

# 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 اطلاعات 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 نحوه برچسب‌گذاری، 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.

Medi\_21\_144\_LA\_FA\_012022



Promise  
Health  
Plan



### 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 اشتراک‌گذاری 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.

## عملکردهای دولتی

ممکن است در صورت الزام قانونی، PHI شما را در اختیار ادارات دولتی مختلف مانند ارتش ایالات متحده یا وزارت کشور ایالات متحده قرار دهیم.

## غرامت کارگران

ممکن است در صورت لزوم و برای رعایت قوانین غرامت کارگران، PHI شما را افشا کنیم.

## 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 سوءمصرف 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 بهداشت 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](mailto: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 و L.A. Care Health Plan (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: <http://dhcs.ca.gov/privacyoffice>

### L.A. Care Health Plan Privacy Office

1055 West 7th Street, 10th Floor  
Los Angeles, CA 90017

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](http://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

برای راهنمایی و منابع بیشتر، به نشانی [blueshieldca.com/promise/medical](http://blueshieldca.com/promise/medical) مراجعه کنید. همچنین می‌توانید در روزهای کاری بین ساعات 8 صبح تا 6 عصر با پشتیبانی مشتریان به شماره (800) 605-2556 (TTY: 711) تماس بگیرید. Blue Shield of California Promise Health Plan با L.A. Care Health Plan قرارداد بسته است تا خدمات مراقبت مدیریت‌شده Medi-Cal در شهرستان Los Angeles را به شما ارائه بدهد.



## NONDISCRIMINATION NOTICE

---

Discrimination is against the law. Blue Shield of California Promise Health Plan follows State and Federal civil rights laws. Blue Shield of California Promise Health Plan does not unlawfully discriminate, exclude people, or treat them differently because of sex, race, color, religion, ancestry, national origin, ethnic group identification, age, mental disability, physical disability, medical condition, genetic information, marital status, gender, gender identity, or sexual orientation.

Blue Shield of California Promise Health Plan provides:

- Free aids and services to people with disabilities to help them communicate better, such as:
  - ✓ Qualified sign language interpreters
  - ✓ Written information in other formats (large print, audio, accessible electronic formats, other formats)
- Free language services to people whose primary language is not English, such as:
  - ✓ Qualified interpreters
  - ✓ Information written in other languages

If you need these services, contact Blue Shield of California Promise Health Plan between 8 a.m. – 6 p.m., Monday through Friday. Call Customer Care in your region:

**(800) 605-2556 (Los Angeles)**

**(855) 699-5557 (San Diego)**

If you cannot hear or speak well, please call **TTY:711**. Upon request, this document can be made available to you in braille, large print, audiocassette, or electronic form. To obtain a copy in one of these alternative formats, please call or write to:

Blue Shield of California Promise Health Plan  
Customer Care  
601 Potrero Grande Dr., Monterey Park, CA 91755  
(800) 605-2556 (Los Angeles)  
(855) 699-5557 (San Diego)  
TTY:711

---

## **HOW TO FILE A GRIEVANCE**

If you believe that Blue Shield of California Promise Health Plan has failed to provide these services or unlawfully discriminated in another way on the basis of sex, race, color, religion, ancestry, national origin, ethnic group identification, age, mental disability, physical disability, medical condition, genetic information, marital status, gender, gender identity, or sexual orientation, you can file a grievance with Blue Shield of California Promise Health Plan's Civil Rights Coordinator. You can file a grievance by phone, in writing, in person, or electronically:

- **By phone:** Contact Blue Shield of California Promise Health Plan's Civil Rights Coordinator between 8 a.m. - 6 p.m., Monday – Friday by calling (844) 883-2233. Or, if you cannot hear or speak well, please call TYY/TDD 711.
- **In writing:** Fill out a complaint form or write a letter and send it to:  
  
Blue Shield of California Promise Health Plan Civil Rights Coordinator  
601 Potrero Grande Dr.  
Monterey Park, CA 91755
- **In person:** Visit your doctor's office or Blue Shield of California Promise Health Plan and say you want to file a grievance.
- **Electronically:** Visit Blue Shield of California Promise Health Plan's website at [www.blueshieldca.com/promise/medi-cal](http://www.blueshieldca.com/promise/medi-cal).

