

УВЕДОМЛЕНИЕ О ПОЛИТИКЕ КОНФИДЕНЦИАЛЬНОСТИ

Blue Shield of California Promise Health Plan

В этом уведомлении описывается, как медицинская информация о вас может быть использована и раскрыта, и как вы можете получить к ней доступ. **Пожалуйста, внимательно прочтите его.**

НАШЕ ОБЯЗАТЕЛЬСТВО О КОНФИДЕНЦИАЛЬНОСТИ

В Blue Shield of California Promise Health Plan мы понимаем важность сохранения конфиденциальности вашей личной информации и очень серьезно относимся к своим обязательствам.

В ходе обычной деятельности мы создаем записи о вас, вашем лечении и услугах, которые мы вам предоставляем. Информация в этих записях называется «защищенной медицинской информацией» (PHI) и включает вашу индивидуально идентифицируемую личную информацию, такую как ваше имя, адрес, номер телефона и номер социального страхования, а также вашу медицинскую информацию, такую как медицинский диагноз или информация о жалобах.

В соответствии с федеральным законодательством и законодательством штата мы обязаны предоставить вам это уведомление о наших юридических обязанностях и методах обеспечения конфиденциальности в отношении вашей PHI. Мы обязаны поддерживать конфиденциальность вашей PHI и уведомлять вас в случае нарушения конфиденциальности вашей PHI. Когда мы используем или разглашаем («раскрываем») вашу PHI, мы обязаны соблюдать условия данного уведомления, которое применяется ко всем содержащим вашу PHI записям, которые мы создаем, получаем и/или ведем.

КАК МЫ ЗАЩИЩАЕМ ВАШУ КОНФИДЕНЦИАЛЬНОСТЬ

Мы применяем физические, технические и административные меры безопасности для обеспечения конфиденциальности вашей PHI. Для защиты вашей конфиденциальности только авторизованные и обученные сотрудники Blue Shield Promise получают доступ к нашим бумажным и электронным записям, а также к закрытым областям, где хранится эта информация.

Персонал проходит обучение по следующим тематикам:

- Политики и процедуры конфиденциальности и защиты данных, включая то, как бумажные и электронные записи маркируются, хранятся, обрабатываются и как к ним получают доступ.
- Наличие физических, технических и административных мер защиты для обеспечения конфиденциальности и безопасности вашей PHI.

Наш корпоративный офис конфиденциальности следит за тем, как мы соблюдаем наши политики и процедуры конфиденциальности, и обучает нашу организацию этой важной теме.

Использование РНІ без вашего разрешения

Мы можем раскрыть вашу РНІ без вашего письменного разрешения, если это необходимо при предоставлении вам медицинских льгот и услуг. Мы можем раскрывать вашу РНІ для следующих целей:

Лечение

- Для предоставления информации медсестрам, врачам, фармацевтам, оптометристам, педагогам и другим медицинским работникам, чтобы они могли составить ваш план лечения.
- Чтобы помочь вам получить услуги и лечение, которые вам могут понадобиться, например, заказ лабораторных анализов и использование результатов.
- Для координации вашего медицинского обслуживания и сопутствующих услуг с медицинским учреждением или специалистом.

Оплата

- Чтобы получить оплату страховых взносов за ваше покрытие.
- Для определения страхового покрытия, например, чтобы поговорить с медицинским работником об оплате за предоставленные вам услуги.
- Для координации льгот с другим покрытием, которое у вас может быть, например, чтобы соотнести информацию с другим планом медицинского страхования или поговорить со страховщиком, чтобы определить ваше право на участие или покрытие.
- Для получения оплаты от третьей стороны, которая может нести ответственность за платеж, например, от члена семьи.
- Чтобы иным образом определить и выполнить наши обязательства по предоставлению вам медицинских льгот, например, для управления жалобами.

Операции по оказанию медицинских услуг

- Для обеспечения обслуживания клиентов.
- Для поддержки и/или улучшения программ или услуг, которые мы вам предлагаем.
- Чтобы помочь вам в управлении своим здоровьем, например, чтобы предоставить вам информацию об альтернативах лечению, на которые вы можете иметь право, или предоставить вам медицинские услуги или напоминания о лечении.
- Для поддержки другого плана медицинского страхования, страховщика или медицинского работника, который имеет с вами отношения, для улучшения программ, которые он вам предлагает, например, для ведения пациентов или для поддержки подотчетной организации по уходу (АСО) или медицинского дома, ориентированного на пациента.
- Для андеррайтинга, определения ставок сборов или страховых взносов или других действий, связанных с созданием, продлением или заменой контракта на медицинское покрытие или страхование. Однако обратите внимание, что мы не будем использовать или раскрывать вашу РНІ, являющуюся генетической информацией, в целях андеррайтинга, так как это запрещено федеральным законом.

