

# गोपनीयता के अभ्यासों का नोटिस

Blue Shield of California और Blue Shield of California Life & Health Insurance Company

**यह नोटिस यह वर्णन करता है कि Blue Shield सदस्य के रूप में, आपके बारे में चिकित्सा जानकारी का उपयोग और प्रकटीकरण कैसे किया जा सकता है, और आप अपनी जानकारी तक कैसे पहुंच प्राप्त कर सकते हैं।**

## हमारी गोपनीयता प्रतिबद्धता

Blue Shield में, हम आपकी निजी जानकारी की गोपनीयता बनाए रखने के महत्व को समझते हैं, और हम ऐसा संजीदगी से करने के लिए अपनी जिम्मेदारी लेते हैं।

व्यापार करने के सामान्य तरीके में, हम आपके बारे में, आपके चिकित्सा उपचार के बारे में और हमारे द्वारा आपको प्रदान की जाती सेवाओं के बारे में रिकॉर्ड बनाते हैं। उन रिकॉर्डों की जानकारी को सुरक्षित स्वास्थ्य सूचना (PHI) कहा जाता है और इसमें आपकी व्यक्तिगत पहचान वाली व्यक्तिगत जानकारी जैसे कि आपका नाम, पता, टेलीफोन नंबर, और सामाजिक सुरक्षा नंबर, साथ ही आपकी स्वास्थ्य संबंधी जानकारी जैसे कि स्वास्थ्य देखभाल निदान या दावे की जानकारी शामिल है।

हमारे कानूनी कर्तव्यों और गोपनीयता अभ्यासों के इस नोटिस को हमारे द्वारा आपको प्रदान करना संघीय और राज्य कानून द्वारा आवश्यक है क्योंकि वे आपके PHI से संबंधित हैं। हमें आपकी PHI की गोपनीयता बनाए रखने और असुरक्षित PHI के खतरे से आपके प्रभावित होने की स्थिति में आपको सूचित करने की आवश्यकता है। जब हम आपकी PHI का उपयोग करते हैं या इसे किसी को प्रकट ("प्रकटीकरण" करते हैं) करते हैं, तो हम इस नोटिस की शर्तों से बंधे हुए हैं, जो कि आपके PHI वाले उन सभी रिकॉर्डों पर लागू होती हैं, जिन्हें हम बनाते, प्राप्त करते, और/या बनाए रखते हैं।

## हम आपकी गोपनीयता को कैसे सुरक्षित रखते हैं

हम आपके PHI की गोपनीयता सुनिश्चित करने के लिए भौतिक, तकनीकी और प्रशासनिक सुरक्षा उपायों को बनाए रखते हैं। आपकी गोपनीयता की रक्षा के लिए, केवल Blue Shield कार्यबल के सदस्यों को, जो अधिकृत और प्रशिक्षित हैं, हमारे पेपर और इलेक्ट्रॉनिक रिकॉर्डों और उन गैर-सार्वजनिक क्षेत्रों, जहां यह जानकारी रखी है, तक पहुंच प्रदान की जाती है।

कार्यबल सदस्यों को कई विषयों पर प्रशिक्षित किया जाता है जिनमें निम्नलिखित शामिल हैं:

- गोपनीयता और डेटा सुरक्षा नीतियां और प्रक्रियाएं, जिसमें यह शामिल है कि पेपर और इलेक्ट्रॉनिक रिकॉर्डों को कैसे लेबल, संग्रहीत, फाइल किया जाता है और इन तक कैसे पहुंच प्राप्त की जाती है।
- आपकी PHI की गोपनीयता और सुरक्षा बनाए रखने के लिए लागू भौतिक, तकनीकी और प्रशासनिक सुरक्षा उपाय।

हमारा कॉर्पोरेट गोपनीयता कार्यालय (प्राइवेट ऑफिस) इस पर नज़र रखता है कि हम हमारी गोपनीयता नीतियों और प्रक्रियाओं का पालन कैसे करते हैं, और इस महत्वपूर्ण विषय पर हमारे संगठन को कैसे शिक्षित करते हैं।

## हम आपकी PHI का उपयोग कैसे करते हैं और इसे कैसे प्रकट करते हैं

**आपकी अनुमति के बिना PHI का उपयोग।** आपको स्वास्थ्य लाभ और सेवाएं प्रदान करते समय आवश्यकता होने पर हम आपकी लिखित अनुमति के बिना आपकी

