

# 개인 정보 보호 방침 안내문

Blue Shield of California Promise Health Plan

본 안내문은 귀하의 의료 정보가 이용되고 공개되는 방법과 귀하가 해당 정보에 접근할 수 있는 방법을 알려드립니다. **신중하게 검토해주세요.**

## 당사의 개인 정보 보호 약속

Blue Shield of California Promise Health Plan은 개인 정보의 기밀 유지가 중요하다는 점을 알고 있으며, 매우 중요하게 다루는 의무를 다할 것입니다.

사업을 수행하는 일반적인 과정에서 당사는 귀하와 귀하의 의료적 처치, 당사가 제공한 서비스에 관한 기록을 생성합니다. 이러한 기록에 담긴 정보는 “보호된 건강 정보”(PHI)라고 불리며 이름, 주소, 전화번호, 사회 보장 번호, 그리고 의료 서비스 진단 또는 청구 정보 등의 건강 정보와 같은 개인 식별이 가능한 개인 정보가 포함됩니다.

당사는 연방법 및 주법에 따라 귀하의 PHI와 관련된 당사의 법적 의무 및 개인 정보 보호 방침이 포함된 본 안내문을 제공해야 합니다. 당사는 귀하의 PHI를 기밀로 유지해야 하며, 보호되지 않은 PHI 유출로 귀하가 영향을 받을 경우 알려야 합니다. 당사가 귀하의 PHI를 사용하거나 배포(‘공개’)할 때, 당사는 본 안내문 내 조건에 구속되며, 이는 당사가 귀하의 PHI를 담아 생성, 취득, 및/또는 보관하는 모든 기록에 적용됩니다.

## 개인 정보 보호 방법

당사는 귀하의 PHI를 기밀로 보장하기 위하여 물리적, 기술적, 행정적 보호 수단을 보유하고 있습니다. 개인 정보를 보호하기 위해, 허가받고 교육받은 Blue Shield Promise 직원만이 당사의 서류와 전자 기록 및 해당 정보를 보관하는 비공개 구역에 접근할 수 있습니다.

직원은 다음 주제에 관해 교육받습니다.

- 서류 및 전자 기록을 표시하고 보관하고 철하고 접근하는 방법을 포함한 개인 정보 및 데이터 보호 정책과 절차.
- PHI를 안전하게 기밀로 유지하기 위해 준비된 물리적, 기술적, 행정적 보호 수단.

당사의 기업 개인 정보 보호 사무소는 당사가 개인 정보 보호 정책과 절차를 어떻게 따르는지 감시하며, 개인 정보에 관한 중요한 주제로 당사의 조직을 교육합니다.

### 귀하의 승인 없는 PHI 사용

당사는 건강상의 이익 및 서비스를 제공하는 데 필요한 경우 귀하의 서면 승인 없이 PHI를 공개할 수 있습니다. 당사는 다음 목적으로 PHI를 공개할 수 있습니다.

#### 치료

- 관리 계획을 결정할 수 있도록 간호사, 의사, 약사, 검안사, 건강 교육자, 기타 의료 서비스 전문가와 공유하려는 목적.
- 필요할 수 있는 서비스와 치료를 받도록 지원하려는 목적 - 예) 실험실 검사 주문 및 검사 결과 사용.
- 의료 서비스 시설 또는 전문가와 건강 관리 및 관련 서비스를 조율하려는 목적.

#### 결제

- 보장 보험료를 받으려는 목적.
- 보장을 결정하려는 목적 - 예) 제공된 서비스의 지급에 관해 의료 서비스 전문가와 대화.
- 다른 보장을 보유했을 경우 혜택을 조율하려는 목적 - 예) 자격 또는 보장 여부에 대해 다른 건강 플랜 또는 보험사와 대화.
- 가족 구성원 등 비용 지급 책임이 있는 제삼자에게서 비용을 지급받으려는 목적.
- 기타 건강상의 이익을 제공하기 위해 당사의 책임을 결정하고 이행하려는 목적 - 예) 청구 집행.

