

اطلاعیه رویه‌های حفظ حریم خصوصی

Blue Shield of California Promise Health Plan

در این اطلاعیه توضیح داده می‌شود که اطلاعات پزشکی شما در چه شرایطی می‌تواند مورد استفاده و افشا قرار گیرد و اینکه شما چگونه می‌توانید به این اطلاعات دسترسی پیدا کنید. لطفاً این اطلاعیه را به دقت مطالعه کنید.

تعهد ما به حفظ حریم خصوصی

ما در Blue Shield of California Promise Health Plan، از اهمیت محرمانه نگه داشتن اطلاعات شخصی شما آگاه هستیم و وظیفه خود می‌دانیم تا این کار را بسیار سخت‌گیرانه انجام دهیم.

روند معمول کار ما به این شکل است که سوابقی برای شما ایجاد می‌کنیم که شامل درمان پزشکی و خدماتی می‌شود که به شما ارائه می‌دهیم. اطلاعات موجود در این سوابق «اطلاعات محافظت‌شده سلامت» (PHI) نامیده می‌شود و حاوی اطلاعات شخصی قابل شناسایی مانند نام، نشانی، شماره تلفن، شماره تأمین اجتماعی شما و همچنین اطلاعات سلامت شما، اعم از تشخیص درمانی یا اطلاعات ادعای خسارت است.

طبق قوانین فدرال و ایالتی، ما ملزم هستیم که این اطلاعاتی و وظایف حقوقی و رویه‌های حفظ حریم خصوصی را از آن‌جا که مربوط به PHI شما هستند، در اختیارتان قرار دهیم. ما ملزم هستیم که محرمانگی PHI شما را حفظ کنیم و در صورتی که محرمانگی PHI شما نقض شود به شما اطلاع دهیم. وقتی از PHI شما استفاده یا آن را افشا می‌کنیم، تابع مفاد این اطلاعیه هستیم که در مورد همه سوابق حاوی PHI که برای شما ایجاد، اخذ و/یا نگهداری می‌کنیم، صدق می‌کند.

نحوه محافظت از حریم خصوصی شما

ما برای اطمینان از حفظ محرمانگی PHI شما، تمهیدات فیزیکی، فنی و اجرایی اندیشیده‌ایم. برای حفظ حریم خصوصی شما، فقط کارکنان مجاز و آموزش‌دیده Blue Shield Promise به پرونده کاغذی و الکترونیک ما و نیز به قسمت‌های غیرعمومی محل نگهداری این اطلاعات دسترسی دارند.

کارکنان در حوزه‌های زیر آموزش دیده‌اند:

- سیاست‌ها و رویه‌های حفظ حریم خصوصی و محافظت از داده‌ها شامل نحوهٔ برجسب‌گذاری، نگهداری، بایگانی و دسترسی به پرونده کاغذی و الکترونیک.
 - تمهیدات فیزیکی، فنی و اجرایی که برای حفظ حریم خصوصی و محرمانگی PHI شما اندیشیده شده است.
- «دفتر حریم خصوصی» در شرکت ما ناظر بر چگونگی رعایت سیاست‌ها و رویه‌های حفظ حریم خصوصی از سوی ما است و در مورد این موضوع مهم به سازمان ما آموزش می‌دهد.

موارد استفاده از PHI بدون اجازه شما

چنانچه برای ارائه خدمات و مزایای سلامت به شما لازم باشد، ما می‌توانیم PHI شما را بدون مجوز کتبی شما افشا کنیم. می‌توانیم PHI شما را برای اهداف زیر افشا کنیم:

