

# AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Blue Shield of California Promise Health Plan

Este aviso describe cómo se puede usar y revelar su información médica y de qué manera puede obtener acceso a esta información. **Revíselo cuidadosamente.**

## NUESTRO COMPROMISO CON LA PRIVACIDAD

En Blue Shield of California Promise Health Plan, entendemos la importancia de mantener la privacidad de su información personal y tomamos con seriedad nuestra obligación de proteger esa información.

En nuestras actividades habituales, creamos registros sobre usted, su tratamiento médico y los servicios que le brindamos. La información de estos registros se llama "información médica protegida" (PHI, por sus siglas en inglés) e incluye información personal que lo identifica individualmente, como su nombre, dirección, número de teléfono y número de Seguro Social, además de información relacionada con su salud, como diagnósticos médicos o información sobre reclamaciones.

Para cumplir con la ley estatal y federal, debemos brindarle este aviso de nuestras prácticas de privacidad y nuestras obligaciones legales con respecto a su PHI. Tenemos la obligación de mantener la privacidad de su PHI y de avisarle en caso de que se vea afectado por una violación de PHI vulnerable. Cuando usamos o hacemos pública ("revelamos") su PHI, estamos sujetos a los términos de este aviso, que se aplica a todos los registros que creamos, obtenemos y/o guardamos con su PHI.

## CÓMO PROTEGEMOS SU PRIVACIDAD

Contamos con medidas de seguridad físicas, técnicas y administrativas para garantizar la privacidad de su PHI. Para proteger su privacidad, solo los miembros del personal de Blue Shield Promise autorizados y entrenados tienen acceso a nuestros registros electrónicos e impresos y a las áreas privadas donde se almacena esta información.

Los miembros del personal reciben entrenamiento en los siguientes temas:

- Los procedimientos y las políticas de protección de datos y privacidad, lo que incluye cómo etiquetar, almacenar y archivar los registros impresos y electrónicos, y cómo obtener acceso a ellos.
- Las medidas de seguridad físicas, técnicas y administrativas que se aplican para mantener la privacidad y seguridad de su PHI.

Nuestra Oficina de Privacidad corporativa controla la manera en que cumplimos con los procedimientos y las políticas de privacidad, y brinda asesoramiento a nuestra organización sobre este tema tan importante.

### Usos de la PHI sin su autorización

Si es necesario, podemos revelar su PHI sin su autorización por escrito mientras le brindamos beneficios y servicios relacionados con la salud. Podemos revelar su PHI para los siguientes objetivos:

#### Tratamiento

- Para compartirla con enfermeros, médicos, farmacéuticos, optometristas, educadores de la salud y otros profesionales de atención de la salud, de manera que puedan determinar su plan de atención.
- Para ayudarlo a obtener servicios y tratamientos que pueda necesitar; por ejemplo, pedir pruebas de laboratorio y usar los resultados.
- Para coordinar con un profesional o un centro de atención médica su atención de la salud y los servicios relacionados.

#### Pago

- Para obtener el pago de las primas de su cobertura.
- Para tomar decisiones de cobertura; por ejemplo, hablar con un profesional de atención de la salud sobre el pago por los servicios que le brindó.
- Para coordinar los beneficios con otra cobertura que pueda tener; por ejemplo, hablar con un representante de otro plan o aseguradora de salud para determinar su elegibilidad o su cobertura.
- Para obtener el pago de un tercero que sea responsable del pago; por ejemplo, un familiar.
- Para determinar y cumplir de cualquier otra manera nuestra responsabilidad de brindarle sus beneficios de salud; por ejemplo, para administrar reclamaciones.

#### Actividades relacionadas con la atención de la salud

- Para brindar servicio al cliente.
- Para promover y/o mejorar los programas o servicios que le ofrecemos.
- Para ayudarlo a controlar su salud; por ejemplo, brindarle información sobre alternativas de tratamiento a las que puede obtener acceso o brindarle recordatorios de tratamientos o servicios de atención de la salud.
- Para colaborar con otro plan de salud, aseguradora o profesional de atención de la salud que mantengan un vínculo con usted y mejorar así los programas que le ofrecen; por ejemplo, para la administración de casos o para que se respete un acuerdo con una organización responsable del cuidado de la salud (ACO, por sus siglas en inglés) o con un hogar médico centrado en el paciente.
- Para el proceso de evaluación para la aprobación del seguro; la clasificación de primas o cuotas; u otras actividades relacionadas con la creación, la renovación o el reemplazo de un contrato para un seguro o una cobertura de salud. Sin embargo, tenga en cuenta que en el proceso de evaluación para la aprobación del seguro no usaremos ni revelaremos la PHI que incluya información genética, ya que está prohibido por la ley federal.

