

# THÔNG BÁO VỀ THỰC HÀNH QUYỀN RIÊNG TƯ

Blue Shield of California Promise Health Plan

Thông báo này mô tả cách các thông tin y tế về quý vị có thể được sử dụng và tiết lộ, và cách quý vị có thể tiếp cận các thông tin này. **Vui lòng đọc kỹ.**

## CAM KẾT CỦA CHÚNG TÔI VỀ QUYỀN RIÊNG TƯ

Tại Blue Shield of California Promise Health Plan, chúng tôi thấu hiểu tầm quan trọng của việc giữ bí mật thông tin cá nhân và chúng tôi rất nghiêm túc thực hiện nghĩa vụ này.

Trong quá trình làm việc thông thường, chúng tôi tạo ra các hồ sơ về quý vị, việc điều trị y tế của quý vị và các dịch vụ mà chúng tôi cung cấp cho quý vị. Thông tin trong các hồ sơ này được gọi là "thông tin sức khỏe bảo mật" (viết tắt là PHI) và bao gồm thông tin cá nhân có khả năng nhận diện, ví dụ như tên, địa chỉ, số điện thoại và số An Sinh Xã Hội, cũng như các thông tin về sức khỏe của quý vị, chẳng hạn như chẩn đoán y tế hoặc thông tin về khiếu nại.

Luật pháp liên bang và tiểu bang yêu cầu chúng tôi cung cấp tới quý vị thông báo về các nghĩa vụ pháp lý của chúng tôi và các thông lệ về quyền riêng tư liên quan đến PHI của quý vị. Chúng tôi được yêu cầu duy trì tính bí mật cho PHI của quý vị và thông báo cho quý vị trong trường hợp quý vị bị ảnh hưởng bởi việc rò rỉ PHI không được bảo mật. Khi chúng tôi sử dụng hoặc cung cấp PHI của quý vị ra bên ngoài ("tiết lộ"), chúng tôi bị ràng buộc bởi các điều khoản của thông báo, điều này áp dụng cho tất cả các hồ sơ mà chúng tôi tạo ra, thu được và/hoặc duy trì và có chứa thông tin PHI của quý vị.

## CÁCH CHÚNG TÔI BẢO VỆ QUYỀN RIÊNG TƯ CỦA QUÝ VỊ

Chúng tôi duy trì các biện pháp bảo vệ về vật lý, kỹ thuật và hành chính để đảm bảo tính bí mật cho PHI của quý vị. Để bảo vệ quyền riêng tư của quý vị, chỉ những nhân viên Blue Shield Promise được ủy quyền và đào tạo mới được truy cập các hồ sơ giấy và hồ sơ điện tử của chúng tôi, và được tới các khu vực hạn chế ra vào, nơi mà các thông tin này đang được lưu trữ.

Các nhân viên được đào tạo về các chủ đề sau:

- Các chính sách và quy trình bảo vệ dữ liệu và quyền riêng tư, bao gồm cách ghi nhãn, lưu trữ, sắp xếp và truy cập các hồ sơ giấy và hồ sơ điện tử.
- Các biện pháp bảo vệ vật lý, kỹ thuật và hành chính được áp dụng để duy trì tính bí mật và an ninh cho PHI của quý vị.

Văn phòng Quyền riêng tư của công ty theo dõi cách chúng tôi tuân thủ các quy trình và chính sách về quyền riêng tư và giáo dục toàn bộ tổ chức về chủ đề quan trọng này.

## CÁCH CHÚNG TÔI SỬ DỤNG VÀ TIẾT LỘ PHI CỦA QUÝ VỊ

### Sử dụng PHI mà không có sự cho phép của quý vị

Chúng tôi có thể tiết lộ PHI mà không cần có sự cho phép bằng văn bản của quý vị nếu cần thiết trong quá trình cung cấp các quyền lợi và dịch vụ sức khỏe cho quý vị. Chúng tôi có thể tiết lộ PHI của quý vị cho các mục đích sau:

#### Điều trị

- Chia sẻ với y tá, bác sĩ, dược sĩ, bác sĩ đo thị lực, huấn luyện viên sức khỏe và các chuyên gia chăm sóc sức khỏe khác để họ có thể xác định được kế hoạch chăm sóc của quý vị.
- Giúp quý vị được nhận các dịch vụ và điều trị mà quý vị có thể sẽ cần – ví dụ như yêu cầu xét nghiệm và sử dụng các kết quả.
- Điều phối hoạt động chăm sóc sức khỏe của quý vị và các dịch vụ có liên quan với cơ sở chăm sóc sức khỏe hoặc chuyên gia chăm sóc sức khỏe.