#### 의료 운영

- 고객 서비스를 제공하려는 목적.
- 당사가 제공하는 프로그램이나 서비스를 지원 및/또는 개선하려는 목적.
- 건강 관리를 지원하려는 목적 - 예) 참여할 수 있는 대체 치료에 관한 정보 제공, 또는 의료 서비스나 치료 미리 알림 제공.
- 가입자와 관계있는 다른 건강 플랜이나 보험사 또는 전문가가 제공하는 프로그램의 개선을 지원하려는 목적 - 예) 환자 중심 메디컬 홈 준비 또는 책임의료조직(ACO) 지원 또는 사례 관리.
- 계약심사, 만기일, 보험료 책정이나 건강 보장 또는 보험 계약의 생성, 갱신, 또는 대체와 관련된 기타 활동 목적. 그러나 귀하의 유전 정보 PHI를 계약심사 목적으로 사용하거나 공개하지 않는다는 것을 알려드립니다. 이는 연방법으로 금지되어 있습니다.

또한, 당사는 법으로 허용되거나 법이 요구하는 기타 목적으로 귀하의 서면 승인 없이 PHI를 공개할 수 있습니다. 해당 경우는 다음을 포함합니다.

### 건강 관리 관련자에게 공개

- 귀하가 직접 또는 다른 가능한 방법으로 공개를 지시하는 경우, 당사는 PHI를 다른 사람들, 즉 가족 구성원이나 가까운 친구 또는 돌봄이 등에게 공개할 수 있습니다.
- 귀하가 응급 상황이거나 부재하거나 무력한 상태거나 사망한 경우, 당사는 귀하의 이익을 최우선시하여 PHI를 다른 사람에게 공개할지 여부를 전문적 견해에 따라 결정하게 됩니다. 귀하가 의사를 전달할 수 없는 상황에서 당사가 PHI를 공개하는 경우, 당사는 귀하의 치료에 참여한 사람에게 직접 관련된 정보 또는 치료 관련 지급에 관한 정보만을 공개할 것입니다. 당사는 또한, 귀하의 위치와 일반적인 질환, 또는 사망을 사람들에게 알리기 위해(또는 알림을 지원하기 위해) PHI를 공개할 수 있습니다.
- 당사는 부모 중 다른 한 명에게 미성년 자녀의 PHI를 공개할 수 있습니다.

### 판매사 및 인증 기관에 공개

당사는 다음에 PHI를 공개할 수 있습니다.

- Blue Shield Promise를 대리하여 특정 서비스를 수행하는 회사. 예를 들어, 당사는 당뇨와 천식 등 만성 질환에 관해 가입자에게 정보와 안내를 제공하고자 판매사의 도움을 받을 수 있습니다.
- 국립 품질 관리 위원회(NCQA, National Committee for Quality Assurance) 등 인증 기관에 품질 측정 목적으로 공개.

당사는 귀하의 PHI를 공유하기 전, PHI를 기밀로 보호하겠다는 판매사 또는 인증 기관의 합의를 받는다는 점을 알려드립니다.

### 커뮤니케이션

당사는 귀하의 건강 플랜 보장, 혜택, 건강 관련 프로그램과 서비스, 치료 미리 알림, 또는 이용 가능한 대체 치료에 관한 정보를 귀하에게 알리기 위해 PHI를 사용할 수 있습니다.

### 자금 조달

당사는 귀하의 PHI를 자금 조달 목적으로 사용하지 않습니다.

### 보건 또는 안전

당사는 귀하의 건강 또는 안전, 또는 공공보건 또는 공공안전에 대한 심각하고 임박한 위협을 예방하거나 완화하기 위해 귀하의 PHI를 공개할 수 있습니다.

### 공중보건 활동

당사는 다음에 PHI를 공개할 수 있습니다.

