

# إشعار بشأن ممارسات الخصوصية

Blue Shield of California Promise Health Plan

يصف هذا الإشعار كيفية استخدام معلوماتك الطبية والإفصاح عنها وكيفية وصولك إلى هذه المعلومات. يرجى مراجعته بتمعن.

## التزامنا بالخصوصية

في Blue Shield of California Promise Health Plan، ندرك أهمية الحفاظ على خصوصية معلوماتك الشخصية، ونأخذ التزامنا بذلك على محمل الجد.

في السياق المعتاد لممارسة الأعمال التجارية، ننشئ سجلات عنك وعن علاجك الطبي وعن الخدمات التي نقدمها لك. تُدعى المعلومات الواردة في هذه السجلات "المعلومات الصحية المحمية" (PHI) وتتضمن معلوماتك الشخصية التي يمكن تعريف هوية الفرد منها؛ مثل اسمك وعنوانك ورقم هاتفك ورقم الضمان الاجتماعي، بالإضافة إلى معلوماتك الصحية؛ مثل معلومات تشخيص الرعاية الصحية أو المطالبة الطبية.

نحن ملزمون بموجب القانون الفيدرالي وقانون الولاية بتزويدك بهذا الإشعار بواجباتنا القانونية وممارسات الخصوصية، إذ إنها مرتبطة بـ PHI. نحن ملزمون بالحفاظ على خصوصية PHI وإبلاغك في حالة تأثرك بانتهاك PHI غير المؤمّنة. عندما نستخدم أو نكشف ("نفتح") عن PHI، فإننا ملزمون بأحكام هذا الإشعار الذي ينطبق على جميع السجلات التي ننشئها و/أو نحصل عليها و/أو نحتفظ بها والتي تحتوي على PHI.

## كيف نحمي خصوصيتك

نضع احترازاات وقائية مادية وتقنية وإدارية لضمان خصوصية PHI. لحماية خصوصيتك، لا نمح صلاحية الوصول إلى سجلاتنا الورقية والإلكترونية وإلى الأماكن غير المتاحة للجمهور حيث تُخزّن هذه المعلومات إلا للأعضاء العاملين المصرح لهم والمدرّبين من قبل Blue Shield Promise.

ويخضع الأعضاء العاملون للتدريب على موضوعات تشمل:

- سياسات وإجراءات الخصوصية وحماية البيانات؛ بما في ذلك كيفية تصنيف السجلات الورقية والإلكترونية وتخزينها وحفظها والوصول إليها.
  - الاحترازاات الوقائية المادية والتقنية والإدارية للحفاظ على خصوصية وأمن PHI.
- يراقب مكتب الخصوصية التابع لشركتنا مدى التزامنا بسياسات وإجراءات الخصوصية لدينا، ويوعيّ مؤسستنا بشأن هذا الموضوع المهم.

## استخدامات PHI بدون إذن منك

يجوز لنا الإفصاح عن PHI بدون إذن كتابي منك، إذا لزم الأمر، في أثناء تقديم المزايا والخدمات الصحية لك. وقد نفصح عن PHI لتحقيق الأغراض التالية:

### العلاج

### إجراءات الرعاية الصحية

- لمشاركة المعلومات مع الممرضين والأطباء والصيدلة واختصاصيي تصحيح البصر والمرشدين الصحيين وغيرهم من المتخصصين في الرعاية الصحية حتى يتمكنوا من وضع خطة الرعاية لك.
- لمساعدتك في الحصول على الخدمات والعلاج التي قد تحتاج إليها - فعلى سبيل المثال، طلب الاختبارات المعملية واستخدام النتائج.
- لتنسيق رعايتك الصحية والخدمات ذات الصلة مع المنشأة أو المتخصص المُقَدِّم للرعاية الصحية.
- لتقديم خدمة العملاء.
- لدعم و/أو تحسين البرامج أو الخدمات التي نقدمها لك.
- لمساعدتك في إدارة صحتك - على سبيل المثال، لتزويدك بمعلومات بشأن بدائل العلاج التي قد يحق لك الحصول عليها، أو لتزويدك بخدمات الرعاية الصحية أو للتذكير بالعلاج.
- لدعم خطة صحية أخرى أو شركة تأمين أو اختصاصي رعاية صحية آخر له علاقة بك، ولتحسين البرامج التي تقدمها تلك الجهات لك - على سبيل المثال، لإدارة الحالات أو لدعم منظمة رعاية صحية مسؤولة (ACO) أو اتفاق بشأن تقديم الرعاية الطبية المنزلية للمريض.
- تقييم ضمان السندات أو المستحقات أو تصنيف الأقساط أو الأنشطة الأخرى المتعلقة بإبرام عقد أو تجديده أو استبداله للتغطية الصحية أو التأمين. ومع ذلك، يرجى ملاحظة أننا لن نستخدم PHI المتعلقة بمعلوماتك الوراثية ولن نفصح عنها لأغراض ضمان السندات، فذلك أمر محظور بموجب القانون الفيدرالي.