درمان

- برای به اشتراک‌گذاری با پرستاران، پزشکان، داروسازان، بینایی‌سنج‌ها، مدرسان سلامت و سایر متخصصان حوزه بهداشت و درمان تا بتوانند برنامه درمانی شما را تعیین کنند.
 - برای کمک به شما در دریافت خدمات و درمان مورد نیازتان؛ برای مثال، سفارش تست‌های آزمایشگاهی و استفاده از نتایج.
 - برای هماهنگ‌سازی مراقبت درمانی و خدمات مربوطه به شما با یک متخصص یا مرکز درمانی.
- #### پرداخت
- برای دریافت حق بیمه برای پوشش بیمه‌تان.
 - برای تعیین پوشش بیمه؛ مثلاً برای صحبت با یک متخصص بهداشت و درمان درباره پرداخت بابت خدمات ارائه‌شده به شما.
 - برای هماهنگ‌سازی مزایا با سایر پوشش‌های بیمه‌ای که ممکن است داشته باشید؛ مثلاً برای صحبت با سایر طرح‌های درمانی یا بیمه‌گران به منظور تشخیص واجدیت شرایط شما یا پوشش بیمه‌تان.
 - برای دریافت مبالغ پرداختی از اشخاص ثالثی مانند عضو خانواده که ممکن است مسئول پرداخت باشند.
 - برای تعیین مسئولیت ما در ارائه مزایای درمانی به شما و عمل به این مسئولیت؛ مثلاً برای رسیدگی به مطالبات.

عملیات‌های بهداشت و درمان

- برای ارائه خدمات به مشتریان.
- برای پشتیبانی و/یا بهبود برنامه‌ها یا خدماتی که به شما ارائه می‌دهیم.
- برای کمک به شما در مدیریت سلامت خود؛ مثلاً برای ارائه اطلاعات مربوط به گزینه‌های درمان که ممکن است واجد شرایط آن باشید یا برای ارائه خدمات بهداشت و درمان یا یادآورهای درمان.
- برای پشتیبانی از برنامه سلامت، بیمه‌گر یا متخصص بهداشت و درمان دیگری که نسبتی با شما دارد، با هدف بهبود برنامه‌هایی که به شما ارائه می‌دهد؛ مثلاً برای مدیریت پرونده یا در پشتیبانی از سازمان درمانی مسئول (ACO) یا هماهنگی برای خانه پزشکی بیمارمحور.
- برای صدور بیمه، معوقات یا رتبه‌بندی حق بیمه یا سایر فعالیت‌های مربوط به ایجاد، تمدید یا جایگزینی قرارداد برای پوشش درمانی یا بیمه. اما لطفاً در نظر داشته باشید که ما PHI شما که اطلاعات ژنتیکی باشد را برای اهداف صدور بیمه مورد استفاده یا افشا قرار نمی‌دهیم، چون این کار طبق قانون فدرال ممنوع است.

همچنین ممکن است PHI شما را بدون اجازه کتبی‌تان برای سایر اهدافی که در قانون مجاز یا الزامی است، استفاده کنیم. این شامل موارد زیر می‌شود:

افشا نزد سایر افرادی که در مراقبت درمانی شما دخیل هستند

- اگر شما به صورت حضوری یا هر شکل دیگری به ما دستور انجام این کار را بدهید، می‌توانیم PHI را در اختیار دیگران، مثلاً اعضای خانواده، دوست صمیمی یا مراقب‌تان قرار دهیم.
- اگر در وضعیت اضطراری باشید و حضور نداشته باشید یا توانایی تصمیم‌گیری نداشته باشید یا در صورت درگذشت شما، بنا به تشخیص حرفه‌ای خود تصمیم می‌گیریم که آیا افشای PHI شما نزد دیگران به نفع شماست یا خیر. اگر در شرایطی که شما در دسترس نیستید، PHI شما را افشا کنیم، فقط اطلاعاتی را افشا خواهیم کرد که مستقیماً مرتبط با مشارکت فرد در درمان شما یا پرداخت مرتبط با درمان شما باشد. همچنین ممکن است برای اطلاع دادن (یا کمک در اطلاع دادن) محل، وضعیت پزشکی کلی یا درگذشت شما به آن افراد، PHI شما را در اختیارشان بگذاریم.