También podemos revelar su PHI sin su autorización por escrito para otros objetivos, en la medida que lo permita o requiera la ley. Esto incluye lo siguiente:

### **Revelar información a otras personas que participan en su atención de la salud.**

- Podemos revelar su PHI a otras personas si usted está presente o disponible de alguna manera para indicarnos que lo hagamos; por ejemplo, a un familiar, a un amigo cercano o a la persona que le brinda cuidados.
- Si usted está en una situación de emergencia, no está presente o está incapacitado, o si ha fallecido, usaremos nuestro criterio profesional para decidir si revelar su PHI a otras personas puede beneficiarlo de alguna manera. Si revelamos su PHI en una situación en la que usted no está disponible, revelaremos solo la información que sea directamente relevante para la participación de la persona en su tratamiento o para el pago relacionado con el tratamiento. También podemos revelar su PHI para avisar (o ayudar a avisar) a esas personas acerca de su ubicación, su estado de salud general o su fallecimiento.
- En el caso de un menor de edad, podemos revelar la PHI a cualquiera de sus padres.

### **Revelar información a proveedores y organizaciones de acreditación**

Podemos revelar su PHI a:

- compañías que brindan ciertos servicios en nombre de Blue Shield Promise; por ejemplo, podemos contar con la participación de proveedores para que nos ayuden a brindar información y asesoramiento a los miembros con enfermedades crónicas, como diabetes y asma;
- organizaciones de acreditación, como el National Committee for Quality Assurance (NCQA, Comité Nacional de Garantía de Calidad) para controlar la calidad.

Tenga en cuenta que, antes de compartir su PHI, obtenemos el acuerdo por escrito de la organización de acreditación o del proveedor para proteger la privacidad de su PHI.

### **Comunicaciones**

Podemos usar su PHI para comunicarnos con usted y brindarle información sobre la cobertura, los beneficios, los programas y servicios relacionados con la salud, los recordatorios de tratamientos o las alternativas de tratamiento disponibles en su plan de salud.

### **Recaudación de fondos**

No usamos su PHI para recaudar fondos.

### **Salud o seguridad**

Podemos revelar su PHI para prevenir o reducir una amenaza grave e inmediata para su salud o seguridad, o para la salud o seguridad de las personas en general.

### **Actividades relacionadas con la salud pública**

Podemos revelar su PHI para lo siguiente:

- Brindar información sobre la salud a autoridades de salud pública autorizadas por la ley para recibir esa información con el objetivo de prevenir o controlar enfermedades, lesiones o discapacidades, o de controlar las inmunizaciones.
- Denunciar abuso o descuido de niños, o abuso de adultos, incluidos los casos de violencia en el hogar, a una autoridad de gobierno autorizada por la ley para recibir esas denuncias.
- Brindar información sobre un producto o una actividad regulados por la Food and Drug Administration (FDA, Administración de Alimentos y Medicamentos) de los Estados Unidos a la persona responsable de la calidad, la seguridad o la eficacia del producto o la actividad.

- Alertar a una persona que pueda haber estado expuesta a una enfermedad transmisible, siempre y cuando la ley nos permita hacerlo.

### **Actividades relacionadas con el control de la salud**

Podemos revelar su PHI a:

- una agencia del Gobierno legalmente responsable de controlar el sistema de atención de la salud o de garantizar el cumplimiento de las reglas de los programas de beneficios del Gobierno, como Medicare o Medicaid;
- otros programas reglamentarios que necesitan información sobre la salud para determinar el cumplimiento.

### **Investigación**

Podemos revelar su PHI para hacer investigaciones, pero siempre según lo que permita la ley.

### **Cumplimiento de la ley**

Podemos usar y revelar su PHI para cumplir con la ley.

### **Procedimientos judiciales y administrativos**

Podemos revelar su PHI en un procedimiento judicial o administrativo, o en respuesta a una orden judicial válida.

### **Agentes responsables del cumplimiento de la ley**

Podemos revelar su PHI a la policía o a otros agentes responsables del cumplimiento de la ley, según lo requiera la ley, o para cumplir con una orden judicial o con otro proceso autorizado por la ley.

### **Funciones de gobierno**

Podemos revelar su PHI a diversos departamentos del Gobierno, como las Fuerzas Armadas de los Estados Unidos o el Departamento de Estado de los Estados Unidos, según lo requiera la ley.