### المدفوعات

- للحصول على أقساط تغطيتك التأمينية.
- لاتخاذ قرارات التغطية التأمينية - على سبيل المثال، للتحدث إلى أحد اختصاصيي الرعاية الصحية بشأن الدفع مقابل الخدمات المقدمة لك.
- لتنسيق المزايا مع التغطية التأمينية الأخرى التي قد تكون متاحة لك - على سبيل المثال، للتحدث إلى مسؤولي خطة صحية أخرى أو شركة تأمين أخرى لتحديد أهليتك أو تغطيتك التأمينية.
- للحصول على مدفوعات من طرف خارجي قد يكون مسؤولاً عن الدفع؛ مثل أحد أفراد الأسرة.
- لتحديد مسؤوليتنا والوفاء بها لتوفير المزايا الصحية لك - على سبيل المثال، لإدارة المطالبات الصحية.

ويجوز لنا أيضًا الإفصاح عن PHI بدون إذن كتابي منك لأغراض أخرى، وذلك وفقًا لما يسمح به القانون أو يقتضيه. ويشمل ذلك:

## الإفصاح عن المعلومات لأفراد آخرين مشاركين في رعايتك الصحية

- قد نفصح عن PHI للآخرين؛ مثل أحد أفراد الأسرة أو صديق مقرب أو مقدم الرعاية المسؤول عنك، إذا كنت موجودًا أو متاحًا وطلبت منا القيام بذلك.
- إذا كنت في حالة طارئة، أو لم تكن موجودًا، أو كنت فاقدًا للأهلية، أو في حال وفاتك، لا قدر الله، فسنقرر، وفقًا لما يمليه علينا تقديرنا المهني، ما إذا كان الإفصاح عن PHI للآخرين في مصلحتك الفضلى. إذا أفصحنا عن PHI في موقف لا تكون متاحًا فيه لسؤالك عما ترغب، فلن نفصح إلا عن المعلومات ذات الصلة المباشرة بمشاركة هؤلاء الأفراد في علاجك أو المدفوعات المتعلقة بعلاجك. قد نفصح أيضًا عن PHI من أجل إبلاغ (أو المساعدة في إبلاغ) هؤلاء الأفراد بموقعك أو حالتك الطبية العامة أو خبر وفاتك.
- قد نفصح عن PHI الخاصة بطفلك القاصر لوالد/والدة طفلك.

## الإفصاح عن المعلومات للموردين ومنظمات الاعتماد

- يجوز لنا أن نفصح عن PHI للجهات التالية:
- الشركات التي تؤدي خدمات معينة نيابة عن Blue Shield Promise. على سبيل المثال، قد نكلف موردين بمساعدتنا في توفير المعلومات والإرشادات للأعضاء المصابين بأمراض مزمنة مثل مرض السكري والربو.
  - منظمات الاعتماد مثل National Committee for Quality Assurance (NCQA)، اللجنة الوطنية لضمان الجودة) لأغراض قياس الجودة.
- يرجى الملاحظة أنه قبل مشاركة PHI، نبرم اتفاقًا مكتوبًا مع المورد أو منظمة الاعتماد بغرض حماية خصوصية PHI.

## الاتصالات

قد نستخدم PHI للتواصل معك لتزويدك بمعلومات بشأن تغطية خطتك الصحية، والمزايا، والبرامج والخدمات المتعلقة بالصحة، والتذكير بالعلاج، أو بدائل العلاج المتاحة لك.

## جمع التبرعات

لا نستخدم PHI لأغراض جمع التبرعات.

## الصحة أو السلامة

يجوز لنا أن نفصح عن PHI للوقاية أو الحد من تهديد خطير وشيك على صحتك أو سلامتك، أو صحة أو سلامة عامة الناس.