- ممکن است PHI فرزند زیر سن قانونی شما را در اختیار والد دیگر او قرار دهیم.

افشا نزد خدمات‌دهندگان و سازمان‌های اعتبارسنجی

ممکن است PHI شما را در اختیار موارد زیر قرار دهیم:

- شرکت‌هایی که برخی خدمات را از طرف Blue Shield Promise ارائه می‌دهند. برای مثال، ممکن است برای کمک در ارائه اطلاعات و راهنمایی به اعضای مبتلا به عارضه‌های مزمن مانند دیابت و آسم، با خدمات‌دهندگان همکاری کنیم.
- سازمان‌های اعتبارسنجی مانند کمیته ملی تضمین کیفیت (NCQA, National Committee for Quality Assurance) برای اهداف سنجش کیفیت.

لطفاً در نظر داشته باشید که قبل از به اشتراک گذاری PHI شما، به منظور حفظ محرمانگی آن، ابتدا از خدمات‌دهنده یا سازمان اعتبارسنجی موافقت‌نامه کتبی می‌گیریم.

مکاتبات

ممکن است از PHI شما برای تماس با شما در خصوص اطلاعات مربوط به پوشش بیمه درمانی‌تان، مزایا، برنامه‌ها و خدمات مرتبط با سلامت، یادآورهای درمان یا گزینه‌های درمانی جایگزین که برای شما فراهم است استفاده کنیم.

تأمین بودجه

از PHI شما برای اهداف تأمین بودجه استفاده نمی‌کنیم.

سلامت یا ایمنی

ممکن است PHI شما را برای مهار یا کاستن از خطر جدی و قریب‌الوقوعی که سلامت و ایمنی شما یا سلامت و ایمنی عموم مردم را تهدید می‌کند، استفاده کنیم.

فعالیت‌های بهداشت و درمان همگانی

ممکن است PHI شما را برای اهداف زیر افشا کنیم:

- گزارش اطلاعات سلامت به مقامات بهداشت و درمان همگانی که طبق قانون مجاز به دریافت این اطلاعات برای پیش‌گیری یا کنترل بیماری، صدمه یا معلولیت یا نظارت بر واکسیناسیون هستند.
- گزارش سوءاستفاده از کودکان یا سهل‌انگاری نسبت به آن‌ها یا سوءاستفاده از بزرگسالان شامل خشونت خانگی، به مقامات دولتی که طبق قانون مجاز به دریافت این گزارش‌ها هستند.
- گزارش اطلاعات مربوط به محصول یا فعالیتی که تحت نظارت سازمان غذا و داروی آمریکا (FDA, Food and Drug Administration) مجاز دانسته شده است به فردی که مسئول کیفیت، ایمنی یا اثربخشی محصول یا فعالیت است.
- هشدار به فردی که ممکن است در معرض بیماری مسری قرار گرفته باشد، اگر دادن چنین اطلاعی طبق قانون مجاز باشد.

فعالیت‌های نظارت بر سلامت

ممکن است PHI شما را برای اهداف زیر افشا کنیم:

- آژانس دولتی که از نظر قانونی مسئول نظارت بر سیستم بهداشت و درمان است یا برای اطمینان از رعایت مقررات برنامه‌های مزایای دولتی مانند Medicare یا Medicaid.
- سایر برنامه‌های نظارتی که برای تعیین تابعیت از قانون، نیاز به اطلاعات سلامت دارند.

پژوهش

ممکن است PHI شما را برای اهداف پژوهشی افشا کنیم، اما فقط مطابق با قانون و آن‌طور که قانوناً مجاز باشد.

تبعیت از قانون

ممکن است به تبعیت از قانون، PHI شما را مورد استفاده و افشا قرار دهیم.

رویه‌های قضایی و اجرایی

ممکن است در یک رویه قضایی یا اجرایی یا در پاسخ به حکم قانونی معتبر، PHI شما را افشا کنیم.