### **Compensación por accidentes de trabajo**

Podemos revelar su PHI cada vez que sea necesario para cumplir con las leyes de compensación por accidentes de trabajo.

## **Usos de la PHI que requieren su autorización**

Excepto para los objetivos que se describen anteriormente, debemos obtener su autorización por escrito para usar o revelar su PHI. Por ejemplo, no usaremos su PHI para fines comerciales sin su autorización previa por escrito ni brindaremos su PHI a un posible empleador sin su autorización por escrito.

## Usos y revelación de cierta PHI considerada “altamente confidencial”

Para ciertos tipos de PHI, es posible que la ley federal y estatal requiera un mayor nivel de protección de la privacidad. Esto incluye la PHI que está relacionada con lo siguiente:

- Información incluida en notas de terapia psicológica.
- La prevención, el tratamiento y la referencia a otros servicios por abuso de alcohol y drogas.
- Las pruebas, el diagnóstico o el tratamiento del VIH/SIDA.
- Enfermedades venéreas y/o transmisibles.
- Pruebas genéticas.

Solo podemos revelar este tipo de PHI especialmente protegida con su autorización previa por escrito, excepto cuando la ley lo permita o lo requiera específicamente.

### **Cancelación de la autorización**

En cualquier momento, usted puede cancelar una autorización por escrito que nos haya dado previamente. La cancelación, que deberá ser enviada por escrito, se aplicará a usos y revelaciones futuros de su PHI. No afectará los usos o las revelaciones que se hayan hecho antes, mientras teníamos su autorización.

## SUS DERECHOS INDIVIDUALES

Usted tiene los siguientes derechos relacionados con la PHI que Blue Shield Promise crea, obtiene y/o guarda sobre usted:

### **Derecho a pedir limitaciones**

Puede pedirnos que limitemos la forma en que usamos y revelamos su PHI para tratamientos, pagos y actividades relacionadas con la atención de la salud, según se explica en este aviso. No estamos obligados a aceptar sus pedidos de limitación, pero los analizaremos cuidadosamente.

Si aceptamos un pedido de limitación, lo cumpliremos hasta que usted pida o acepte cancelar la limitación. También es posible que le informemos que decidimos cancelar lo que aceptamos con respecto a una limitación. En ese caso, la cancelación se aplicará solo a la PHI que se cree o reciba después de haberle informado la cancelación.

### **Derecho a recibir comunicaciones confidenciales**

Puede indicar que desea recibir por medios alternativos o en lugares alternativos las comunicaciones de Blue Shield Promise que contengan PHI. Según lo requiera la ley y en la medida que sea posible, nos adaptaremos a los pedidos razonables. Tal vez le pidamos que haga su pedido por escrito. Si su pedido está relacionado con un niño menor de edad, es posible que necesitemos que brinde documentación legal que apoye su pedido.

### **Derecho a obtener acceso a su PHI**

Puede presentar un pedido para revisar o recibir una copia de cierta PHI que guardamos sobre usted en un “conjunto de registros designado”. Esto incluye,

por ejemplo, registros de inscripción, pagos, resolución de reclamaciones y sistemas de registro de administración médica o de casos, y toda aquella información que usamos para tomar decisiones relacionadas con usted. Debe presentar su pedido por escrito. En la medida de lo posible y según lo requiera la ley, le entregaremos una copia de su PHI de la manera (impresa o electrónica) y en el formato que usted la pida. Si pide una copia de su PHI, es posible que le cobremos una tarifa razonable, basada en el costo, por preparar, fotocopiar y/o enviarle por correo la PHI. En ciertas situaciones limitadas y permitidas por la ley, podemos negarle el acceso a una parte de sus registros.

### **Derecho a hacer cambios en sus registros**

Usted tiene derecho a pedirnos que hagamos correcciones o cambios en la PHI que guardamos sobre usted en un conjunto de registros designado. Debe presentar su pedido por escrito e incluir una explicación de las razones por las que desea que se hagan cambios en su PHI. Si decidimos que la PHI no es correcta o está incompleta, la corregiremos según lo permita la ley. Si la PHI que desea cambiar fue creada por un médico o un centro de atención de la salud, debe comunicarse con ellos para pedirles que hagan los cambios en la información.

### **Derecho a recibir un informe sobre las revelaciones**

Si lo pide por escrito, le entregaremos una lista de las revelaciones de su PHI que hayamos hecho durante un período específico, hasta un máximo de seis años antes de la fecha de su pedido. Sin embargo, la lista no incluirá lo siguiente:

- Revelaciones que usted haya autorizado.
- Revelaciones hechas más de seis años antes de la fecha de su pedido.
- Revelaciones hechas para tratamientos, pagos y actividades relacionadas

con la atención de la salud, excepto cuando lo requiera la ley.