## أنشطة الصحة العامة

يجوز لنا أن نفصح عن PHI بغرض:

- الإبلاغ عن المعلومات الصحية إلى سلطات الصحة العامة المخولة بموجب القانون لتلقي هذه المعلومات لغرض الوقاية من المرض أو الإصابة أو الإعاقة والسيطرة عليها، أو لمراقبة التطعيمات.
- الإبلاغ عن إساءة معاملة الأطفال أو إهمالهم أو إساءة معاملة البالغين، بما في ذلك العنف المنزلي، إلى سلطة حكومية مخولة بموجب القانون لتلقي مثل هذه التقارير.
- الإبلاغ عن معلومات بشأن منتج أو نشاط، يخضع لإشراف إدارة الغذاء والدواء الأمريكية (Food, FDA and Drug Administration)، إلى الفرد المسؤول عن جودة المنتج أو النشاط أو مأموريته أو فعاليته.
- تحذير فرد ربما يكون قد تعرض لمرض معد، إذا كان القانون يسمح لنا بتقديم مثل هذا الإخطار.

## أنشطة الإشراف الصحي

يجوز لنا أن نفصح عن PHI إلى:

- وكالة حكومية مسؤولة قانونًا عن الإشراف على نظام الرعاية الصحية أو ضمان الامتثال لقواعد برامج الإعانات الحكومية مثل Medicare أو Medicaid.
- البرامج التنظيمية الأخرى التي تحتاج إلى معلومات صحية للتحقق من الامتثال.

## الأبحاث

يجوز لنا الإفصاح عن PHI لأغراض البحث، ولكن وفقًا للقانون وبالقدر الذي يسمح به القانون فقط.

## الامتثال للقانون

يجوز لنا أن نستخدم PHI أو نفصح عنها امتثالًا للقانون.

## الإجراءات القضائية والإدارية

يجوز لنا الإفصاح عن PHI في إجراء قضائي أو إداري أو استجابة لأمر قانوني نافذ.

## مسؤولو إنفاذ القانون

يجوز لنا الإفصاح عن PHI إلى الشرطة أو غيرهم من مسؤولي إنفاذ القانون وفقًا لما يقتضيه القانون أو وفقًا لأمر محكمة أو أي إجراء أخرى بموجب القانون.

## استخدامات PHI التي تتطلب إذنًا منك

بخلاف الأغراض الواردة أعلاه، يجب أن نحصل على إذن كتابي منك لاستخدام PHI أو الإفصاح عنها. فعلى سبيل المثال، لن نستخدم PHI لأغراض التسويق دون الحصول على إذن كتابي مسبق منك، ولن نعطي PHI إلى صاحب عمل محتمل دون إذن كتابي منك.

## إن استخدام PHI معينة والإفصاح عنها يعد أمرًا "سريًا للغاية"

بالنسبة لأنواع معينة من PHI، قد يتطلب القانون الفيدرالي وقانون الولاية تعزيز حماية الخصوصية. ويشمل ذلك PHI التي:

- تُحفظ في ملاحظات المعالجة النفسية
- تخص تعاطي الكحول والمخدرات والوقاية والعلاج والإحالة
- تخص الإصابة بفيروس العوز المناعي البشري/مرض الإيدز، أو تشخيصه، أو علاجه
- تخص الأمراض التناسلية و/أو المعدية
- تخص الاختبارات الجينية

لا يمكننا الإفصاح عن هذا النوع من PHI الخاصة إلا بإذن كتابي مسبق منك، باستثناء حالات محددة يسمح بها القانون أو يقتضيها.

### حقوقك الفردية

ولك الحقوق التالية فيما يتعلق بـ PHI التي تنشئها Blue Shield و/أو تحصل عليها و/أو تحتفظ بها عنك:

#### الحق في تلقي المراسلات السرية

يجوز لك أن تطلب تلقي مراسلات Blue Shield Promise التي تحتوي على PHI بوسائل بديلة أو في مواقع بديلة. ونلبي الطلبات المعقولة وفقًا لما يقتضيه القانون وحيثما كان ذلك ممكنًا. قد نطلب منك تقديم طلبك كتابيًا. وإذا كان طلبك يتعلق بطفل قاصر، فقد نطلب منك تقديم وثائق قانونية تدعم طلبك.

#### الحق في الوصول إلى PHI

يجوز لك أن تطلب فحص PHI معينة نحتفظ بها عنك في "مجموعة سجلات مخصصة"، أو أن تطلب الحصول على نسخة منها. يتضمن ذلك، على سبيل المثال، سجلات التسجيل والدفع والفصل في المطالبات وأنظمة سجلات الحالة أو المعالجة الطبية وأي

#### الحق في فرض القيود

يجوز لك أن تطلب منا تقييد طريقة استخدام PHI والإفصاح عنها بغرض العلاج والدفع وإجراءات الرعاية الصحية، كما هو موضح في هذا الإشعار. لسنا ملزمين بالموافقة على طلبات التقييد الخاصة بك، لكننا سننظر فيها بعناية.