مأمورین اجرای قانون

ممکن است مطابق با قانون یا به تبعیت از حکم دادگاه یا سایر رویه‌های قانونی مجاز، PHI شما را در اختیار پلیس یا سایر مجریان قانون قرار دهیم.

موارد استفاده از PHI که مستلزم اجازه شماست

به جز اهداف فوق‌الذکر، برای استفاده یا افشای PHI شما باید از شما مجوز کتبی دریافت کنیم. برای مثال، بدون کسب اجازه کتبی و قبلی از شما، از PHI شما برای اهداف بازاریابی استفاده نمی‌کنیم و PHI شما را بدون اجازه کتبی‌تان در اختیار کارفرمای احتمالی قرار نمی‌دهیم.

موارد استفاده و افشای برخی PHI که «بسیار محرمانه» تلقی می‌شوند

طبق قانون فدرال و ایالتی ممکن است برای برخی انواع PHI نیاز به محافظت بیشتری از حریم خصوصی باشد. این شامل انواع PHI زیر است:

لغو اجازه
در هر زمان می‌توانید اجازه کتبی که قبلاً به ما داده‌اید را لغو کنید. وقتی لغو اجازه به صورت مکتوب به ما تحویل داده شود، بر موارد استفاده و افشای PHI شما در آینده اعمال خواهد شد. این لغو اجازه بر موارد استفاده یا افشا که قبلاً و در زمان اعتبار اجازه‌تان انجام شده تأثیری ندارد.

- مذکور در یادداشت‌های روان‌درمانی
- درباره سوء مصرف الکل و مواد مخدر، جلوگیری، درمان و ارجاع آن
- درباره آزمایش HIV/ایدز، تشخیص یا درمان آن
- درباره بیماری(های) آمیزشی و/یا مسری
- درباره آزمایش ژنتیک

ما فقط در صورتی می‌توانیم این نوع از PHI دارای محافظت ویژه را با اجازه کتبی و قبلی شما افشا کنیم که قانون مشخصاً این کار را مجاز یا الزامی کرده باشد.

حقوق فردی شما

شما در خصوص PHI که Blue Shield Promise درباره شما ایجاد، کسب و/یا نگهداری می‌کند از حقوق زیر برخوردارید:

حق درخواست محدودسازی

می‌توانید از ما بخواهید که نحوه استفاده و افشای PHI شما برای درمان، پرداخت و عملیات‌های بهداشتی و درمان را مطابق با مفاد این اطلاعیه محدود سازیم. ما ملزم نیستیم که با درخواست‌های محدودسازی شما موافقت کنیم، اما آن‌ها را با دقت در نظر می‌گیریم.

اگر با درخواست محدودسازی موافقت کنیم، تا زمانی که خاتمه آن محدودسازی را درخواست یا با آن موافقت کنید، از آن تبعیت خواهیم کرد. خاتمه توافق‌مان برای محدودسازی را نیز به شما اطلاع خواهیم داد. در این صورت، این خاتمه فقط در مواردی از PHI اعمال می‌شود که ما بعد از اطلاع‌رسانی خاتمه به شما، دریافت یا ایجاد کرده‌ایم.

حق دریافت مکاتبات محرمانه

می‌توانید درخواست کنید که مکاتبات Blue Shield Promise حاوی PHI را از طریق دیگری یا در محل‌های دیگری دریافت کنید. طبق قانون و در جایی که مقدور باشد، درخواست‌های منطقی را می‌پذیریم. ممکن است از شما بخواهیم که درخواست‌تان را کتبا ارائه دهید. اگر درخواست شما مربوط به کودک زیر سن قانونی باشد، ممکن است از شما بخواهیم مدرکی قانونی برای پشتیبانی درخواست خود ارائه دهید.