---

## **OFFICE OF CIVIL RIGHTS – CALIFORNIA DEPARTMENT OF HEALTH CARE SERVICES**

You can also file a civil rights complaint with the California Department of Health Care Services, Office of Civil Rights by phone, in writing, or electronically:

- **By phone:** Call **916-440-7370**. If you cannot speak or hear well, please call **711 (Telecommunications Relay Service)**.
- **In writing:** Fill out a complaint form or send a letter to:

**Deputy Director, Office of Civil Rights  
Department of Health Care Services  
P.O. Box 997413, MS 009 Sacramento, CA 95899-7413**

Complaint forms are available at  
[http://www.dhcs.ca.gov/Pages/Language\\_Access.aspx](http://www.dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx).

- Electronically: Send an email to [CivilRights@dhcs.ca.gov](mailto:CivilRights@dhcs.ca.gov).
- 

## **OFFICE OF CIVIL RIGHTS – U.S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES**

If you believe you have been discriminated against on the basis of race, color, national origin, age, disability or sex, you can also file a civil rights complaint with the U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights by phone, in writing, or electronically:

- By phone: Call **1-800-368-1019**. If you cannot speak or hear well, please call **TTY/TDD 1-800-537-7697**.
- In writing: Fill out a complaint form or send a letter to:

**U.S. Department of Health and Human Services  
200 Independence Avenue, SW  
Room 509F, HHH Building  
Washington, D.C. 20201**

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

Electronically: Visit the Office for Civil Rights Complaint Portal at  
<https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>.



## Language Assistance Notice

### English

ATTENTION: If you need help in your language call 1-800-605-2556 (TTY: 711). Aids and services for people with disabilities, like documents in braille and large print, are also available. Call 1-800-605-2556 (TTY: 711). These services are free of charge.

### الشعار بالعربية (Arabic)

يُرجى الانتباه: إذا احتجت إلى المساعدة بلغتك، فاتصل بـ 1-800-605-2556 (TTY: 711). تتوفر أيضًا المساعدات والخدمات للأشخاص ذوي الإعاقة، مثل المستندات المكتوبة بطريقة بريـل والخط الكبير. اتصل بـ 1-800-605-2556 (TTY: 711). هذه الخدمات مجانية.

### Հայերեն պիտակ (Armenian)

Ուժեղ օգնություն է հարկավոր Ձեր լեզվով, զանգահարեք 1-800-605-2556 (TTY՝ 711) հեռախոսահամարով: Կան նաև օժանդակ միջոցներ ու ծառայություններ հաշմանդամություն ունեցող անձանց համար, օրինակ Բրայլի գրատիպով ու խոշորատառ տպագրված նյութեր: Զանգահարեք 1-800-605-2556 (TTY՝ 711) հեռախոսահամարով: Այդ ծառայություններն անվճար են:

### ឃ្លាសំគាល់ភាសាខ្មែរ (Cambodian)

ចំណាំ: បើសិនអ្នកត្រូវការជំនួយ ជាភាសារបស់អ្នក សូមទូរស័ព្ទទៅលេខ 1-800-605-2556 (TTY: 711) ។ ជំនួយ និងសេវា សំរាប់ជនពិការ ដូចជាឯកសារសរសេរជាអក្សរប្រើល សំរាប់ជនពិការភ្នែក ឬឯកសារជាអក្សរពុម្ពធំៗ ក៏មានដែរ។ ទូរស័ព្ទមកលេខ 1-800-605-2556 (TTY: 711)។ សេវាទាំងនេះមិនគិតថ្លៃឡើយ។

### 简体中文标语 (Chinese)

请注意: 如果您需要以您的母语提供帮助, 请致电 1-800-605-2556 (TTY: 711)。另外还提供针对残疾人士的帮助和服务, 例如文盲和需要较大字体阅读, 也是方便取用的。请致电 1-800-605-2556 (TTY: 711)。这些服务都是免费的。

### مطلب به زبان فارسی (Farsi)

توجه: اگر میخواهید به زبان خود کمک دریافت کنید، با 1-800-605-2556 (TTY: 711) تماس بگیرید. کمکها و خدمات مخصوص افراد دارای معلولیت، مانند نسخه های خط بریل و چاپ با حروف بزرگ، نیز موجود است. با 1-800-605-2556 (TTY: 711) تماس بگیرید. این خدمات رایگان ارائه میشوند.