#### Thanh toán

- Thu tiền phí bảo hiểm cho bảo hiểm của quý vị.
- Đưa ra các quyết định bảo hiểm – ví dụ như thảo luận với một chuyên gia chăm sóc sức khỏe về khoản thanh toán cho các dịch vụ đã cung cấp cho quý vị.
- Điều phối các quyền lợi với bảo hiểm khác mà quý vị có thể đang có – ví dụ như thảo luận với một chương trình bảo hiểm sức khỏe khác hoặc công ty bảo hiểm khác để xác định tính đủ điều kiện hoặc phạm vi bảo hiểm của quý vị.
- Thu các khoản thanh toán từ bên thứ ba chịu trách nhiệm thanh toán, ví dụ như một thành viên gia đình.
- Để xác định và thực hiện trách nhiệm của chúng tôi trong việc cung cấp các quyền lợi y tế của quý vị – ví dụ như quản lý các yêu cầu bảo hiểm.

#### Hoạt động chăm sóc sức khỏe

- Cung cấp dịch vụ khách hàng.
- Hỗ trợ và/hoặc cải thiện các chương trình hoặc dịch vụ mà chúng tôi cung cấp cho quý vị.
- Hỗ trợ quý vị trông nom sức khỏe của mình – ví dụ, cung cấp cho quý vị thông tin về các biện pháp điều trị thay thế mà quý vị có quyền được nhận, hoặc cung cấp cho quý vị các lời nhắc về điều trị hoặc về các dịch vụ chăm sóc sức khỏe.
- Hỗ trợ một chương trình bảo hiểm sức khỏe khác, công ty bảo hiểm khác hoặc một chuyên gia chăm sóc sức khỏe có quan hệ với quý vị, nhằm cải tiến các chương trình mà quý vị được cung cấp – ví dụ như để quản lý trường hợp bệnh hoặc hỗ trợ một tổ chức chăm sóc có trách nhiệm (ACO) hoặc sắp xếp dịch vụ chăm sóc y tế tại nhà lấy bệnh nhân làm trung tâm.
- Dùng cho thẩm định bảo hiểm, tiền nợ hoặc mức phí bảo hiểm, hoặc các hoạt động khác liên quan đến việc tạo, gia hạn hoặc thay thế hợp đồng bảo hiểm y tế. Tuy nhiên, xin lưu ý rằng chúng tôi sẽ không sử dụng hoặc tiết lộ các PHI là thông tin di truyền để phục vụ mục đích thẩm định bảo hiểm – bởi luật pháp liên bang nghiêm cấm việc làm này.

Chúng tôi cũng có thể tiết lộ PHI mà không cần có sự cho phép bằng văn bản của quý vị để phục vụ các mục đích khác mà pháp luật cho phép hoặc yêu cầu. Các mục đích này bao gồm:

### **Tiết lộ thông tin cho những người khác có tham gia vào việc chăm sóc sức khỏe cho quý vị**

- Nếu quý vị có mặt tại chỗ hoặc theo yêu cầu trực tiếp của quý vị, chúng tôi có thể tiết lộ PHI của quý vị cho người khác, ví dụ như thành viên trong gia đình, bạn thân hoặc người chăm sóc của quý vị.
- Nếu quý vị đang ở trong tình huống khẩn cấp, không có mặt trực tiếp, bị mất hết khả năng động, hoặc nếu quý vị qua đời, chúng tôi sẽ sử dụng sự đánh giá chuyên nghiệp của mình để quyết định xem việc tiết lộ PHI của quý vị cho người khác có đem lại lợi ích tốt nhất cho quý vị hay không. Nếu chúng tôi tiết lộ PHI của quý vị trong trường hợp quý vị không có mặt, chúng tôi sẽ chỉ tiết lộ những thông tin có liên quan trực tiếp đến sự tham gia của người đó đối với việc điều trị của quý vị hoặc đối với việc thanh toán liên quan đến điều trị của quý vị. Chúng tôi cũng có thể tiết lộ PHI của quý vị để thông báo (hoặc hỗ trợ trong việc thông báo) cho những người đó về địa điểm, tình trạng sức khỏe chung của quý vị hoặc việc quý vị qua đời.
- Chúng tôi có thể tiết lộ PHI của con cái chưa đến tuổi trưởng thành của quý vị cho cha/mẹ khác của trẻ.

