believe that Blue Shield of California Promise Health Plan has failed to provide these services or unlawfully discriminated in another way on the basis of sex, race, color, religion, ancestry, national origin, ethnic group identification, age, mental disability, physical disability, medical condition, genetic information, marital status, gender, gender identity, or sexual orientation, you can file a grievance with Blue Shield of California Promise Health Plan's Civil Rights Coordinator. You can file a grievance by phone, in writing, in person, or electronically:

- **By phone:** Contact Blue Shield of California Promise Health Plan's Civil Rights Coordinator between 8 a.m. - 6 p.m., Monday – Friday by calling (844) 883-2233. Or, if you cannot hear or speak well, please call TYY/TDD 711.
- **In writing:** Fill out a complaint form or write a letter and send it to:

Blue Shield of California Promise Health Plan Civil Rights Coordinator
601 Potrero Grande Dr.
Monterey Park, CA 91755
- **In person:** Visit your doctor's office or Blue Shield of California Promise Health Plan and say you want to file a grievance.
- **Electronically:** Visit Blue Shield of California Promise Health Plan's website at www.blueshieldca.com/promise/medi-cal.

OFFICE OF CIVIL RIGHTS – CALIFORNIA DEPARTMENT OF HEALTH CARE SERVICES

You can also file a civil rights complaint with the California Department of Health Care Services, Office of Civil Rights by phone, in writing, or electronically:

- **By phone:** Call **916-440-7370**. If you cannot speak or hear well, please call **711 (Telecommunications Relay Service)**.
- **In writing:** Fill out a complaint form or send a letter to:

**Deputy Director, Office of Civil Rights
Department of Health Care Services
P.O. Box 997413, MS 009 Sacramento, CA 95899-7413**

Complaint forms are available at
http://www.dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx.

- Electronically: Send an email to CivilRights@dhcs.ca.gov.
-

OFFICE OF CIVIL RIGHTS – U.S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES

If you believe you have been discriminated against on the basis of race, color, national origin, age, disability or sex, you can also file a civil rights complaint with the U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights by phone, in writing, or electronically:

- By phone: Call **1-800-368-1019**. If you cannot speak or hear well, please call **TTY/TDD 1-800-537-7697**.
- In writing: Fill out a complaint form or send a letter to:

**U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue, SW
Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201**

Complaint forms are available at <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

Electronically: Visit the Office for Civil Rights Complaint Portal at
<https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>.



Language Assistance Notice

English

ATTENTION: If you need help in your language call 1-800-605-2556 (TTY: 711). Aids and services for people with disabilities, like documents in braille and large print, are also available. Call 1-800-605-2556 (TTY: 711). These services are free of charge.

الشعار بالعربية (Arabic)

يُرجى الانتباه: إذا احتجت إلى المساعدة بلغتك، فاتصل بـ 1-800-605-2556 (TTY: 711). تتوفر أيضًا المساعدات والخدمات للأشخاص ذوي الإعاقة، مثل المستندات المكتوبة بطريقة بريـل والخط الكبير. اتصل بـ 1-800-605-2556 (TTY: 711). هذه الخدمات مجانية.

Հայերեն պիտակ (Armenian)

ՈՒՇԱԴՐՈՒԹՅՈՒՆ. Եթե Ձեզ օգնություն է հարկավոր Ձեր լեզվով, զանգահարեք 1-800-605-2556 (TTY՝ 711) հեռախոսահամարով: Կան նաև օժանդակ միջոցներ ու ծառայություններ հաշմանդամություն ունեցող անձանց համար, օրինակ Բրայլի գրատիպով ու խոշորատառ տպագրված նյութեր: Զանգահարեք 1-800-605-2556 (TTY՝ 711) հեռախոսահամարով: Այդ ծառայություններն անվճար են:

ឃ្លាសំគាល់ភាសាខ្មែរ (Cambodian)

ចំណាំ: បើសិនអ្នកត្រូវការជំនួយ ជាភាសារបស់អ្នក សូមទូរស័ព្ទទៅលេខ 1-800-605-2556 (TTY: 711) ។ ជំនួយ និងសេវា សំរាប់ជនពិការ ដូចជាឯកសារសរសេរជាអក្សរព្រីល សំរាប់ជនពិការភ្នែក ឬឯកសារជាអក្សរពុម្ពធំៗ ក៏មានដែរ។ ទូរស័ព្ទមកលេខ 1-800-605-2556 (TTY: 711)។ សេវាទាំងនេះមិនគិតថ្លៃឡើយ។