Y0118\_20\_669C\_C\_HN 09012020

PHI का प्रकटीकरण कर सकते हैं। हम निम्नलिखित उद्देश्यों के लिए आपकी PHI का प्रकटीकरण कर सकते हैं:

• **उपचार:**

- नर्सों, डॉक्टरों, फार्मसिस्टों, ऑप्टोमेट्रिस्टों, स्वास्थ्य शिक्षकों और अन्य स्वास्थ्य पेशेवरों के साथ साझा करने के लिए ताकि वे आपके देखभाल की योजना निर्धारित कर सकें।
- आपके लिए आवश्यक सेवाओं और उपचार को आपके द्वारा प्राप्त करने में मदद करने के लिए - उदाहरण के लिए, प्रयोगशाला परीक्षणों को आर्डर करना और परिणामों का उपयोग करना।
- किसी स्वास्थ्य देखभाल केंद्र या पेशेवर के साथ आपकी स्वास्थ्य देखभाल और संबंधित सेवाओं को समन्वित करने के लिए।

• **भुगतान:**

- आपके कवरेज हेतु प्रीमियम का भुगतान प्राप्त करने के लिए।
- कवरेज निर्धारण करने के लिए - उदाहरण के लिए, आपको प्रदान की गई सेवाओं के भुगतान के बारे में स्वास्थ्य देखभाल पेशेवर से बात करने के लिए।
- आपके अन्य कवरेज के साथ लाभों को समन्वित करने के लिए - उदाहरण के लिए, आपकी योग्यता या कवरेज निर्धारित करने हेतु किसी अन्य स्वास्थ्य योजना या बीमाकर्ता से बात करने के लिए।
- किसी तीसरे पक्ष से भुगतान प्राप्त करने के लिए जो भुगतान करने के लिए जिम्मेदार हो सकता है, जैसे परिवार का सदस्य।
- अन्यथा आपको स्वास्थ्य लाभ प्रदान करने की हमारी जिम्मेदारी निर्धारित और पूरी करने के लिए - उदाहरण के लिए, दावों का संचालन करने के लिए।

• **स्वास्थ्य देखभाल कार्य:**

- ग्राहक सेवा प्रदान करने के लिए।
- हमारे द्वारा आपको पेश की जाती योजनाओं या सेवाओं को सपोर्ट करने और/या बेहतर बनाने के लिए।
- आपके स्वास्थ्य की देखभाल करने में आपकी सहायता करने के लिए - उदाहरण के लिए, आपको उपचार के उन विकल्पों के बारे में जानकारी प्रदान

करने के लिए, जिनके आप हकदार हो सकते हैं, या आपको स्वास्थ्य सेवा या उपचार रिमाइंडर्स प्रदान करने के लिए।

- अन्य स्वास्थ्य योजना, बीमाकर्ता, या स्वास्थ्यदेखभाल पेशेवर के सहयोग के लिए जो आपके साथ संबंधित है, ताकि उनके द्वारा आपको पेश की जाती योजनाओं में सुधार लाया जा सके - उदाहरण के लिए, केस प्रबंधन के लिए या जवाबदेह देखभाल संगठन (ACO) या मरीज-केंद्रित चिकित्सा गृह व्यवस्था के सहयोग के लिए।
- स्वास्थ्य कवरेज या बीमा के लिए संविदा बनाने, उसके नवीनीकरण या बदलाव से संबंधित अंडरराइटिंग, बकाया, या प्रीमियम रेटिंग या अन्य गतिविधियों के लिए। कृपया ध्यान दें, हालांकि, हम आपकी PHI का उपयोग या प्रकटीकरण नहीं करेंगे, जो अंडरराइटिंग उद्देश्यों के लिए आनुवांशिक जानकारी है - ऐसा करना संघीय कानून द्वारा निषिद्ध है।

कानून द्वारा अनुमति या आवश्यकता के अनुसार, हम अन्य उद्देश्यों के लिए भी आपकी लिखित अनुमति के बिना आपकी PHI का प्रकटीकरण कर सकते हैं। इसमें निम्नलिखित शामिल है:

• **आपके स्वास्थ्य देखभाल में शामिल अन्य लोगों के सामने प्रकटीकरण।**

- यदि आप मौजूद हैं या ऐसा करने के लिए हमें निर्देश देने के लिए उपलब्ध हैं, तो हम आपके PHI को दूसरों को प्रकट कर सकते हैं, उदाहरण के लिए, परिवार का कोई सदस्य, करीबी दोस्त या आपका देखभालकर्ता।
- यदि आप किसी आपातकालीन स्थिति में हैं, उपास्थित नहीं हैं, अक्षम हैं, या यदि आपकी मृत्यु हो जाती है, तो हम यह तय करने के लिए कि क्या आपके PHI को दूसरों को प्रकट करना आपके सर्वोत्तम हित में है, अपने विवेक से पेशागत मानकों के अनुरूप निर्णय लेंगे। अगर हम आपकी PHI को ऐसी स्थिति में प्रकट करते हैं जहां आप अनुपलब्ध हैं, तो हम केवल उस जानकारी का प्रकटीकरण करेंगे जो सीधे आपके उपचार से संबंधित व्यक्ति की सहभागिता या आपके इलाज से संबंधित भुगतान के लिए प्रासंगिक है। हम आपके स्थान, आपकी सामान्य चिकित्सा स्थिति या आपकी मौत के बारे में ऐसे व्यक्तियों को सूचित करने के

लिए (या सूचित करने में सहायता के लिए) भी आपकी PHI को प्रकट कर सकते हैं।

- हम आपके नाबालिग बच्चे की PHI को आपकी बच्चे के दूसरे पैरेंट को प्रकट कर सकते हैं।
- **आपकी योजना के प्रायोजक को प्रकटीकरण।** हम PHI को आपकी समूह स्वास्थ्य योजना के प्रायोजक को प्रकट कर सकते हैं, जो आपका नियोक्ता हो सकता है, या योजना प्रायोजक की ओर से काम कर रही किसी कंपनी को प्रकट कर सकते हैं, ताकि वे उस योजना, जिसमें आप भाग ले रहे हैं, की देख रेख कर सकें, आडिट कर सकें और अन्यथा उसे प्रबंधित कर सकें। आपके नियोक्ता को उस PHI का उपयोग करने की अनुमति नहीं है, जो हम आपके लाभों के प्रबंधन के अलावा किसी और उद्देश्य के लिए प्रकट करते हैं। यह जानने के लिए कि क्या आपके नियोक्ता/योजना प्रायोजक को PHI प्राप्त होती है, और उन सीमित उपयोगों और प्रकटीकरणों की पूर्ण व्याख्या के लिए जो योजना प्रायोजक आपकी PHI पर कर सकता है, अपने योजना प्रायोजक के योजना दस्तावेज देखें।
- **विक्रेताओं और प्रमाणन संगठनों के लिए प्रकटीकरण।** हम आपकी PHI का प्रकटीकरण निम्नलिखित को कर सकते हैं:
  - Blue Shield की ओर से कुछ सेवाएं देने वाली कंपनियां। उदाहरण के लिए, हम मधुमेह और अस्थमा जैसी पुरानी बीमारियों वाले सदस्यों को जानकारी और मार्गदर्शन प्रदान करने में हमारी सहायता करने के लिए विक्रेताओं को शामिल कर सकते हैं।
  - गुणवत्ता मापन संबंधी उद्देश्यों के लिए National Committee for Quality Assurance (NCQA, गुणवत्ता आश्वासन राष्ट्रीय समिति) जैसे प्रमाणन संगठन।कृपया ध्यान दें कि इससे पहले कि हम आपकी PHI को साझा करें, हम आपकी PHI की गोपनीयता की रक्षा के लिए विक्रेता या प्रमाणन संगठन से लिखित सहमति प्राप्त करते हैं।