### **Tiết lộ thông tin cho nhà cung cấp và tổ chức cấp phép**

Chúng tôi có thể tiết lộ PHI của quý vị cho:

- Các công ty thực hiện một số dịch vụ nhất định thay mặt cho Blue Shield Promise. Ví dụ, chúng tôi có thể thuê các nhà cung cấp giúp chúng tôi cung cấp thông tin và hướng dẫn cho các thành viên mắc các bệnh mãn tính như tiểu đường và hen suyễn.
- Các tổ chức cấp phép như Ủy ban Quốc gia về Đảm bảo Chất lượng (NCQA, National Committee for Quality Assurance) cho các mục đích đo lường chất lượng.

Xin lưu ý rằng trước khi chúng tôi chia sẻ PHI của quý vị, chúng tôi sẽ yêu cầu nhà cung cấp hoặc tổ chức cấp phép ký kết thỏa thuận bằng văn bản để bảo vệ quyền riêng tư đối với PHI của quý vị.

### **Liên lạc**

Chúng tôi có thể sử dụng PHI để liên hệ với quý vị về các thông tin về phạm vi bao trả của chương trình bảo hiểm sức khỏe, các quyền lợi, chương trình và dịch vụ liên quan đến sức khỏe, lời nhắc điều trị hoặc các biện pháp điều trị thay thế mà quý vị có thể nhận được.

### **Gây quỹ**

Chúng tôi không sử dụng PHI của quý vị cho mục đích gây quỹ.

### **Sức khỏe hoặc sự an toàn**

Chúng tôi có thể tiết lộ PHI để ngăn ngừa hoặc giảm bớt mối đe dọa nghiêm trọng và sắp xảy ra đối với sức khỏe hay sự an toàn của quý vị, hoặc sức khỏe hay sự an toàn của cộng đồng chung.

### **Hoạt động sức khỏe công cộng**

Chúng tôi có thể tiết lộ PHI của quý vị cho:

- Báo cáo thông tin sức khỏe cho các cơ quan y tế công cộng được pháp luật cho phép nhận các thông tin đó nhằm mục đích ngăn ngừa hoặc kiểm soát bệnh tật, thương tích hoặc tàn tật, hoặc theo dõi chích ngừa.
- Báo cáo vụ việc lạm dụng hoặc bỏ mặc trẻ em, hoặc lạm dụng người lớn, bao gồm cả bạo lực gia đình, đến một cơ quan chính phủ được pháp luật cho phép nhận các báo cáo dạng này.
- Báo cáo thông tin về sản phẩm hoặc hoạt động được Cơ quan Quản lý Thực phẩm và Dược phẩm (FDA, Food and Drug Administration) của Hoa Kỳ quy định cho người chịu trách nhiệm về chất lượng, sự an toàn hoặc hiệu quả của sản phẩm hoặc hoạt động.

- Thông báo cho người có thể đã bị phơi nhiễm với bệnh truyền nhiễm, nếu chúng tôi được luật pháp cho phép đưa ra thông báo dạng này.

### **Hoạt động giám sát sức khỏe**

Chúng tôi có thể tiết lộ PHI của quý vị cho:

- Một cơ quan chính phủ có trách nhiệm pháp lý về việc giám sát hệ thống chăm sóc sức khỏe hoặc về việc đảm bảo tuân thủ quy định của các chương trình phúc lợi chính phủ như Medicare hoặc Medicaid.
- Các chương trình khác theo luật định cần có thông tin sức khỏe để xác định việc tuân thủ.