إذا وافقنا على طلب تقييد، فسوف نلتزم به إلى أن تطلب إنهاء التقييد أو توافق عليه. قد نبلغك أيضًا أننا نفسخ موافقتنا على التقييد. وفي تلك الحالة، سينطبق الفسخ فقط على PHI التي تم إنشاؤها أو استلامها بعد إبلاغك بالفسخ.

## الحق في اختيار ممثل شخصي

يمكنك اختيار شخص آخر ليكون ممثلك الشخصي. سيُسمح لممثلك بالوصول إلى PHI، والتواصل مع متخصصي الرعاية الصحية والمرافق التي تقدم لك الرعاية، وممارسة جميع الحقوق الأخرى التي يكفلها لك قانون HIPAA نيابةً عنك. واعتمادًا على السلطة التي تمنحها لممثلك، قد يكون لديه أيضًا سلطة اتخاذ قرارات الرعاية الصحية نيابةً عنك.

## الحق في الحصول على نسخة من هذا الإشعار

بناءً على طلبك، سنقدم نسخة ورقية من هذا الإشعار، حتى وإن كنت قد وافقت على تلقي هذا الإشعار إلكترونياً. راجع قسم "توفر الإشعار ومدة سريانه" من هذا الإشعار.

معلومات استخدمناها لاتخاذ قرارات بشأنك. ويجب أن يكون طلبك كتابياً. كلما أمكن، ووفقاً لما يقتضيه القانون، سنزودك بنسخة من PHI في هيئة (ورقية أو إلكترونية) وبالصيغة التي تطلبها. إذا طلبت نسخة من PHI، فقد نعرض عليك رسومًا معقولة وقائمة على التكلفة مقابل تحضيرها و/أو نسخها و/أو إرسالها إليك بالبريد. في ظروف محدودة معينة يسمح بها القانون، قد نمنعك من الوصول إلى جزء من سجلاتك.

## الحق في تعديل سجلاتك

يحق لك أن تطلب منا تصحيح أو تعديل PHI التي نحفظ بها عنك في مجموعة سجلات مخصصة. يجب تقديم طلبك كتابياً وشرح سبب رغبتك في تعديل PHI. وإذا رأينا أن PHI غير دقيقة أو غير كاملة، فسنصححها إذا أجاز القانون ذلك. إذا كانت PHI التي ترغب في تغييرها من إنشاء طبيب أو منشأة رعاية صحية، فينبغي أن تطلب منهم تعديل المعلومات.

## الحق في الحصول على تقرير بعمليات الإفصاح عن معلوماتك

بناءً على طلبك الكتابي، سنزودك بقائمة عمليات الإفصاح التي أجريناها بشأن PHI في فترة زمنية محددة قبل تاريخ طلبك بمدة لا تزيد عن ست سنوات. ومع ذلك، لن تشمل هذه القائمة ما يلي:

- عمليات الإفصاح التي أذنت بها.
- عمليات الإفصاح التي تمت قبل تاريخ طلبك بـ 6 سنوات.
- عمليات الإفصاح التي تمت لأغراض العلاج والدفع وإجراءات الرعاية الصحية، باستثناء الحالات التي يقتضيها القانون.
- يجوز لنا القانون استبعاد عمليات إفصاح أخرى معينة من تقرير عمليات الإفصاح.

إذا طلبت التقرير أكثر من مرة خلال فترة 12 شهرًا، فسوف نعرض عليك رسومًا معقولة على أساس التكلفة لكل تقرير يلي التقرير الأول.

## التواصل مع Blue Shield Promise

إذا كانت لديك أسئلة بشأن حقوقك في الخصوصية، أو ترى أننا ربما انتهكنا حقوقك في الخصوصية، أو لا نوافق على قرار اتخذناه بشأن الوصول إلى PHI، فيمكنك الاتصال بنا:

### Blue Shield of California Promise Health Plan Privacy Office

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

الهاتف: (888) 266-8080 (الاتصال مجاني)  
الخط الساخن: (855) 296-9086 (الاتصال مجاني)  
الفاكس: (800) 201-9020 (الاتصال مجاني)  
البريد الإلكتروني: [privacy@blueshieldca.com](mailto:privacy@blueshieldca.com)

بالنسبة لأنواع معينة من الطلبات، يجب عليك إكمال استمارة متاحة إما عن طريق الاتصال برقم خدمة العملاء الموجود على بطاقة هوية عضو Promise Health Plan الخاصة بك أو عن طريق زيارة موقعنا على الإنترنت [blueshieldca.com/bsca/bsc/wcm/connect/sites/Sites\\_Content\\_EN/bsp/about-promise/privacy](https://blueshieldca.com/bsca/bsc/wcm/connect/sites/Sites_Content_EN/bsp/about-promise/privacy) وأرسلها إلينا بالبريد.