حق دسترسی شما به PHI خودتان

می‌توانید درخواست بررسی یا دریافت یک نسخه از یک PHI خاص که مربوط به خودتان را که در «مجموعه سوابق اختصاصی» نگهداری می‌کنیم را بدهید. برای مثال، این عبارتست از سوابق ثبت نام، پرداخت، دآوری مطالبات، سیستم‌های سوابق مدیریت پزشکی یا پرونده و هر گونه اطلاعاتی که برای تصمیم‌گیری درباره

حق تعیین نماینده شخصی

می‌توانید فرد دیگری را تعیین کنید تا به‌عنوان نماینده شخصی‌تان از جانب شما اقدام کند. نماینده شما اجازه خواهد داشت که به PHI شما دسترسی داشته باشد، با متخصصان سلامت تماس بگیرد، ارائه مراقبت به شما را تسهیل کند و سایر حقوق HIPAA را از طرف شما استیفا نماید. بسته به اختیاری که به نماینده خود می‌دهید، او نیز ممکن است این اختیار را داشته باشد که برای شما تصمیمات بهداشتی درمانی بگیرد.

حق دریافت نسخه کاغذی این اطلاعیه

بنا به درخواست شما، حتی اگر با دریافت الکترونیک اطلاعیه موافقت کرده باشید، ما یک نسخه کاغذی از این اطلاعیه را در اختیار شما قرار می‌دهیم. بخش «دسترسی و مدت اطلاعیه» مندرج در این اطلاعیه را ببینید.

شما استفاده می‌کنیم. درخواست شما باید مکتوب باشد. در هر زمان که امکان داشته باشد و طبق قانون، یک نسخه از PHI شما را در قالب (کاغذی یا الکترونیک) و فرمت درخواستی شما در اختیارتان قرار می‌دهیم. اگر یک نسخه از PHI خود را درخواست کنید، ممکن است از شما مبلغی ناچیز بابت هزینه‌های آماده‌سازی، کپی و/یا پست آن به آدرس شما مطالبه کنیم. در شرایط خاص و معدودی که از نظر قانونی مجاز است، ممکن است دسترسی به بخشی از سوابق‌تان را به شما ندهیم.

حق اصلاح سوابق خود

شما می‌توانید از ما درخواست تصحیح یا اصلاح PHI مربوط به خود را که در مجموعه سوابق اختصاصی ما محفوظ است، داشته باشید. درخواست شما باید کتبی باشد و دلیل‌تان برای تغییر PHI را توضیح دهید. اگر تشخیص دهیم که PHI نادرست یا ناقص است، در صورتی که طبق قانون مجاز باشد، آن را تصحیح خواهیم کرد. اگر PHI را پزشک یا مرکز درمانی ایجاد کرده باشد و شما خواهان تغییر آن باشید، باید از آن‌ها بخواهید تا اصلاحش کنند.

حق دریافت گزارش موارد افشا

بنا به درخواست کتبی شما، لیستی از موارد افشای PHI شما در بازه زمانی مشخصی تا شش سال قبل از تاریخ درخواست شما را در اختیارتان قرار خواهیم داد. اما این لیست موارد زیر را دربرنخواهد داشت:

- موارد افشا که اجازه آن را داده‌اید.
- مواردی که پیش از شش سال قبل از تاریخ درخواست‌تان افشا شده است.
- موارد افشا برای درمان، پرداخت و عملیات‌های بهداشتی و درمان، به جز مواردی که الزام قانونی وجود داشته باشد.
- برخی موارد افشا که طبق قانون مجاز هستیم آن را در گزارش ذکر نکنیم.

اگر در بازه زمانی 12 ماهه، بیش از یک بار این گزارش را درخواست کنید، مبلغ ناچیزی بابت هزینه هر گزارش پس از گزارش اول از شما مطالبه خواهیم کرد.