### **Nghiên cứu**

Chúng tôi có thể tiết lộ PHI của quý vị cho các mục đích nghiên cứu, nhưng chỉ khi được pháp luật cho phép và thực hiện theo đúng quy định của pháp luật.

### **Tuân thủ pháp luật**

Chúng tôi có thể sử dụng và tiết lộ PHI của quý vị để tuân thủ luật pháp.

### **Tổ tụng tư pháp và hành chính**

Chúng tôi có thể tiết lộ PHI của quý vị trong một vụ tố tụng tư pháp hoặc hành chính, hoặc để trả lời một trát lệnh hợp lệ.

### **Các viên chức thực thi pháp luật**

Chúng tôi có thể tiết lộ PHI của quý vị cho cảnh sát hoặc các viên chức thực thi pháp luật khác, theo yêu cầu của luật pháp hoặc tuân theo lệnh của tòa án hoặc các quy trình khác được pháp luật cho phép.

### **Cơ quan chức năng của chính phủ**

Chúng tôi có thể tiết lộ PHI của quý vị cho các phòng ban khác nhau của chính phủ, như quân đội Hoa Kỳ hoặc Department of State (Bộ Ngoại giao) của Hoa Kỳ, theo yêu cầu của luật pháp.

### **Bồi thường cho người lao động**

Chúng tôi có thể tiết lộ PHI của quý vị khi cần tuân thủ các luật về bồi thường cho người lao động.

## **Những trường hợp sử dụng PHI cần có sự cho phép của quý vị**

Ngoài các mục đích được mô tả ở trên, chúng tôi phải nhận được sự cho phép bằng văn bản của quý vị để có thể sử dụng hoặc tiết lộ PHI. Ví dụ, chúng tôi sẽ không sử dụng PHI cho các mục đích tiếp thị nếu không có sự cho phép trước bằng văn bản của quý vị, và chúng tôi cũng không cung cấp PHI cho chủ lao động tiềm năng nếu không có sự cho phép bằng văn bản của quý vị.

## Sử dụng và tiết lộ một số PHI được coi là “tuyệt mật”

Đối với một số dạng PHI nhất định, luật pháp liên bang và tiểu bang có thể yêu cầu nâng cao bảo vệ quyền riêng tư. Trong đó bao gồm các PHI:

- Được duy trì trong các ghi chú trị liệu tâm lý
- Về việc phòng ngừa, điều trị và giới thiệu đối với việc lạm dụng cồn và chất gây nghiện
- Về việc xét nghiệm, chẩn đoán hoặc điều trị HIV/AIDS
- Thông tin về bệnh hoa liễu và/hoặc bệnh truyền nhiễm
- Về xét nghiệm di truyền

Chúng tôi chỉ có thể tiết lộ dạng PHI được bảo vệ đặc biệt này khi có sự cho phép trước bằng văn bản của quý vị, trừ khi được luật pháp cho phép hoặc yêu cầu cụ thể.

### Hủy bỏ việc cho phép

Quý vị có thể hủy bỏ một văn bản cho phép mà trước đây quý vị đã cấp cho chúng tôi vào bất kỳ lúc nào. Khi quý vị gửi văn bản thông báo cho chúng tôi, việc hủy bỏ này sẽ áp dụng cho những lần sử dụng và tiết lộ PHI sau này. Những lần sử dụng hoặc tiết lộ trước đây, khi mà sự cho phép của quý vị vẫn còn hiệu lực, sẽ không bị ảnh hưởng.

## CÁC QUYỀN CÁ NHÂN CỦA QUÝ VỊ

Quý vị có các quyền sau đây liên quan đến PHI mà Blue Shield Promise tạo ra, thu thập và/hoặc duy trì về quý vị:

### Quyền yêu cầu hạn chế

Quý vị có thể yêu cầu chúng tôi hạn chế cách thức mà chúng tôi sử dụng và tiết lộ PHI của quý vị cho các hoạt động điều trị, thanh toán và chăm sóc sức khỏe, như được giải thích trong thông báo này. Chúng tôi không bắt buộc phải đồng ý với yêu cầu hạn chế của quý vị, nhưng chúng tôi sẽ cân nhắc kỹ lưỡng.