- **संचार।** हम आपके Blue Shield स्वास्थ्य योजना कवरेज, लाभों, स्वास्थ्य संबंधी योजनाओं और सेवाओं, उपचार रिमाइंडर, या आपके लिए उपलब्ध उपचार विकल्पों के बारे में जानकारी के संबंध में संपर्क करने के लिए आपकी PHI का उपयोग कर सकते हैं। हम धन एकत्रित करने के उद्देश्यों के लिए आपकी PHI का उपयोग नहीं करते हैं।
- **स्वास्थ्य या सुरक्षा।** हम आपके स्वास्थ्य या सुरक्षा, या आम जनता के स्वास्थ्य या सुरक्षा के लिए किसी गंभीर और आसन्न खतरे को रोकने या कम करने के लिए आपकी PHI का प्रकटीकरण कर सकते हैं।
- **जन स्वास्थ्य गतिविधियां।** हम आपकी PHI का प्रकटीकरण निम्नलिखित को कर सकते हैं:
  - बीमारी, चोट या विकलांगता को रोकने या नियंत्रित करने या टीकाकरण करने के उद्देश्य से इस तरह की जानकारी प्राप्त करने के लिए कानून द्वारा अधिकृत सार्वजनिक स्वास्थ्य अधिकारियों को स्वास्थ्य सूचना देने के लिए।
  - घरेलू हिंसा सहित, बाल शोषण, या उपेक्षा, या वयस्क शोषण की रिपोर्टें प्राप्त करने के लिए कानून द्वारा अधिकृत सरकारी अधिकारी को रिपोर्ट देने के लिए।
  - संयुक्त राज्य अमेरिका के खाद्य एवं दवा प्रशासन (FDA) द्वारा नियंत्रित उत्पाद या गतिविधि की गुणवत्ता, सुरक्षा, या प्रभावशीलता के लिए उत्तरदायी व्यक्ति को उत्पाद या गतिविधि के बारे में सूचना देने के लिए।
  - अगर हमें ऐसी सूचना देने के लिए कानून द्वारा अधिकृत किया गया हो, तो उस व्यक्ति को चेतावनी देने के लिए जिसे संक्रामक रोग हुआ हो।
- **स्वास्थ्य निरीक्षण गतिविधियां।** हम आपकी PHI का प्रकटीकरण निम्नलिखित को कर सकते हैं:
  - कोई सरकारी एजेंसी जो स्वास्थ्य देखभाल प्रणाली की निगरानी के लिए या सरकारी लाभ योजनाओं जैसे Medicare या Medicaid के नियमों का अनुपालन सुनिश्चित करने के लिए कानूनी तौर पर जिम्मेदार है।

- अन्य नियामक योजनाएं जिन्हें अनुपालन निर्धारित करने के लिए स्वास्थ्य सूचना की आवश्यकता है।
- **अनुसंधान।** हम अनुसंधान उद्देश्यों के लिए आपकी PHI का प्रकटीकरण कर सकते हैं, लेकिन केवल कानून के मुताबिक, और कानून द्वारा अनुमति के अनुसार।
- **कानून का अनुपालन।** हम कानून का पालन करने के लिए आपकी PHI का उपयोग और प्रकटीकरण कर सकते हैं।
- **न्यायिक और प्रशासनिक कार्यवाहियां।** हम आपकी PHI को न्यायिक या प्रशासनिक कार्यवाहियों में या वैध कानूनी आदेश के जवाब में प्रकट कर सकते हैं।
- **कानून लागू करने के लिए जिम्मेदार अधिकारी।** हम, कानून के अनुसार या न्यायालय के आदेश या कानून द्वारा अधिकृत अन्य प्रक्रिया के अनुपालन में, आपकी PHI को पुलिस या कानून लागू करने के लिए जिम्मेदार अन्य अधिकारियों को प्रकट कर सकते हैं।
- **सरकारी कार्य।** हम आपकी PHI को सरकार के विभिन्न विभागों जैसे कि संयुक्त राज्य अमेरिका की सेना या यू.एस. Department of State (डिपार्टमेंट ऑफ स्टेट), को कानून की अपेक्षा अनुसार प्रकट कर सकते हैं।
- **कर्मचारियों की क्षतिपूर्ति।** कर्मचारियों के क्षतिपूर्ति कानूनों का पालन करने के लिए आवश्यक होने पर हम आपकी PHI का प्रकटीकरण कर सकते हैं।

**PHI के उपयोग जिन्हें आपकी अनुमति की आवश्यकता है।** ऊपर बताए गए उद्देश्यों के अलावा, हमें आपकी PHI का उपयोग या प्रकटीकरण करने के लिए आपकी लिखित अनुमति प्राप्त करनी होगी। उदाहरण के लिए, हम आपकी पूर्व लिखित अनुमति के बिना विपणन उद्देश्यों के लिए आपकी PHI का उपयोग नहीं करेंगे, ना ही हम आपकी PHI को आपकी लिखित अनुमति के बिना किसी प्रत्याशित नियोक्ता को देंगे।

**कुछ PHI का उपयोग और प्रकटीकरण "अत्यधिक गोपनीय" माना जाता है।** कुछ प्रकार के PHI के लिए, संघीय और राज्य कानून गोपनीयता संबंधी अधिक सुरक्षा की अपेक्षा कर सकता है। इसमें वह PHI शामिल है जो:

- मनोचिकित्सा नोट्स के रूप में बना के रखी हुई है।
- शराब और नशीली दवाओं की रोकथाम, उपचार, और रेफरल के बारे में है।
- एचआईवी/एड्स परीक्षण, निदान, या उपचार के बारे में है।
- यौनांग संबंधी और/या संक्रामक रोग (रोगों) के बारे में है।
- आनुवांशिक परीक्षण के बारे में है।

हम इस प्रकार की विशिष्ट रूप से सुरक्षित PHI का केवल आपकी पूर्व लिखित अनुमति के साथ ही प्रकटीकरण कर सकते हैं अलावा इसके कि जब कानून द्वारा विशेष रूप से मंजूर या आवश्यक हो।

**अनुमति रद्द करना।** किसी भी समय, आप आपके द्वारा पहले दी गई लिखित अनुमति को रद्द कर सकते हैं। आपके द्वारा लिखित रूप में हमें दिए जाने पर, रद्दीकरण आपकी PHI के भविष्य के उपयोगों और प्रकटीकरणों पर लागू होगा। यह इससे पहले के तब तक किए गए उपयोगों या प्रकटीकरणों को प्रभावित नहीं करेगा, जब आपकी अनुमति प्रभावी थी।

## आपके व्यक्तिगत अधिकार

आपके पास उस PHI के बारे में निम्नलिखित अधिकार हैं जो कि Blue Shield आपके बारे में बनाती है, प्राप्त करती है, और/या रखती है:

- **प्रतिबंध लगाने का अनुरोध करने का अधिकार।** इस नोटिस में बताए गए अनुसार, जिस प्रकार हम आपकी PHI का इस्तेमाल उपचार, भुगतान और स्वास्थ्य सेवा के लिए करते हैं, आप उसे सीमित करने के लिए कह सकते हैं। जरूरी नहीं है कि हम आपके प्रतिबंध अनुरोधों से सहमत हों, लेकिन हम उन पर गंभीरता से विचार करेंगे।

अगर हम किसी प्रतिबंध के अनुरोध से सहमत हैं, तो जब तक आप प्रतिबंध समाप्त करने के लिए अनुरोध नहीं करते हैं या सहमत नहीं होते तब तक हम इसका पालन करेंगे। हम आपको यह भी सूचित कर सकते हैं कि हम उस प्रतिबंध पर हमारा समझौता समाप्त कर रहे हैं। उस स्थिति में, समापन केवल हमारे द्वारा आपको समापन के बारे में सूचित किए जाने के बाद ही बनाए गए या प्राप्त किए गए PHI पर लागू होगा।