Мы также можем раскрыть вашу PHI без вашего письменного разрешения для других целей, если это разрешено или требуется законом. Сюда относятся:

Раскрытие информации другим лицам, имеющим отношение к вашему здоровью

- Если вы присутствуете или иным образом можете дать нам указание сделать это, мы можем раскрыть вашу PHI другим людям, таким как, например, член семьи, близкий друг или ваш опекун.
- Если вы находитесь в чрезвычайной ситуации, отсутствуете, недееспособны, или если вы умерли, мы будем использовать свое профессиональное суждение, чтобы решить, отвечает ли раскрытие вашей PHI другим лицам вашим интересам. Если мы раскроем вашу PHI в ситуации, когда вы недоступны, мы раскроем только ту информацию, которая имеет непосредственное отношение к участию человека в вашем лечении или оплате, связанной с вашим лечением. Мы также можем раскрыть вашу PHI, чтобы уведомить (или помочь в уведомлении) таких лиц о вашем местонахождении, общем состоянии вашего здоровья или вашей смерти.
- Мы можем раскрыть PHI вашего несовершеннолетнего ребенка другому родителю ребенка.

Раскрытие информации поставщикам и аккредитационным организациям

Мы можем раскрыть вашу PHI:

- Компаниям, которые предоставляют определенные услуги от имени Blue Shield Promise. Например, мы можем привлекать поставщиков, чтобы они помогли нам предоставить информацию и рекомендации клиентам с хроническими заболеваниями, такими как диабет и астма.
- Аккредитационным организациям, таким как Национальный комитет по обеспечению качества (NCQA, National Committee for Quality Assurance), для измерения качества.

Обратите внимание, что перед тем, как передать вашу PHI, мы получаем письменное согласие поставщика или аккредитационной организации на защиту конфиденциальности вашей PHI.

Связь

Мы можем использовать вашу PHI, чтобы связываться с вами и сообщать информацию о вашем страховом покрытии, льготах, программах и услугах, связанных со здоровьем, доступных вам альтернативах лечению или для напоминаний о лечении.

Сбор средств

Мы не используем вашу PHI для сбора средств.

Здоровье или безопасность

Мы можем раскрывать вашу PHI, чтобы предотвратить или уменьшить серьезную и неминуемую угрозу вашему здоровью или безопасности, а также здоровью или безопасности населения.

Общественное здравоохранение

Мы можем раскрыть вашу PHI, чтобы:

- Сообщить информацию о здоровье в органы общественного здравоохранения, уполномоченные законом получать такую информацию, с целью предотвращения или контроля заболеваний, травм или инвалидности, или мониторинга иммунизации.
- Сообщить о жестоком обращении с детьми или пренебрежении, или о жестоком обращении со взрослыми, включая насилие в семье, в государственный орган, уполномоченный законом получать такие сообщения.
- Сообщить информацию о продукте или деятельности, которые регулируются Управлением по контролю за продуктами и лекарствами США (FDA, Food and Drug Administration), лицу, ответственному за качество, безопасность или эффективность продукта или деятельности.

- Предупредить человека, который мог заразиться инфекционным заболеванием, если мы уполномочены законом направить такое уведомление.

Деятельность по надзору за здоровьем

Мы можем раскрыть вашу PHI:

- Государственному учреждению, которое несет юридическую ответственность за надзор за системой здравоохранения или за обеспечение соблюдения правил программ государственных льгот, таких как Medicare или Medicaid.
- Другим нормативным программам, которым необходима медицинская информация для определения соответствия.

Исследования

Мы можем раскрывать вашу PHI в исследовательских целях, но только в соответствии с законом.

Соблюдение закона

Мы можем использовать и раскрывать вашу PHI в соответствии с законом.

Судебное и административное производство

Мы можем раскрыть вашу PHI в судебном или административном порядке или в соответствии с действующим судебным постановлением.

Правоохранительные органы

Мы можем раскрыть вашу PHI полиции или другим правоохранительным органам в соответствии с требованиями закона или в соответствии с постановлением суда или другим процессом, разрешенным законом.

Государственные функции

Мы можем раскрывать вашу PHI различным правительственным организациям, таким как Вооруженные силы США или Государственный департамент США, в соответствии с требованиями закона.

Компенсация работникам

Мы можем раскрыть вашу PHI, когда это необходимо для соблюдения законов о компенсации работникам.