- Otro tipo de revelaciones específicas que la ley nos permite no incluir en el informe.

Si pide un informe más de una vez durante un período de 12 meses, le cobraremos una tarifa razonable, basada en el costo, por cada informe que pida después del primero.

### **Derecho a nombrar a un representante personal**

Puede nombrar a otra persona para que actúe como su representante personal. Su representante tendrá permiso para obtener acceso a su PHI, comunicarse con los profesionales y los centros que le brindan atención de la salud, y ejercer en su nombre el resto de los derechos de la Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPAA, Ley de Transferibilidad y Responsabilidad de Seguros Médicos). Según la autoridad que le dé a su representante, este también podrá tomar decisiones sobre la atención de la salud en su nombre.

### **Derecho a recibir una copia impresa de este aviso**

Si lo pide, le entregaremos una copia impresa de este Aviso, aunque haya elegido recibirlo en forma electrónica. Consulte la sección "Disponibilidad y duración del aviso" de este Aviso.



## ACCIONES QUE USTED PUEDE HACER

### Comuníquese con Blue Shield Promise

Si tiene alguna pregunta sobre sus derechos de privacidad, si cree que tal vez no los cumplimos o si no está de acuerdo con una decisión que tomamos sobre el acceso a su PHI, puede comunicarse con nosotros:

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

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

Teléfono: (888) 266-8080 (gratis)  
Línea directa: (855) 296-9086 (gratis)  
Fax: (800) 201-9020 (gratis)  
Correo electrónico: [privacy@blueshieldca.com](mailto:privacy@blueshieldca.com)

Para ciertos tipos de pedidos, debe completar y enviarnos por correo un formulario que se puede obtener llamando al número de Atención al Cliente que está en su tarjeta de identificación de miembro de Promise Health Plan o visitando nuestro sitio web, [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).

### Comuníquese con una agencia de gobierno federal

También puede presentar una queja por escrito ante el secretario de la Oficina de Derechos Civiles (OCR, por sus siglas en inglés) del Department of Health & Human Services (HHS, Departamento de Salud y Servicios Humanos) de los Estados Unidos si cree que tal vez no cumplimos con sus derechos de privacidad:

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

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

Teléfono: (877) 696-6775  
Sitio web: [hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints](https://hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints)

Si vive en California, también puede comunicarse con el gerente regional de la OCR de 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

Teléfono: (800) 368-1019  
Fax: (202) 619-3818  
TTY: (800) 537-7697

## Comuníquese con una agencia de gobierno estatal

También puede presentar una queja por escrito ante el Department of Health Care Services (DHCS, Departamento de Servicios de Atención de la Salud) de California:

### DHCS

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

Teléfono: (916) 445-4646  
Fax: (916) 440-7680  
Sitio web: [dhcs.ca.gov/formsandpubs/laws/priv](https://dhcs.ca.gov/formsandpubs/laws/priv)

Teléfono: (888) 839-9909

No tomaremos represalias contra usted por presentar una queja sobre nuestras prácticas de privacidad.

## DISPONIBILIDAD Y DURACIÓN DEL AVISO

### Disponibilidad del aviso

Para obtener una copia de este Aviso, llame al número de Atención al Cliente que está en su tarjeta de identificación de miembro de Promise Health Plan o visite nuestro sitio web, [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).

### Derecho a cambiar los términos de este Aviso

Tenemos la obligación de cumplir con los términos de este Aviso mientras tenga validez. Podemos cambiar los términos de este Aviso en cualquier momento y, a nuestro criterio, podemos aplicar los nuevos términos a toda la PHI de usted que tengamos en nuestro poder, incluida toda la PHI creada o recibida antes de emitir el nuevo aviso.

Si hacemos cambios en este aviso, lo actualizaremos en nuestro sitio web y, si está inscrito en un plan de beneficios de Blue Shield Promise en ese momento, le enviaremos el nuevo aviso según lo requiera la ley.

**Fecha de comienzo:** este Aviso es válido desde el 1/1/2022.

Blue Shield Promise Health Plan es un licenciataria independiente de Blue Shield Association. Para obtener más ayuda y recursos, visite [blueshieldca.com/promise/medical](https://blueshieldca.com/promise/medical). También puede llamar a Atención al Cliente al (855) 905-3825 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana. Blue Shield of California Promise Health Plan es un plan de salud que tiene un contrato con Medicare y Medi-Cal para ofrecer a las personas inscritas los beneficios de ambos programas.



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

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