- 질병이나 상해 또는 장애를 예방하거나 통제하거나, 면역 조치를 감시하기 위해 해당 정보를 받는 것이 법으로 허가된 공중보건 당국에 건강 정보를 보고하려는 목적.
- 가정 폭력을 포함한 아동 학대나 방치 또는 성인 학대에 관해 보고를 받는 것이 법으로 허가된 정부 당국에 해당 사항을 보고하려는 목적.
- Food and Drug Administration(FDA, 미국 식품의약품국)의 규제를 받는 제품 또는 활동에 관한 정보를 해당 제품 또는 활동의 품질이나 안전, 또는 효과에 책임이 있는 담당자에게 보고하려는 목적.
- 당사가 전염병에 노출됐을 가능성이 있는 사람에게 상황을 알리는 것이 법으로 허가된 경우 해당인에게 경고하려는 목적.

## 보건 감독 활동

당사는 다음에 PHI를 공개할 수 있습니다.

- 의료 서비스 시스템 감독이나 Medicare 또는 Medicaid 등 정부 혜택 프로그램의 규칙 준수 보장에 법적 책임이 있는 정부 기관에 공개.
- 규정 준수를 판단하기 위해 건강 정보가 필요한 기타 규제 프로그램에 공개.

## 연구

당사는 귀하의 PHI를 연구 목적으로 공개할 수 있지만, 법을 준수하며 법에 허용된 대로만 공개합니다.

## 법률 준수

당사는 법률을 준수하기 위해 귀하의 PHI를 사용하고 공개할 수 있습니다.

## 사법 및 행정 소송 절차

당사는 사법 또는 행정 소송 절차에서 또는 유효한 법규 명령에 따라 귀하의 PHI를 공개할 수 있습니다.

## 법 집행관

당사는 법의 요구에 따라 또는 법원 명령이나 법으로 허가된 기타 절차를 준수하는 과정에서 경찰이나 기타 법 집행관에게 귀하의 PHI를 공개할 수 있습니다.

## 귀하의 승인이 필요한 PHI 사용

상기한 목적 이외에 당사가 귀하의 PHI를 사용 또는 공개하기 위해서는 귀하의 서면 승인이 필요합니다. 예를 들어, 당사는 귀하의 사전 서면 승인 없이 PHI를 마케팅 목적으로 사용하지 않을 것입니다. 또한, 서면 승인 없이 PHI를 장래의 고용주에게 제공하지 않을 것입니다.

## 정부 기능

당사는 법의 요구에 따라 미국 군대 또는 미국 Department of State(국무부) 등 다양한 정부 부서에 귀하의 PHI를 공개할 수 있습니다.

## 산재보상

당사는 산재보상법 준수를 위해 필요한 경우 귀하의 PHI를 공개할 수 있습니다.

## ‘극비’로 간주되는 특정 PHI 사용 및 공개

특정한 종류의 PHI는 연방법 및 주법에 따라 강화된 개인 정보 보호가 요구됩니다. 이러한 PHI는 다음을 포함합니다.

- 심리치료 메모 속 정보
- 알코올 및 약물 남용 예방, 치료, 및 추천서 관련 정보
- HIV/AIDS(에이즈) 검사, 진단, 또는 치료 관련 정보
- 성병 및/또는 전염병 관련 정보
- 유전 검사 관련 정보

당사는 법으로 특별히 허용되거나 요구되지 않는 한 귀하의 사전 서면 승인 없이는 이처럼 특별히 보호된 유형의 PHI를 공개하지 않습니다.

### 승인 철회

당사에 제공한 서면 승인은 언제든지 철회하실 수 있습니다. 철회서를 제출한 경우, 철회 효과는 장래에 귀하의 PHI를 사용 및 공개하는 데 이릅니다. 귀하의 승인이 효력 있던 이전의 사용 또는 공개에는 철회의 영향이 미치지 않습니다.

## 개인의 권리

귀하는 Blue Shield Promise가 생성, 취득 및/또는 보관하는 귀하의 PHI에 대해 다음 권리를 보유합니다.

### 제한을 요청할 권리

귀하는 본 안내문의 설명대로 치료, 지급 및 의료 서비스 수행 목적으로 당사가 PHI를 사용하고 공개하는 방식을 제한하도록 요청할 수 있습니다. 제한 요청에 당사가 반드시 동의해야 하는 것은 아니지만, 요청을 신중하게 고려할 것입니다.