Использование PHI, требующее вашего разрешения

Помимо целей, описанных выше, мы должны получить ваше письменное разрешение на использование или раскрытие вашей PHI. Например, мы не будем использовать вашу PHI в маркетинговых целях без вашего предварительного письменного разрешения, а также мы не будем передавать вашу PHI потенциальному работодателю без вашего письменного разрешения.

Использование и раскрытие определенной PHI, считающейся «строго конфиденциальной»

Для некоторых видов PHI федеральное законодательство и законы штата могут требовать усиленной защиты конфиденциальности. Это включает в себя PHI:

- Которая содержится в психотерапевтических записях
- О злоупотреблении алкоголем и наркотиками, профилактике, лечении и направлениях
- О тестировании на ВИЧ/СПИД, диагностике или лечении
- О венерических и/или инфекционных заболеваниях
- О генетическом тестировании

Мы можем раскрыть этот тип особо защищенной PHI только с вашего предварительного письменного разрешения, за исключением случаев, когда это специально разрешено или требуется законом.

Отмена разрешения

В любой момент вы можете отменить письменное разрешение, которое вы нам дали ранее. При отправке нам в письменной форме отмена будет применяться к будущему использованию и раскрытию вашей PHI. Это не повлияет на использование или раскрытие информации, сделанное ранее, пока действовало ваше разрешение.

ВАШИ ЛИЧНЫЕ ПРАВА

У вас есть следующие права в отношении PHI, которую Blue Shield Promise создает, получает и/или ведет о вас:

Право требовать ограничения

Вы можете попросить нас ограничить использование и раскрытие вашей PHI для лечения, оплаты и медицинских операций, как описано в этом уведомлении. Мы не обязаны соглашаться с вашими запросами на ограничение, но мы внимательно их рассмотрим.

Если мы согласимся с запросом на ограничение, мы будем его соблюдать, пока вы не потребуете или не согласитесь отменить ограничение. Мы также можем сообщить вам, что расторгаем наше соглашение в связи с ограничением. В этом случае расторжение будет применяться только к PHI, созданной или полученной после того, как мы проинформировали вас о расторжении.

Право на получение конфиденциальных сообщений

Вы можете запросить получение сообщений Blue Shield Promise, содержащих PHI, альтернативными способами или в других местах. Мы выполним разумные запросы в соответствии с требованиями закона и возможностями. Мы можем потребовать, чтобы вы отправили запрос в письменной форме. Если ваш запрос касается несовершеннолетнего ребенка, мы можем попросить вас предоставить юридические документы в поддержку вашего запроса.

Право на доступ к вашей PHI

Вы можете попросить проверить или получить копию определенной PHI о вас, которую мы храним в «специально отведенном наборе записей». Сюда входят, например, записи о

поступлении, оплате, рассмотрении жалоб, информация из систем учета случаев или медицинского управления, а также любая информация, которую мы использовали для принятия решений в отношении вас. Ваш запрос должен быть в письменной форме. По возможности и в соответствии с требованиями законодательства мы предоставим вам копию вашей PHI в форме (бумажной или электронной) и в формате, который вы запрашиваете. Если вы запросите копию своей PHI, мы можем взимать с вас разумную плату за ее подготовку, копирование и/или отправку вам по почте. В определенных ограниченных обстоятельствах, разрешенных законом, мы можем отказать вам в доступе к части ваших записей.

Право на внесение изменений в ваши записи

Вы имеете право попросить нас исправить или изменить вашу PHI, которую мы храним в специально отведенном наборе записей. Ваш запрос должен быть оформлен в письменной форме и содержать объяснения, почему вы хотите изменить свою PHI. Если мы определим, что PHI неточная или неполная, мы исправим ее, если это разрешено законом. Если врач или медицинское учреждение создали PHI, которую вы хотите изменить, вам следует попросить их исправить информацию.

Право на получение отчета о раскрытии информации

По вашему письменному запросу мы предоставим вам список раскрытых нами сведений из вашей PHI за определенный период времени, до шести лет до даты вашего запроса. Однако список не будет включать:

- Раскрытие информации, которое вы разрешили.
- Раскрытие информации, совершенное ранее, чем за шесть лет до даты вашего запроса.
- Раскрытие информации в целях лечения, оплаты и медицинских операций, за исключением случаев, предусмотренных законом.
- Некоторую другую информацию, которую нам разрешено исключать из учета по закону.

Если вы запрашиваете отчет более одного раза в течение любого 12-месячного периода, мы будем взимать с вас разумную плату, основанную на затратах, за каждый отчет после первого.

