

ԳԱՐՏՆԻՈՒԹՅԱՆ 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 տվյալների: **Խնդրում ենք այն ուշադիր կարդալ:**

ԳԱՐՏՆԻՈՒԹՅԱՆ 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 ԳԱՐՏՆԻՈՒԹՅՈՒՆԸ

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:



Promise Health Plan

Blue Shield of California Promise Health Plan is an independent licensee of the Blue Shield Association A52389-CMC-AM (10/21)

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 գեներտիկ 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:

Դատական 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 գինված 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 վնասակար 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/bsca/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)

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՝ dhcs.ca.gov/formsandpubs/laws/priv

Հեռախոս՝ (888) 839-9909

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

ՀԱՍԱՆԵԼԻՈՒԹՅԱՆ և ՏՆՈՂՈՒԹՅԱՆ ՄԱՍԻՆ ԾԱՆՈՒՑՈՒՄ

Հասանելիության մասին ծանուցում

Այս Ծանուցման պատճենը կարող եք ձեռք բերել՝ զանգահարելով 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:

Սույն Ծանուցման պայմանները փոխելու իրավունք

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

Blue Shield Promise Health Plan-ը Blue Shield Association-ի անկախ լիցենզառուն է: Լրացուցիչ աջակցության և ռեսուրսների համար այցելեք blueshieldca.com/promise/medical: Դուք կարող եք նաև զանգահարել Հաճախորդների սպասարկման բաժին՝ (855) 905-3825 (TTY՝ 711) հեռախոսահամարով, 8:00-20:00, շաբաթը յոթ օր: Blue Shield of California Promise Health Plan-ը առողջապահական ծրագիր է, որը համագործակցում է Medicare-ի և Medi-Cal-ի հետ՝ այս երկու ծրագրերում ընդգրկված անդամներին օգտակար լինելու համար:

English:

ATTENTION: If you speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-855-905-3825 (TTY: 711), 8:00 a.m. to 8:00 pm., seven days a week. The call is free.

中文 (Chinese):

请留意：如果您说中文，可以免费获得语言协助服务。请拨打 1-855-905-3825（听障和语障专线：711），每周七天办公，早上 8:00 至晚上 8:00。此电话为免付费专线。

한국어(Korean):

주: 귀하가 한국어를 사용하시는 경우, 무료로 언어 지원 서비스를 이용하실 수 있습니다. 1-855-905-3825(TTY: 711)번으로 주 7 일, 오전 8 시부터 오후 8 시까지 전화하실 수 있습니다. 이 전화는 무료입니다.

Русский (Russian):

ОБРАТИТЕ ВНИМАНИЕ! Если Вы говорите по-русски, мы можем предложить Вам бесплатные услуги языковой поддержки. Звоните по телефону 1-855-905-3825 (TTY: 711) с 8:00 до 20:00 без выходных. Звонок бесплатный.

فارسی (Farsi):

توجه: اگر به زبان فارسی صحبت می کنید، خدمات امداد زبانی بدون اخذ هزینه در اختیار شما می باشد. با شماره 1-855-905-3825 (TTY: 711)، از ساعت 8:00 صبح تا 8:00 شب در هفت روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است.

भाषा (Hindi):

ध्यान: यदि आप भाषा बोलते हैं, तो आपके लिए भाषा सहायता सेवाएं नि:शुल्क उपलब्ध हैं। फ़ोन करना 1-855-905-3825 (TTY: 711), सुबह 8:00 बजे से शाम 8:00 बजे तक, सप्ताह के सातों दिन। फ़ोन करना फ़्री है।

Lus Hmoob (Hmong):

LUS CEEV: Yog koj hais Lus Hmoob, muaj kev pab txhais lus pub dawb rau koj. Hu rau 1-855-905-3825 (TTY: 711), 8:00 teev sawv ntxov txog 8:00 teev tsaus ntu, xya hnuv hauv ib lub as thiv. Qhov hu xov tooj no yog hu dawb xwb.

Español (Spanish):

ATENCIÓN: Si usted habla español, hay a su disposición servicios de asistencia de idiomas sin costo. Llame al 1-855-905-3825 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los siete días de la semana. La llamada es gratuita.

Tiếng Việt (Vietnamese):

LƯU Ý: Nếu quý vị nói tiếng Việt, chúng tôi sẽ cung cấp miễn phí dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ cho quý vị. Gọi số 1-855-905-3825 (TTY: 711), 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, bảy ngày trong tuần. Cuộc gọi này miễn phí.

Tagalog (Tagalog):

PAUNAWA: Kung nagsasalita kayo ng Tagalog, may mga available na libreng serbisyo ng tulong sa wika para sa inyo. Tumawag sa 1-855-905-3825 (TTY: 711), 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m., pitong araw sa isang linggo. Libre ang tawag.

:العربية (Arabic)

تنبيه: إذا كنت تتحدث اللغة العربية، يتوفر لك خدمات المساعدة اللغوية المجانية. اتصل على الرقم 1-855-905-3825 (TTY: 711)، من الساعة 8:00 صباحًا إلى 8:00 مساءً طوال أيام الأسبوع. علمًا بأن هذه المكالمة مجانية.

ພາສາລາວ (Laotian):

ສິ່ງສຳຄັນ: ຖ້າທ່ານເວົ້າພາສາລາວແມ່ນມີບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອທາງດ້ານພາສາບໍ່ເສຍຄ່າໃຫ້ທ່ານ. ໂທຫາເບີ 1-855-905-3825 (TTY: 711), 8:00 ໂມງເຊົ້າ ຫາ 8:00 ໂມງແລງ, ເຈັດວັນຕໍ່ອາທິດ. ການໂທແມ່ນບໍ່ເສຍຄ່າ.