简体中文标语 (Chinese)

请注意: 如果您需要以您的母语提供帮助, 请致电 1-800-605-2556 (TTY: 711)。另外还提供针对残疾人士的帮助和服务, 例如文盲和需要较大字体阅读, 也是方便取用的。请致电 1-800-605-2556 (TTY: 711)。这些服务都是免费的。

مطلب به زبان فارسی (Farsi)

توجه: اگر میخواهید به زبان خود کمک دریافت کنید، با 1-800-605-2556 (TTY: 711) تماس بگیرید. کمکها و خدمات مخصوص افراد دارای معلولیت، مانند نسخه های خط بریل و چاپ با حروف بزرگ، نیز موجود است. با 1-800-605-2556 (TTY: 711) تماس بگیرید. این خدمات رایگان ارائه میشوند.

Medi_21_58_LA_04292021
MU_0004142_ENG1_0321

हिन्दी टैगलाइन (Hindi)

ध्यान दें: अगर आपको अपनी भाषा में सहायता की आवश्यकता है तो 1-800-605-2556 (TTY: 711) पर कॉल करें। अशक्तता वाले लोगों के लिए सहायता और सेवाएं, जैसे ब्रेल और बड़े प्रिंट में भी दस्तावेज़ उपलब्ध हैं। 1-800-605-2556 (TTY: 711) पर कॉल करें। ये सेवाएं निःशुल्क हैं।

Nqe Lus Hmoob Cob (Hmong)

CEEB TOOM: Yog koj xav tau kev pab txhais koj hom lus hu rau 1-800-605-2556 (TTY: 711). Muaj cov kev pab txhawb thiab kev pab cuam rau cov neeg xiam oob qhab, xws li puav leej muaj ua cov ntawv su thiab luam tawm ua tus ntawv loj. Hu rau 1-800-605-2556 (TTY: 711). Cov kev pab cuam no yog pab dawb xwb.

日本語表記 (Japanese)

注意日本語での対応が必要な場合は1-800-605-2556 (TTY: 711) へお電話ください。点字の資料や文字の拡大表示など、障がいをお持ちの方のためのサービスも用意しています。1-800-605-2556 (TTY: 711) へお電話ください。これらのサービスは無料で提供していますへお電話ください。これらのサービスは無料で提供しています。

한국어 태그라인 (Korean)

유의사항: 귀하의 언어로 도움을 받고 싶으시면 1-800-605-2556 (TTY: 711)번으로 문의하십시오. 점자나 큰 활자로 된 문서와 같이 장애가 있는 분들을 위한 도움과 서비스도 이용 가능합니다. 1-800-605-2556 (TTY: 711)번으로 문의하십시오. 이러한 서비스는 무료로 제공됩니다.

ແທກໄລພາສາລາວ (Laotian)

ປະກາດ: ຖ້າທ່ານຕ້ອງການຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອໃນພາສາຂອງທ່ານໃຫ້ໂທຫາເບີ 1-800-605-2556 (TTY: 711). ຍັງມີຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອແລະການບໍລິການສໍາລັບຄົນພິການ ເຊັ່ນເອກະສານທີ່ເປັນອັກສອນນູນແລະ ມິໂຕລິມໃຫຍ່ ໃຫ້ໂທຫາເບີ 1-800-605-2556 (TTY: 711). ການບໍລິການເຫຼົ່ານີ້ບໍ່ຕ້ອງເສຍຄ່າໃຊ້ຈ່າຍໃດໆ.

Mien Tagline (Mien)

LONGC HNYOUV JANGX LONGX OC: Beiv taux meih qiemx longc mienh tengx faan benx meih nyei waac nor douc waac daaih lorx taux 1-800-605-2556 (TTY: 711). Liouh lorx jauv-louc tengx aengx caux nzie gong bun taux ninh mbuo wuaaic fangx mienh, beiv taux longc benx nzangc-pokc bun hluo mbiutc aengx caux aamz mborqv benx domh sou se mbenc nzoih bun longc. Douc waac daaih lorx 1-800-605-2556 (TTY: 711). Naaiv deix nzie weih gong-bou jauv-louc se benx wang-henh tengx mv zuqc cuotv nyaanh oc.