تماس با Blue Shield Promise

چنانچه درباره حقوق حریم شخصی خود سؤالی دارید، معتقدید که ما ممکن است حقوق حریم شخصی شما را نقض کرده باشیم یا با تصمیمی که درباره دسترسی به PHI شما گرفته‌ایم مخالفت دارید، می‌توانید از طریق زیر با ما تماس بگیرید:

Blue Shield of California Promise Health Plan Privacy Office

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

تلفن: (888) 266-8080 (رایگان)
شماره اپراتور: (855) 296-9086 (رایگان)
نمابر: (800) 201-9020 (رایگان)
ایمیل: privacy@blueshieldca.com

برای برخی انواع درخواست‌ها، باید فرمی که یا از طریق تماس با شماره پشتیبانی مشتریان مندرج روی کارت شناسایی عضویت Promise Health Plan خود یا از طریق مراجعه به وبسایت زیر دریافت می‌کنید را تکمیل و برای ما پست کنید:

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

تماس با اداره دولتی فدرال

همچنین اگر فکر می‌کنید ما حقوق حریم شخصی شما را نقض کرده‌ایم، می‌توانید یک شکایت کتبی نزد دفتر حقوق مدنی وزارت بهداشت و خدمات انسانی آمریکا (U.S. Department of Health & Human Services) تنظیم کنید:

Office for Civil Rights

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

تلفن: (877) 696-6775

وبسایت: [hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints](https://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints)

اگر ساکن California هستید، می‌توانید با مدیر منطقه‌ای OCR برای California تماس بگیرید:

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

تلفن: (800) 368-1019

نمابر: (202) 619-3818

TTY: (800) 537-7697

تماس با اداره دولتی ایالتی

همچنین می‌توانید نزد اداره خدمات بهداشت و درمان (Department of Health, DHCS) California (Care Services) شکایت کتبی تنظیم کنید:

DHCS

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

تلفن: (916) 445-4646

نمابر: (916) 440-7680

وبسایت: dhcs.ca.gov/formsandpubs/laws/priv

تلفن: (888) 839-9909

ما به خاطر طرح شکایت‌تان در خصوص رویه‌های حفظ حریم خصوصی ما، تلافی‌جویی نمی‌کنیم.

اطلاعیه دسترسی و مدت

اطلاعیه دسترسی

یک نسخه از این اطلاعیه از طریق تماس با شماره پشتیبانی مشتریان مندرج روی کارت شناسایی عضویت Promise Health Plan شما یا از طریق مراجعه به وبسایت زیر قابل دریافت است:
blueshieldca.com/bsca/bsc/wcm/connect/sites/Sites_Content_EN/bsp/about-promise/privacy

حق ایجاد تغییر در مفاد این اطلاعیه

ما ملزم هستیم تا زمانی که این اطلاعیه اجرایی است، از آن تبعیت کنیم. ممکن است مفاد این اطلاعیه را در هر زمانی و بنا به صلاحدید خود تغییر دهیم، ممکن است شرایط جدیدی را بر تمامی موارد PHI که در مالکیت ماست اعمال کنیم؛ اعم از هر PHI که قبل از صدور این اطلاعیه جدید ایجاد یا دریافت کنیم.

اگر این اطلاعیه را تغییر دهیم، آن را روی وبسایت خود به‌روز می‌کنیم و اگر شما در آن زمان در یکی از برنامه‌های مزایای Blue Shield Promise ثبت‌نام شده باشید، اطلاعیه جدید را در زمان مقرر و مطابق با قانون، برایتان ارسال خواهیم کرد.

تاریخ اجرا: این اطلاعیه از این تاریخ اجرایی است 2022/1/1

Blue Shield Promise Health Plan یکی از دارندگان مجوز مستقل Blue Shield Association است. برای راهنمایی و منابع بیشتر، به نشانی blueshieldca.com/promise/medical مراجعه کنید. همچنین، می‌توانید در هفت روز هفته و از ساعت 8 صبح تا 8 شب، با «مراقبت از مشتریان» به شماره (855) 905-3825 (TTY: 711) تماس بگیرید. Blue Shield of California Promise Health Plan یک طرح بیمه سلامت است که با Medicare و Medi-Cal قرارداد بسته است تا مزایای هر دو برنامه را به ثبت‌نام شدگان ارائه بدهد.

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>.