- **गोपनीय सूचना प्राप्त करने का अधिकार।** आप वे Blue Shield पत्राचार प्राप्त करने की मांग कर सकते हैं जिनमें विभिन्न स्थानों पर या विभिन्न साधनों द्वारा PHI शामिल है। जैसा कानून द्वारा अपेक्षित हो, और जब भी संभव हो, हम उचित अनुरोधों पर विचार करेंगे। हमारी यह अपेक्षा हो सकती है कि आप लिखित में अपना अनुरोध करें। यदि आपके अनुरोध में कोई नाबालिग बच्चा शामिल है, तो हम आपसे आपके अनुरोध के समर्थन में कानूनी दस्तावेज़ प्रदान करने की मांग कर सकते हैं।
- **अपनी PHI तक पहुंच प्राप्त करने का अधिकार।** आप किसी PHI की जांच करने या एक प्रति प्राप्त करने की मांग सकते हैं जो कि हम "निर्धारित रिकॉर्ड सेट" में आपके बारे में रखते हैं। उदाहरण के लिए इसमें, नामांकन के रिकॉर्ड, भुगतान, दावे का निर्णय, और केस या चिकित्सा प्रबंधन रिकॉर्ड प्रणाली, और आपके बारे में निर्णय लेने के लिए उपयोग की जाने वाली जानकारी शामिल है। आपका अनुरोध लिखित में होना चाहिए। जब भी संभव हो, और कानून के अनुसार जरूरी हो, हम आपको आपके PHI की एक प्रति (कागज़ या इलेक्ट्रॉनिक) के रूप में आपके द्वारा अनुरोधित प्रारूप में प्रदान करेंगे। यदि आप अपनी PHI की एक प्रति का अनुरोध करते हैं, तो हम आपको PHI तैयार करने, प्रति बनाने और/या उसे डाक से भेजने के लिए उचित, लागत-आधारित शुल्क लगा सकते हैं। कानून द्वारा निर्मित कुछ सीमित परिस्थितियों में, हम आपको आपके रिकॉर्ड के एक भाग की जानकारी देने से इनकार कर सकते हैं।
- **अपने रिकॉर्ड में संशोधन का अधिकार।** आपके पास PHI जो कि हम निर्धारित रिकॉर्ड सेट में आपके बारे में रखते हैं, को सही या संशोधित करने का अनुरोध करने का अधिकार है। आपके द्वारा अनुरोध लिखित रूप में किया जाना चाहिए और इसके बारे में कारण बताया जाना चाहिए कि आप अपने PHI में संशोधन क्यों चाहते हैं। अगर हम यह निर्धारित करते हैं कि PHI गलत या अपूर्ण है, तो कानून द्वारा अनुमति होने पर हम इसे ठीक कर देंगे। यदि कोई डॉक्टर या स्वास्थ्य केंद्र जिसने वो PHI बनाया है जिसे आप बदलना चाहते हैं, तो आपको उन्हें जानकारी को संशोधित करने की मांग करनी चाहिए।
- **प्रकटीकरणों के लेखांकन प्राप्त करने का अधिकार।** आपके लिखित अनुरोध पर, हम आपको आपके अनुरोध की दिनांक से छह वर्ष पूर्व तक की उल्लिखित अवधि के लिए आपकी PHI की हमारे द्वारा किए गए प्रकटीकरण की एक सूची प्रदान करेंगे। हालांकि, इस सूची में निम्नलिखित शामिल नहीं होंगे:
  - आपके द्वारा प्राधिकृत किए गए प्रकटीकरण।
  - आपके अनुरोध करने की दिनांक से छह वर्ष पहले किए गए प्रकटीकरण।
  - कानून द्वारा आवश्यक होने के अलावा, उपचार, भुगतान और स्वास्थ्य सेवा के कार्यों के लिए किए गए प्रकटीकरण।
  - कुछ अन्य प्रकटीकरण जिनकी कानून द्वारा हमें लेखांकित ना किए जाने की अनुमति है।
 यदि आप किसी भी 12 महीने की अवधि के दौरान एक से अधिक बार लेखांकन करने का अनुरोध करते हैं, तो हम आपसे पहले लेखांकन के बाद प्रत्येक लेखांकन रिपोर्ट के लिए उचित, लागत-आधारित शुल्क लेंगे।
- **व्यक्तिगत प्रतिनिधि चुनने का अधिकार।** आप अपने व्यक्तिगत प्रतिनिधि के रूप में कार्य करने के लिए किसी अन्य व्यक्ति का चयन कर सकते हैं। आपके प्रतिनिधि को आपकी PHI की जानकारी प्राप्त करने, आपको देखभाल प्रदान करने वाली सुविधाओं और स्वास्थ्य देखभाल करने वाले चिकित्सकों के साथ संवाद करने और आपकी ओर से अन्य सभी HIPAA (स्वास्थ्य बीमा सुवाह्यता और जवाबदेही अधिनियम) अधिकारों का इस्तेमाल करने की अनुमति दी जाएगी। आपके प्रतिनिधि को दिए गए अधिकार के आधार पर, उसे आपके लिए स्वास्थ्य संबंधी निर्णय लेने का अधिकार भी हो सकता है।
- **इस नोटिस की एक कागज़ी प्रति प्राप्त करने का अधिकार।** आपके अनुरोध पर, हम इस नोटिस की एक कागज़ी प्रति प्रदान करेंगे, भले ही आप नोटिस इलेक्ट्रॉनिक रूप से प्राप्त करने के लिए सहमत हुए हों। इस नोटिस का "सूचना की उपलब्धता और अर्वाध" का अनुभाग देखें।

## आप जो कार्रवाइयां कर सकते हैं

**Blue Shield से संपर्क करें।** यदि आपके पास अपने गोपनीयता अधिकारों के बारे में सवाल हैं, यदि आप मानते हैं कि हमने आपके गोपनीयता अधिकारों का उल्लंघन किया है, या आप अपनी PHI की जानकारी के बारे में किए गए फैसले से असहमत हैं, तो आप हमसे संपर्क कर सकते हैं:

**Blue Shield of California Privacy Office**  
**P.O. Box 272540**  
**Chico, CA 95927-2540**

**फ़ोन:** (888) 266-8080 (टोल-फ़्री)

**फ़ैक्स:** (800) 201-9020 (टोल-फ़्री)

**ईमेल:** [privacy@blueshieldca.com](mailto:privacy@blueshieldca.com)

कुछ प्रकार के अनुरोधों के लिए आपको एक फ़ॉर्म भर कर हमें मेल करना होगा जिसे आप अपने Blue Shield सदस्य आईडी कार्ड पर दिए गए ग्राहक सेवा नंबर पर कॉल करके या हमारी वेबसाइट [blueshieldca.com/privacyforms](http://blueshieldca.com/privacyforms) से प्राप्त कर सकते हैं।

**सरकारी एजेंसी से संपर्क करें।** यदि आप मानते हैं कि हमने आपके गोपनीयता अधिकारों का उल्लंघन किया हो सकता है, तो आप अमेरिकी Department of Health & Human Services (HHS, स्वास्थ्य और मानव सेवा विभाग) के सचिव को एक लिखित शिकायत भी दर्ज कर सकते हैं। आपकी शिकायत ईमेल, फ़ैक्स, या HHS Office for Civil Rights (OCR, नागरिक अधिकारों के लिए कार्यालय) को डाक द्वारा भेजी जा सकती है।

अधिक जानकारी प्राप्त करने के लिए, या HHS के सचिव को शिकायत दर्ज करवाने के लिए, OCR की वेबसाइट [www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints](http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints) पर जाएँ।

यदि आप कैलिफ़ोर्निया के निवासी हैं, तो आप निम्नानुसार कैलिफ़ोर्निया के OCR क्षेत्रीय प्रबंधक से संपर्क कर सकते हैं:

**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**

**फ़ोन:** (800) 368-1019

**फ़ैक्स:** (202) 619-3818

**TTY:** (800) 537-7697

यदि आप हमारे पास या HHS को शिकायत दर्ज करने के अपने अधिकार का उपयोग करते हैं तो हम आपके खिलाफ कोई कार्रवाई नहीं करेंगे।

## नोटिस की उपलब्धता और अवधि

**नोटिस की उपलब्धता।** इस नोटिस की एक प्रति आप अपने Blue Shield सदस्य आईडी कार्ड पर दिए गए ग्राहक सेवा नंबर पर कॉल करके प्राप्त कर सकते हैं या हमारी वेबसाइट [blueshieldca.com/privacynotice](http://blueshieldca.com/privacynotice) पर जाकर प्राप्त कर सकते हैं।

**इस नोटिस की शर्तों को बदलने का अधिकार।** हमें इस नोटिस की शर्तों का तब तक पालन करना आवश्यक है जब तक यह प्रभाव में रहता है। हम हमारे विवेक के आधार पर इस नोटिस में दी गई शर्तों में किसी भी समय बदलाव कर सकते हैं, हम हमारे पास उपस्थित आपकी सभी PHI के लिए नई शर्तों को प्रभावी बना सकते हैं, जिसमें हमारे द्वारा नया नोटिस जारी करने से पहले बनाई गई या प्राप्त की गई कोई भी PHI शामिल है।

अगर हम इस नोटिस को बदलते हैं, तो हम हमारी वेबसाइट पर नोटिस को अपडेट करेंगे, और अगर आप उस समय Blue Shield लाभ योजना के सदस्य हैं, तो हम आपको कानून के अनुसार जब व जैसा जरूरी हो, नया नोटिस भेजेंगे।

**प्रभावी तिथि।** यह नोटिस 16 अगस्त, 2013 से प्रभावी है।

Blue Shield of California complies with applicable state laws and federal civil rights laws, and does not discriminate on the basis of race, color, national origin, ancestry, religion, sex, marital status, gender, gender identity, sexual orientation, age, or disability.

Blue Shield of California cumple con las leyes estatales y las leyes federales de derechos civiles vigentes, y no discrimina por motivos de raza, color, país de origen, ascendencia, religión, sexo, estado civil, género, identidad de género, orientación sexual, edad ni discapacidad.

Blue Shield of California 遵循適用的州法律和聯邦公民權利法律, 並且不以種族、膚色、原國籍、血統、宗教、性別、婚姻狀況、性別認同、性取向、年齡或殘障為由而進行歧視。