Medi\_21\_58\_LA\_04292021  
MU\_0004142\_ENG1\_0321

## हिन्दी टैगलाइन (Hindi)

ध्यान दें: अगर आपको अपनी भाषा में सहायता की आवश्यकता है तो 1-800-605-2556 (TTY: 711) पर कॉल करें। अशक्तता वाले लोगों के लिए सहायता और सेवाएं, जैसे ब्रेल और बड़े प्रिंट में भी दस्तावेज़ उपलब्ध हैं। 1-800-605-2556 (TTY: 711) पर कॉल करें। ये सेवाएं निःशुल्क हैं।

## Nqe Lus Hmoob Cob (Hmong)

CEEB TOOM: Yog koj xav tau kev pab txhais koj hom lus hu rau 1-800-605-2556 (TTY: 711). Muaj cov kev pab txhawb thiab kev pab cuam rau cov neeg xiam oob qhab, xws li puav leej muaj ua cov ntawv su thiab luam tawm ua tus ntawv loj. Hu rau 1-800-605-2556 (TTY: 711). Cov kev pab cuam no yog pab dawb xwb.

## 日本語表記 (Japanese)

注意日本語での対応が必要な場合は1-800-605-2556 (TTY: 711) へお電話ください。点字の資料や文字の拡大表示など、障がいをお持ちの方のためのサービスも用意しています。1-800-605-2556 (TTY: 711) へお電話ください。これらのサービスは無料で提供していますへお電話ください。これらのサービスは無料で提供しています。

## 한국어 태그라인 (Korean)

유의사항: 귀하의 언어로 도움을 받고 싶으시면 1-800-605-2556 (TTY: 711)번으로 문의하십시오. 점자나 큰 활자로 된 문서와 같이 장애가 있는 분들을 위한 도움과 서비스도 이용 가능합니다. 1-800-605-2556 (TTY: 711)번으로 문의하십시오. 이러한 서비스는 무료로 제공됩니다.

## ແທກໄລພາສາລາວ (Laotian)

ປະກາດ: ຖ້າທ່ານຕ້ອງການຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອໃນພາສາຂອງທ່ານໃຫ້ໂທຫາເບີ 1-800-605-2556 (TTY: 711). ຍັງມີຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອແລະການບໍລິການສໍາລັບຄົນພິການ ເຊັ່ນເອກະສານທີ່ເປັນອັກສອນນູນແລະ ມິໂຕລິມໃຫຍ່ ໃຫ້ໂທຫາເບີ 1-800-605-2556 (TTY: 711). ການບໍລິການເຫຼົ່ານີ້ບໍ່ຕ້ອງເສຍຄ່າໃຊ້ຈ່າຍໃດໆ.

## Mien Tagline (Mien)

LONGC HNYOUV JANGX LONGX OC: Beiv taux meih qiemx longc mienh tengx faan benx meih nyei waac nor douc waac daaih lorx taux 1-800-605-2556 (TTY: 711). Liouh lorx jauv-louc tengx aengx caux nzie gong bun taux ninh mbuo wuaaic fangx mienh, beiv taux longc benx nzangc-pokc bun hluo mbiutc aengx caux aamz mborqv benx domh sou se mbenc nzoih bun longc. Douc waac daaih lorx 1-800-605-2556 (TTY: 711). Naaiv deix nzie weih gong-bou jauv-louc se benx wang-henh tengx mv zuqc cuotv nyaanh oc.