日本語 (Japanese):

注意事項：日本語を話される場合、無料の言語支援をご利用いただけます。1-855-905-3825 (TTY: 711) まで、お電話にてご連絡ください。毎日午前 8 時から午後 8 時まで受け付けています。通話は無料です。

ภาษาไทย (Thai):

เรียน หากคุณพูดภาษาไทย เรามีบริการความช่วยเหลือด้านภาษาให้แก่คุณโดยไม่มีค่าใช้จ่าย โทร 1-855-905-3825 (TTY: 711) 8:00 น. ถึง 20:00 น. ได้ตลอดเจ็ดวันต่อสัปดาห์ โทรฟรี ไม่มีค่าใช้จ่าย

ਪੰਜਾਬੀ (Punjabi):

ਸਾਵਧਾਨ : ਜੇ ਤੁਸੀਂ [ਪੰਜਾਬੀ] ਬੋਲਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਮੁਫਤ ਭਾਸ਼ਾ ਸਹਾਇਤਾ ਸੇਵਾਵਾਂ, ਉਪਲਬਧ ਹਨ | ਕਾਲ ਕਰੋ 1-855-905-3825 (TTY: 711), ਸਵੇਰੇ 8:00 ਵਜੇ ਤੋਂ ਸ਼ਾਮ 8:00 ਵਜੇ ਤੱਕ, ਹਫ਼ਤੇ ਦੇ ਸੱਤ ਦਿਨ | 711), ਸਵੇਰ ਦੇ 8 ਵਜੇ ਤੋਂ ਲੈ ਕੇ ਸ਼ਾਮ ਦੇ 8 ਵਜੇ ਤੱਕ, ਹਫ਼ਤੇ ਦੇ ਸੱਤ ਦਿਨ. ਕਾਲ ਫ਼ੀ ਹੈ |

ខ្មែរ (Khmer):

ចាប់អារម្មណ៍: បើសិនអ្នកនិយាយភាសាខ្មែរ សេវាជំនួយភាសា គឺមានសំរាប់អ្នក ដោយឥតគិតថ្លៃ។ ហៅ 1-855-905-3825 (TTY: 711) ម៉ោង 8:00 ព្រឹក ដល់ 8:00 យប់ ប្រាំពីរថ្ងៃមួយអាទិត្យ។ ហៅគឺឥតគិតថ្លៃទេ។

Հայերեն (Armenian):

Ուշադրություն: Եթե խոսում եք հայերեն, Ձեզ տրամադրվելի են անվճար լեզվաբան օգնություն ծառայություններ: Ձանգահարեք 1-855-905-3825 (TTY՝ 711) համարով, 8:00-ից 20:00, շաբաթը յոթ օր: Հեռախոսազանգն անվճար է:

Українська (Ukrainian):

ЗВЕРНІТЬ УВАГУ! Якщо Ви розмовляєте українською, ми можемо запропонувати Вам безкоштовні послуги мовної підтримки. Телефонуйте 1-855-905-3825 (TTY: 711) з 8:00 до 20:00 без вихідних. Дзвінок безкоштовний.

Mienh (Mien):

TOV JANGX LONGX OC: Beiv taix meih gorngv Mienh waac nor, ninh mbuo gorn zangc duqv mbenc nzoih wang-henh nzie weih faan waac bun meih muangx maiv zuqc feix liuc cuotv zinh nyaanh. Douc waac lorx taux 1-855-905-3825 (TTY: 711), 8:00 diemv ziangh hoc lunggh ndorm mingh taux 8:00 ziangh hoc lunggh muonz, yietc norm liv baaiz se koi nzoih siec hnoi. Naaiv norm douc waac gorn se wang-henh longc maiv zuqc feix liuc cuotv zinh nyaanh.

Discrimination is Against the Law

Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan complies with applicable state laws and federal civil rights laws and does not discriminate, exclude people or treat them differently, on the basis of race, color, national origin, ethnic group identification, medical condition, genetic information, ancestry, religion, sex, marital status, gender, gender identity, sexual orientation, age, mental disability or physical disability.

Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan provides:

- Aids and services at no cost to people with disabilities to communicate effectively with us, such as:
 - Qualified sign language interpreters
 - Written information in other formats (large print, audio, accessible electronic formats, other formats)
- Language services at no cost to people whose primary language is not English, such as:
 - Qualified interpreters
 - Information written in other languages

If you need these services, contact the Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan Civil Rights Coordinator.

If you believe that Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan has failed to provide these services or discriminated in another way on the basis of race, color, national origin, ethnic group identification, medical condition, genetic information, ancestry, religion, sex, marital status, gender, gender identity, sexual orientation, age, mental disability or physical disability, you can file a grievance with:

Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan
Civil Rights Coordinator
601 Potrero Grande Dr.
Monterey Park, CA 91755
Phone: (844) 883-2233 (TTY: 711)
Fax: (323) 889-2228
Email: BSCPHPCivilRights@blueshieldca.com

You can file a grievance in person or by mail, fax, or email. If you need help filing a grievance, the Civil Rights Coordinator is available to help you.

You can also file a civil rights complaint with the U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights, electronically through the Office for Civil Rights Complaint Portal, available at <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, or by mail or phone at:

U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue, SW
Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201
1-800-368-1019, (TTY 800-537-7697)
Complaint Portal: https://ocrportal.hhs.gov/ocr/cp/wizard_cp.jsf

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