ਪੰਜਾਬੀ ਟੈਗਲਾਈਨ (Punjabi)

ਧਿਆਨ ਦਿਓ: ਜੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਆਪਣੀ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਮਦਦ ਦੀ ਲੋੜ ਹੈ ਤਾਂ ਕਾਲ ਕਰੋ 1-800-605-2556 (TTY: 711)। ਅਪਾਰਜ ਲੋਕਾਂ ਲਈ ਸਹਾਇਤਾ ਅਤੇ ਸੇਵਾਵਾਂ, ਜਿਵੇਂ ਕਿ ਬ੍ਰੇਲ ਅਤੇ ਮੇਟੀ ਛਪਾਈ ਵਿੱਚ ਦਸਤਾਵੇਜ਼, ਵੀ ਉਪਲਬਧ ਹਨ। ਕਾਲ ਕਰੋ 1-800-605-2556 (TTY: 711)। ਇਹ ਸੇਵਾਵਾਂ ਮੁਫਤ ਹਨ।

Русский слоган (Russian)

ВНИМАНИЕ! Если вам нужна помощь на вашем родном языке, звоните по номеру 1-800-605-2556 (линия ТТТ: 711). Также предоставляются средства и услуги для людей с ограниченными возможностями, например документы крупным шрифтом или шрифтом Брайля. Звоните по номеру 1-800-605-2556 (линия ТТТ: 711). Такие услуги предоставляются бесплатно.

Mensaje en español (Spanish)

ATENCIÓN: Si necesita ayuda en su idioma, llame al 1-800-605-2556 (TTY: 711). Para las personas con discapacidades, también hay asistencia y servicios gratuitos disponibles, como documentos en braille y letra grande. Llame al 1-800-605-2556 (TTY: 711). Estos servicios son gratuitos.

Tagalog Tagline (Tagalog)

PAUNAWA: Kung kailangan ninyo ng tulong sa inyong wika, tumawag sa 1-800-605-2556 (TTY: 711). Mayroon ding mga tulong at serbisyo para sa mga taong may kapansanan, tulad ng mga dokumento sa braille at malalaking titik. Tumawag sa 1-800-605-2556 (TTY: 711). Libre ang mga serbisyonang ito.

แท็กไลน์ภาษาไทย (Thai)

โปรดทราบ: หากคุณต้องการความช่วยเหลือเป็นภาษาของคุณ กรุณาโทรศัพท์ไปที่หมายเลข 1-800-605-2556 (TTY: 711) นอกจากนี้ ยังพร้อมให้ความช่วยเหลือและบริการต่าง ๆ สำหรับบุคคลที่มีความพิการ เช่น เอกสารต่าง ๆ ที่เป็นอักษรเบรลล์และเอกสารที่พิมพ์ด้วยตัวอักษรขนาดใหญ่ กรุณาโทรศัพท์ไปที่หมายเลข 1-800-605-2556 (TTY: 711) ไม่มีค่าใช้จ่ายสำหรับบริการเหล่านี้

Примітка українською (Ukrainian)

УВАГА! Якщо вам потрібна допомога вашою рідною мовою, телефонуйте на номер 1-800-605-2556 (TTY: 711). Люди з обмеженими можливостями також можуть скористатися допоміжними засобами та послугами, наприклад, отримати документи, надруковані шрифтом Брайля та великим шрифтом. Телефонуйте на номер 1-800-605-2556 (TTY: 711). Ці послуги безкоштовні.

Khẩu hiệu tiếng Việt (Vietnamese)

CHÚ Ý: Nếu quý vị cần trợ giúp bằng ngôn ngữ của mình, vui lòng gọi số 1-800-605-2556 (TTY: 711). Chúng tôi cũng hỗ trợ và cung cấp các dịch vụ dành cho người khuyết tật, như tài liệu bằng chữ nổi Braille và chữ khổ lớn (chữ hoa). Vui lòng gọi số 1-800-605-2556 (TTY: 711). Các dịch vụ này đều miễn phí.