## ਪੰਜਾਬੀ ਟੈਗਲਾਈਨ (Punjabi)

ਧਿਆਨ ਦਿਓ: ਜੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਆਪਣੀ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਮਦਦ ਦੀ ਲੋੜ ਹੈ ਤਾਂ ਕਾਲ ਕਰੋ 1-800-605-2556 (TTY: 711)। ਅਪਾਰਜ ਲੋਕਾਂ ਲਈ ਸਹਾਇਤਾ ਅਤੇ ਸੇਵਾਵਾਂ, ਜਿਵੇਂ ਕਿ ਬ੍ਰੇਲ ਅਤੇ ਮੇਟੀ ਛਪਾਈ ਵਿੱਚ ਦਸਤਾਵੇਜ਼, ਵੀ ਉਪਲਬਧ ਹਨ। ਕਾਲ ਕਰੋ 1-800-605-2556 (TTY: 711)। ਇਹ ਸੇਵਾਵਾਂ ਮੁਫਤ ਹਨ।

## Русский слоган (Russian)

**ВНИМАНИЕ!** Если вам нужна помощь на вашем родном языке, звоните по номеру 1-800-605-2556 (линия ТТУ: 711). Также предоставляются средства и услуги для людей с ограниченными возможностями, например документы крупным шрифтом или шрифтом Брайля. Звоните по номеру 1-800-605-2556 (линия ТТУ: 711). Такие услуги предоставляются бесплатно.

### **Mensaje en español (Spanish)**

**ATENCIÓN:** Si necesita ayuda en su idioma, llame al 1-800-605-2556 (TTY: 711). Para las personas con discapacidades, también hay asistencia y servicios gratuitos disponibles, como documentos en braille y letra grande. Llame al 1-800-605-2556 (TTY: 711). Estos servicios son gratuitos.

### **Tagalog Tagline (Tagalog)**

**PAUNAWA:** Kung kailangan ninyo ng tulong sa inyong wika, tumawag sa 1-800-605-2556 (TTY: 711). Mayroon ding mga tulong at serbisyo para sa mga taong may kapansanan, tulad ng mga dokumento sa braille at malalaking titik. Tumawag sa 1-800-605-2556 (TTY: 711). Libre ang mga serbisyonang ito.

### **แท็กไลน์ภาษาไทย (Thai)**

**โปรดทราบ:** หากคุณต้องการความช่วยเหลือเป็นภาษาของคุณ กรุณาโทรศัพท์ไปที่หมายเลข 1-800-605-2556 (TTY: 711) นอกจากนี้ ยังพร้อมให้ความช่วยเหลือและบริการต่าง ๆ สำหรับบุคคลที่มีความพิการ เช่น เอกสารต่าง ๆ ที่เป็นอักษรเบรลล์และเอกสารที่พิมพ์ด้วยตัวอักษรขนาดใหญ่ กรุณาโทรศัพท์ไปที่หมายเลข 1-800-605-2556 (TTY: 711) ไม่มีค่าใช้จ่ายสำหรับบริการเหล่านี้

### **Примітка українською (Ukrainian)**

**УВАГА!** Якщо вам потрібна допомога вашою рідною мовою, телефонуйте на номер 1-800-605-2556 (TTY: 711). Люди з обмеженими можливостями також можуть скористатися допоміжними засобами та послугами, наприклад, отримати документи, надруковані шрифтом Брайля та великим шрифтом. Телефонуйте на номер 1-800-605-2556 (TTY: 711). Ці послуги безкоштовні.

### **Khẩu hiệu tiếng Việt (Vietnamese)**

**CHÚ Ý:** Nếu quý vị cần trợ giúp bằng ngôn ngữ của mình, vui lòng gọi số 1-800-605-2556 (TTY: 711). Chúng tôi cũng hỗ trợ và cung cấp các dịch vụ dành cho người khuyết tật, như tài liệu bằng chữ nổi Braille và chữ khổ lớn (chữ hoa). Vui lòng gọi số 1-800-605-2556 (TTY: 711). Các dịch vụ này đều miễn phí.