Nếu chúng tôi đồng ý với yêu cầu về hạn chế, chúng tôi sẽ thực hiện theo cho đến khi quý vị yêu cầu hoặc đồng ý chấm dứt hạn chế đó. Chúng tôi cũng có thể thông báo với quý vị rằng chúng tôi sẽ chấm dứt thỏa thuận của chúng ta đối với một hạn chế nào đó. Trong trường hợp đó, việc chấm dứt sẽ chỉ áp dụng cho PHI được tạo ra hoặc được nhận sau khi chúng tôi thông báo cho quý vị về việc chấm dứt.

### Quyền nhận các thông tin liên lạc bí mật

Quý vị có thể yêu cầu nhận thông tin liên lạc của Blue Shield Promise có chứa PHI bằng các phương thức thay thế hoặc tại các địa điểm thay thế. Theo yêu cầu của luật pháp, và bất cứ khi nào có thể, chúng tôi sẽ đáp ứng các yêu cầu hợp lý. Chúng tôi có thể yêu cầu quý vị thực hiện yêu cầu bằng văn bản. Nếu yêu cầu của quý vị liên quan đến trẻ vị thành niên, chúng tôi có thể yêu cầu quý vị cung cấp tài liệu pháp lý để hỗ trợ cho yêu cầu của quý vị.

### Quyền truy cập PHI của quý vị

Quý vị có thể yêu cầu kiểm tra hoặc nhận bản sao của một số PHI nhất định mà chúng tôi duy trì về quý vị trong một "bộ hồ sơ được chỉ định". Bộ hồ sơ này bao gồm những thông tin như các hồ sơ ghi danh, thanh toán, phân xử yêu cầu bồi

thường, hệ thống hồ sơ trường hợp bệnh hoặc quản lý y tế, và bất kỳ thông tin nào chúng tôi sử dụng để đưa ra quyết định về quý vị. Yêu cầu của quý vị phải được thực hiện bằng văn bản. Bất cứ khi nào có thể, và theo yêu cầu của pháp luật, chúng tôi sẽ cung cấp cho quý vị bản sao PHI theo dạng (giấy hoặc điện tử) và định dạng mà quý vị yêu cầu. Nếu quý vị yêu cầu bản sao PHI, chúng tôi có thể sẽ tính một khoản phí hợp lý dựa trên chi phí để chuẩn bị, sao chép và/hoặc gửi đến cho quý vị. Trong một số trường hợp nhất định được pháp luật cho phép, chúng tôi có thể không cho phép quý vị truy cập vào một phần của hồ sơ.

### **Quyền sửa đổi hồ sơ**

Quý vị có quyền yêu cầu chúng tôi chỉnh sửa hoặc thay đổi PHI mà chúng tôi duy trì về quý vị trong bộ hồ sơ được chỉ định. Yêu cầu của quý vị phải được lập thành văn bản và giải thích lý do quý vị muốn sửa đổi PHI. Nếu chúng tôi xác định rằng PHI không chính xác hoặc không đầy đủ, chúng tôi sẽ sửa thông tin nếu được pháp luật cho phép. Nếu bác sĩ hoặc cơ sở y tế đã tạo ra PHI mà quý vị muốn thay đổi, quý vị nên yêu cầu họ sửa đổi thông tin.

### **Quyền nhận bảng kê chi tiết các thông tin tiết lộ**

Khi quý vị có yêu cầu bằng văn bản, chúng tôi sẽ cung cấp cho quý vị danh sách các thông tin mà chúng tôi đã tiết lộ từ PHI của quý vị trong một khoảng thời gian nhất định, tối đa là sáu năm trước ngày quý vị yêu cầu. Tuy nhiên, danh sách sẽ không bao gồm:

- Các thông tin tiết lộ mà quý vị đã cho phép.
- Các thông tin tiết lộ được thực hiện từ nhiều hơn sáu năm trước, tính từ ngày quý vị yêu cầu.
- Các thông tin tiết lộ phục vụ mục đích điều trị, thanh toán và chăm sóc sức khỏe, trừ khi được yêu cầu bởi pháp luật.
- Một số thông tin tiết lộ khác mà chúng tôi được pháp luật cho phép loại trừ khỏi bảng kê.