Право назначить личного представителя

Вы можете назначить другое лицо в качестве вашего личного представителя. Вашему представителю будет предоставлен доступ к вашей PHI, возможность общаться с медицинскими работниками и учреждениями, предоставляющими вам медицинское обслуживание, а также пользоваться всеми другими правами HIPAA от вашего имени. В зависимости от полномочий, которыми вы наделите своего представителя, он или она также может иметь право принимать за вас медицинские решения.

Право на получение бумажной копии этого уведомления

По вашему запросу мы предоставим бумажную копию этого Уведомления, даже если вы согласились получить это Уведомление в электронном виде. См. раздел «Уведомление о доступности и сроке действия» в этом Уведомлении.

ДЕЙСТВИЯ, КОТОРЫЕ ВЫ МОЖЕТЕ ПРЕДПРИНЯТЬ

Связь с Blue Shield Promise

Если у вас есть вопросы о ваших правах на конфиденциальность, вы считаете, что мы могли нарушить ваши права на конфиденциальность, или не согласны с принятым нами решением о доступе к вашей PHI, вы можете связаться с нами:

Blue Shield of California Promise Health Plan Privacy Office

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

Тел.: (888) 266-8080 (звонок бесплатный)
Горячая линия: (855) 296-9086 (звонок бесплатный)
Факс: (800) 201-9020 (звонок бесплатный)
Адрес электронной почты: **privacy@blueshieldca.com**

Для определенных типов запросов вы должны заполнить и отправить нам по электронной почте форму, которую можно получить, позвонив по номеру службы поддержки, указанному в вашей идентификационной карте участника Promise Health Plan, или посетив наш веб-сайт по адресу **blueshieldca.com/bsca/bsc/wcm/connect/sites/Sites_Content_EN/bsp/about-promise/privacy**.

Связь с федеральным правительственным учреждением

Вы также можете подать письменную жалобу секретарю Управления по гражданским делам Министерства здравоохранения и социальных служб США (HHS, U.S. Department of Health & Human Services), если считаете, что мы могли нарушить ваши права на конфиденциальность:

Office for Civil Rights

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

Тел.: (877) 696-6775
Веб-сайт: **hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints**

Если вы являетесь жителем Калифорнии, вы также можете связаться с региональным менеджером OCR в Калифорнии:

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

Тел.: (800) 368-1019
Факс: (202) 619-3818
TTY: (800) 537-7697

Связь с правительственным учреждением штата

Вы также можете подать письменную жалобу в Департамент здравоохранения Калифорнии (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

Тел.: (916) 445-4646
Факс: (916) 440-7680
Веб-сайт: dhcs.ca.gov/formsandpubs/laws/priv

Тел.: (888) 839-9909

Мы не будем преследовать вас за то, что вы подали жалобу относительно нашей политики конфиденциальности.

УВЕДОМЛЕНИЕ О ДОСТУПНОСТИ И СРОКЕ ДЕЙСТВИЯ

Уведомление о доступности

Копию этого Уведомления можно получить, позвонив по номеру службы поддержки, указанному на вашей идентификационной карте участника Promise Health Plan, или посетив наш веб-сайт по адресу blueshieldca.com/bsca/bsc/wcm/connect/sites/Sites_Content_EN/bsp/about-promise/privacy.

Право изменять условия этого Уведомления

Мы обязаны соблюдать условия этого Уведомления, пока оно остается в силе. Мы можем изменить условия этого Уведомления в любое время, и по нашему усмотрению мы можем сделать новые условия действующими для всей вашей PHI, находящейся в нашем распоряжении, включая любую PHI, созданную или полученную до того, как мы выпустили новое уведомление.

Если мы изменим это уведомление, мы обновим уведомление на нашем веб-сайте, и если вы в это время будете участвовать в плане льгот Blue Shield Promise, мы отправим вам новое уведомление в соответствии с требованиями закона.

Дата вступления в силу: Настоящее Уведомление вступает в силу с 1/1/2022

Blue Shield Promise Health Plan является независимым держателем лицензии Ассоциации Blue Shield Association. Для получения дополнительной информации и доступа к ресурсам посетите blueshieldca.com/promise/medical. Вы также можете обратиться в Центр поддержки клиентов по номеру (855) 905-3825 (TTY: 711), с 8:00 до 20:00, без выходных. Blue Shield of California Promise Health Plan оказывает медицинские услуги по договорам, заключенным с Medicare и Medi-Cal, на предоставление преимуществ обеих программ для участников.

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>.