## التواصل مع وكالة حكومية فيدرالية

يمكنك أيضًا تقديم شكوى مكتوبة إلى وزير U.S. Department of Health & Human Services (HHS)، وزارة الصحة والخدمات الإنسانية الأمريكية (Office for Civil Rights) (مكتب الحقوق المدنية) إذا كنت ترى أننا ربما انتهكنا حقوقك في الخصوصية:

### Office for Civil Rights

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

الهاتف: (877) 696-6775  
الموقع الإلكتروني: [hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints](https://hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints)

إذا كنت مقيمًا في California، فيمكنك أيضًا الاتصال بالمدير الإقليمي لـ OCR التابع لولاية California:

### 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

الهاتف: (800) 368-1019  
الفاكس: (202) 619-3818  
TTY: (800) 537-7697

## للاتصال بوكالة تابعة لحكومة الولاية

يمكنك أيضًا تقديم شكوى مكتوبة إلى California Department of Health Care Services (DHCS، إدارة كاليفورنيا للرعاية الصحية):

### DHCS

Privacy Officer

c/o Office of HIPAA Compliance DHCS

P.O. Box 997413, MS 4721

Sacramento, CA 95899-7413

الهاتف: (916) 445-4646

الفاكس: (916) 440-7680

الموقع الإلكتروني: [dhcs.ca.gov/formsandpubs/laws/priv](https://dhcs.ca.gov/formsandpubs/laws/priv)

الهاتف: (888) 839-9909

لن نرد انتقامًا منك على تقديمك شكوى بشأن ممارسات الخصوصية لدينا.

## إشعار بشأن توقّر الإشعار ومدة سريانه

### إشعار بشأن توقّر الإشعار

تتوفر نسخة من هذا الإشعار عن طريق الاتصال برقم خدمة العملاء على بطاقة هوية عضو Promise Health Plan الخاصة بك أو عن طريق زيارة موقعنا على الإنترنت على

[blueshieldca.com/bsca/bsc/wcm/connect/sites/Sites\\_Content\\_EN/bsp/about-promise/privacy](https://blueshieldca.com/bsca/bsc/wcm/connect/sites/Sites_Content_EN/bsp/about-promise/privacy)

### الحق في تغيير أحكام هذا الإشعار

نحن مطالبون بالالتزام بأحكام هذا الإشعار ما دام ساري المفعول. يجوز لنا تغيير أحكام هذا الإشعار في أي وقت، ووفقًا لتقديرنا، قد نجعل الأحكام الجديدة سارية على جميع PHI التي في حوزتنا، بما في ذلك أي PHI أنشأناها أو تلقيناها قبل إصدار الإشعار الجديد.

إذا غيرنا في أحكام هذا الإشعار، فسنحدث الإشعار على موقعنا الإلكتروني، وإذا كنت مسجلًا في خطة مزايا Blue Shield Promise في ذلك الحين، فسنرسل إليك الإشعار الجديد عندما يقتضي القانون ذلك ووفقًا له.

**تاريخ السريان:** يسري هذا الإشعار اعتبارًا من 2022/1/1

عد Blue Shield Promise Health Plan جهة مستقلة مرخص لها من Blue Shield Association. للمزيد من المساعدة والموارد، تفضل بزيارة [blueshieldca.com/promise/medical](https://blueshieldca.com/promise/medical). يمكنك أيضًا الاتصال بخدمة رعاية العملاء على الهاتف (711: TTY) 905-3825 (855)، من الساعة 8 صباحًا حتى الساعة 8 مساءً، طوال أيام الأسبوع. Blue Shield of California Promise Health Plan هي خطة صحية تتعاقد مع كل من Medicare و Medi-Cal لتوفير مزايا كلا البرنامجين للأفراد المسجلين.



**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 p.m., 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 المكالمات 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 ਤਕ, 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](https://ocrportal.hhs.gov/ocr/cp/wizard_cp.jsf)

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