Nếu quý vị yêu cầu bảng kê nhiều hơn một lần trong vòng 12 tháng, chúng tôi sẽ tính một khoản phí hợp lý dựa trên chi phí để thực hiện bảng kê sau lần đầu tiên.

### **Quyền chỉ định một người đại diện cá nhân**

Quý vị có thể chỉ định một người khác làm người đại diện cá nhân cho quý vị. Người đại diện của quý vị sẽ được phép truy cập vào PHI của quý vị, liên lạc với các chuyên gia và các cơ sở chăm sóc sức khỏe của quý vị, và thực hiện tất cả các quyền HIPAA (Đạo luật về Trách nhiệm và Tính linh động với Bảo hiểm Y tế) khác thay mặt cho quý vị. Tùy theo thẩm quyền mà quý vị cấp cho người đại diện của mình, người đó cũng có thể có quyền đưa ra các quyết định về chăm sóc sức khỏe cho quý vị.

### **Quyền nhận bản cứng của thông báo này**

Theo yêu cầu của quý vị, chúng tôi sẽ cung cấp bản cứng của Thông báo này, kể cả khi quý vị đã đồng ý nhận Thông báo này ở dạng điện tử. Vui lòng xem phần "Tính sẵn có và Thời gian của thông báo" trong Thông báo này.

## NHỮNG VIỆC QUÝ VỊ CÓ THỂ LÀM

### Liên hệ với Blue Shield Promise

Nếu quý vị có câu hỏi về quyền riêng tư, tin rằng chúng tôi có thể đã vi phạm quyền riêng tư của quý vị hoặc không đồng ý với quyết định của chúng tôi về việc truy cập PHI, quý vị có thể liên hệ với chúng tôi:

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

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

Điện thoại: (888) 266-8080 (tổng đài miễn phí)  
Đường dây nóng: (855) 296-9086 (tổng đài miễn phí)  
Fax: (800) 201-9020 (tổng đài miễn phí)  
Email: [privacy@blueshieldca.com](mailto:privacy@blueshieldca.com)

Đối với một số loại yêu cầu, quý vị phải điền đủ thông tin vào biểu mẫu và gửi cho chúng tôi. Quý vị có thể nhận biểu mẫu này bằng cách gọi tới số điện thoại của bộ phận Chăm sóc Khách hàng ghi trên thẻ ID thành viên Promise Health Plan hoặc truy cập trang web của chúng tôi tại địa chỉ [blueshieldca.com/bzca/bsc/wcm/connect/sites/Sites\\_Content\\_EN/bsp/about-promise/privacy](https://blueshieldca.com/bzca/bsc/wcm/connect/sites/Sites_Content_EN/bsp/about-promise/privacy).

### Liên hệ với cơ quan chính phủ liên bang

Quý vị cũng có thể gửi đơn khiếu nại tới Bộ trưởng của Bộ Y tế và Dịch vụ Nhân sinh (HSS, U.S. Department of Health & Human Services) của Hoa Kỳ nếu quý vị tin rằng chúng tôi có thể đã vi phạm quyền riêng tư của quý vị.

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

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

Điện thoại: (877) 696-6775  
Trang web: [hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints](https://hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints)

Nếu quý vị là cư dân California, quý vị cũng có thể liên hệ với Người quản lý Khu vực của OCR cho 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

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

## Liên hệ với cơ quan chính phủ tiểu bang

Quý vị cũng có thể nộp đơn khiếu nại lên Sở Dịch vụ Chăm sóc Sức khỏe California (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

Điện thoại: (916) 445-4646

Fax: (916) 440-7680

Trang web: <http://dhcs.ca.gov/privacyoffice>

Chúng tôi sẽ không trả đũa quý vị vì gửi đơn khiếu nại về thực hành quyền riêng tư.

## TÍNH SẴN CÓ VÀ THỜI GIAN CỦA THÔNG BÁO

### **Tính sẵn có của Thông báo**

Quý vị có thể nhận biểu mẫu này bằng cách gọi tới số điện thoại của bộ phận Chăm sóc Khách hàng ghi trên thẻ ID thành viên Promise Health Plan hoặc truy cập trang web của chúng tôi tại địa chỉ [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).