당사가 제한 요청에 동의하는 경우, 귀하가 제한 종료를 요청하거나 제한 종료에 동의할 때까지 이를 따를 것입니다. 당사 또한 귀하에게 제한 동의를 종료한다는 것을 알릴 수 있습니다. 이 경우, 종료 효과는 오직 귀하에게 종료를 알린 이후 생성되거나 받은 PHI에만 이릅니다.

### 기밀 통신문을 수신할 권리

귀하는 PHI를 담은 Blue Shield Promise 통신문을 다른 수단이나 다른 장소로 보내달라고 요청하실 수 있습니다. 법의 요구에 따라 그리고 가능하다면 당사는 합리적인 요청을 수용할 것입니다. 요청서를 작성하셔야 할 수 있습니다. 미성년 아동과 관련된 요청이라면 당사는 귀하의 요청을 뒷받침할 수 있는 법률 문서 제공을 요청할 수 있습니다.

### PHI에 접근할 권리

귀하는 당사가 ‘지정 기록 모음’에 보관하고 있는 귀하의 특정 PHI 사본의 점검 또는 발송을 요청하실 수 있습니다. 여기에는 가입, 지급, 청구 판정 기록 및 사례 또는 의료 관리 기록 시스템의 기록, 귀하에 관해 당사가 내린 결정에 관한 모든 정보 등이 포함됩니다. 반드시 서면으로 요청하셔야 합니다. 가능하다면 그리고 법의 요구에 따라 당사는 귀하의 PHI 사본을 요청하신 형태(종이 또는 전자식) 및 형식으로 제공할 것입니다. PHI 사본을 요청하시면, 당사는 준비, 복사 및/또는 우편 비용에 기반을 둔 합리적인 수수료를 청구할 수 있습니다. 법으로 허용된 특정하고 제한된 상황에서 당사는 귀하가 기록 일부에 접근하는 것을 거부할 수 있습니다.

## 기록을 개정할 권리

귀하는 당사가 지정 기록 모음에 보관하고 있는 귀하의 PHI를 수정 또는 개정하도록 요청할 권리를 보유합니다. 반드시 서면으로 요청하고, PHI 개정을 원하는 이유를 설명하셔야 합니다. PHI가 부정확하거나 불완전하다고 판단되며 법이 허용하는 경우 당사는 이를 수정할 것입니다. 변경을 원하는 PHI를 의사 또는 의료 시설이 작성했다면, 해당 정보를 개정하도록 해당 의사 또는 의료 시설에 요청해야 합니다.

## 공개 목록을 받을 권리

귀하의 서면 요청에 따라, 지정된 기간 (요청일로부터 최대 6년간)에 당사가 귀하의 PHI를 공개한 명세 목록을 제공할 것입니다. 그러나 다음 목록은 제외됩니다.

- 귀하가 승인한 공개.
- 요청일로부터 6년 이전에 이루어진 공개.
- 법의 요구가 없는 한 치료, 지급, 의료 서비스 수행 목적으로 이루어진 공개.
- 목록에서 제외하는 것이 법으로 허용된 기타 특정 공개.

12개월간 두 번 이상 목록을 요청하는 경우, 당사는 첫 번째 요청 이후의 목록의 보고마다 비용에 기반을 둔 합리적인 수수료를 청구할 것입니다.

## 개인 대리인을 지명할 권리

귀하의 개인 대리인 역할을 할 타인을 지명할 수 있습니다. 귀하의 대리인은 귀하에게 진료를 제공하는 의료 서비스 전문가와 시설과의 의사소통을 위해 귀하의 PHI에 접근하는 것이 허용되며, 귀하를 대신한 기타 모든 HIPAA(건강보험 이전 및 책임에 관한 법률) 권리 행사가 허용됩니다. 귀하가 대리인에게 부여한 권한에 따라 대리인은 귀하를 위해 의료 결정을 내릴 권한도 보유합니다.

## 본 안내문의 인쇄 사본을 수신할 권리

비록 전자 형식으로 안내문을 받기로 동의했다라도 귀하가 요청하시면 당사는 본 안내문의 인쇄 사본을 제공할 것입니다. 본 안내문의 ‘안내문 확인 방법 및 기간’을 참조하세요.

## 취할 수 있는 행동

### Blue Shield Promise에 연락

개인 정보 보호 권리에 관해 궁금한 점이 있거나 당사가 귀하의 개인 정보 보호 권리를 침해했다고 생각하거나 귀하의 PHI 접근에 관해 당사가 내린 결정에 동의하지 않는 경우, 다음 방법으로 당사에 연락하실 수 있습니다.

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

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

전화: (888) 266-8080 (무료)  
핫라인: (855) 296-9086 (무료)  
팩스: (800) 201-9020 (무료)  
이메일: [privacy@blueshieldca.com](mailto:privacy@blueshieldca.com)

특정 유형의 요청은 Promise Health Plan 가입자 ID에 적힌 고객 관리 부서 번호로 전화하거나 당사 웹사이트 [blueshieldca.com/bzca/bca/wcm/connect/sites/Sites\\_Content\\_EN/bsp/about-promise/privacy](https://blueshieldca.com/bzca/bca/wcm/connect/sites/Sites_Content_EN/bsp/about-promise/privacy)에서 받을 수 있는 양식을 작성하여 우편으로 보내주셔야 합니다.

### 연방 정부 기관에 연락

당사가 귀하의 개인 정보 보호 권리를 침해했다고 생각하는 경우, U.S. Department of Health & Human Services(HHS, 연방 보건복지부) Office for Civil Rights(인권 사무소) 장관에게 서면으로 불만을 제기하실 수도 있습니다.

#### **Office for Civil Rights**

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

전화: (877) 696-6775  
웹사이트: [hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints](https://hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints)

캘리포니아주 주민이라면 OCR 캘리포니아주 지역 관리자에게 연락하실 수 있습니다:

#### **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

전화: (800) 368-1019  
팩스: (202) 619-3818  
TTY: (800) 537-7697

## 정부 기관에 연락

캘리포니아주 Department of Health Care Services(DHCS, 의료서비스국)에 서면으로 불만을 제기하실 수도 있습니다:

### DHCS

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

전화: (916) 445-4646

팩스: (916) 440-7680

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

전화: (888) 839-9909

당사는 개인 정보 보호 방침에 관하여 불만을 제기한 것으로 보복하지 않습니다.

## 안내문 확인 방법 및 기간

### 안내문 확인 방법

Promise Health Plan 가입자 ID에 적힌 고객 관리 부서 번호로 전화하거나 당사 웹사이트 [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)에 방문하여 본 안내문의 사본을 이용하실 수 있습니다.

### 본 안내문 내 조건을 변경할 권리

당사는 본 안내문이 효력이 있는 동안 본 안내문 내 조건에 따라야 합니다. 당사는 본 안내문 내 조건을 언제든지 당사 재량으로 변경할 수 있으며, 새로운 안내문을 발행하기 전에 당사가 생성하거나 받은 모든 PHI를 포함하여 당사가 보유한 귀하의 모든 PHI에 효력이 있는 새로운 조건을 만들 수 있습니다.

당사가 본 안내문을 변경하는 경우 당사 웹사이트에 업데이트하고 법의 요구에 따라 변경 당시 Blue Shield Promise 혜택 플랜 가입자분들에게 새로운 안내문을 보내드릴 것입니다.

**발효일:** 본 안내문은 2022년 1월 1일 현재 유효합니다

Blue Shield Promise Health Plan은 Blue Shield Association의 독립적인 허가 기업입니다. 추가 지원 및 자료는 [blueshieldca.com/promise/medical](https://blueshieldca.com/promise/medical)에 방문하여 확인해주세요. 매일 오전 8시부터 오후 8시까지 운영하는 고객 관리 부서에 (855) 905-3825 (TTY: 711)번으로 전화하실 수도 있습니다. Blue Shield of California Promise Health Plan은 Medicare와 Medi-Cal 양자와 계약을 통해 가입자에게 두 프로그램의 혜택을 모두 제공하기 위한 건강 플랜입니다.



**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 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 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](https://ocrportal.hhs.gov/ocr/cp/wizard_cp.jsf)

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