### **Quyền thay đổi các điều khoản của Thông báo này**

Chúng tôi phải tuân thủ các điều khoản của Thông báo này khi thông báo vẫn có hiệu lực. Chúng tôi có thể thay đổi các điều khoản của Thông báo này vào bất kỳ lúc nào, và chúng tôi có thể tùy ý đưa vào thêm các điều khoản mới cho tất cả PHI của quý vị mà chúng tôi đang sở hữu, bao gồm mọi PHI chúng tôi tạo ra hoặc nhận được trước khi chúng tôi đưa ra thông báo mới.

Nếu chúng tôi thay đổi thông báo này, chúng tôi sẽ cập nhật thông báo trên trang web của chúng tôi và nếu quý vị được ghi danh vào chương trình quyền lợi của Blue Shield Promise vào thời điểm đó, chúng tôi sẽ gửi cho quý vị thông báo mới khi và theo yêu cầu của luật pháp.

**Ngày có hiệu lực:** Thông báo này có hiệu lực kể từ ngày 1 tháng 1 năm 2022



## 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 0009 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 1-855-699-5557 (TTY: 711). Aids and services for people with disabilities, like documents in braille and large print, are also available. Call 1-855-699-5557 (TTY: 711). These services are free of charge.

### الشعار بالعربية (Arabic)

يُرجى الانتباه: إذا احتجت إلى المساعدة بلغتك، فاتصل بـ 1-855-699-5557 (TTY: 711). تتوفر أيضًا المساعدات والخدمات للأشخاص ذوي الإعاقة، مثل المستندات المكتوبة بطريقة بريلا والخط الكبير. اتصل بـ 1-855-699-5557 (TTY: 711). هذه الخدمات مجانية.

### Հայերեն պիտակ (Armenian)

ՈՒՇԱԴՐՈՒԹՅՈՒՆ. Եթե Ձեզ օգնություն է հարկավոր Ձեր լեզվով, զանգահարեք 1-855-699-5557 (TTY` 711) հեռախոսահամարով: Կան նաև օժանդակ միջոցներ ու ծառայություններ հաշմանդամություն ունեցող անձանց համար, օրինակ Բրայլի գրատիպով ու խոշորատառ տպագրված նյութեր: Զանգահարեք 1-855-699-5557 (TTY` 711) հեռախոսահամարով: Այդ ծառայություններն անվճար են:

### ឃ្លាសំគាល់ភាសាខ្មែរ (Cambodian)

ចំណាំ: បើសិនអ្នកត្រូវការជំនួយ ជាភាសារបស់អ្នក សូមទូរស័ព្ទទៅលេខ 1-855-699-5557 (TTY: 711) ។ ជំនួយ និងសេវា សំរាប់ជនពិការ ដូចជាឯកសារសរសេរជាអក្សរប្រែល សំរាប់ជនពិការភ្នែក ឬឯកសារជាអក្សរពុម្ពធំៗ ក៏មានដែរ។ ទូរស័ព្ទមកលេខ 1-855-699-5557 (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 1-855-699-5557 (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 1-855-699-5557 (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 1-855-699-5557 (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 1-855-699-5557 (TTY: 711) تماس بگیرید. این خدمات رایگان ارائه میشوند.

Medi\_21\_59\_LS\_04292021  
MU\_0004142\_ENG1\_0321

## हिन्दी टैगलाइन (Hindi)

ध्यान दें: अगर आपको अपनी भाषा में सहायता की आवश्यकता है तो 1-855-699-5557 (TTY: 711) पर कॉल करें। अशक्तता वाले लोगों के लिए सहायता और सेवाएं, जैसे ब्रेल और बड़े प्रिंट में भी दस्तावेज़ उपलब्ध हैं। 1-855-699-5557 (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 1-855-699-5557 (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 1-855-699-5557 (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1-855-699-5557 (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。1-855-699-5557 (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 1-855-699-5557 (TTY: 711)번으로 문의하십시오. 점자나 큰 활자로 된 문서와 같이 장애가 있는 분들을 위한 도움과 서비스도 이용 가능합니다. 1-855-699-5557 (TTY: 711)번으로 문의하십시오. 이러한 서비스는 무료로 제공됩니다.

## ແທກໄລພາສາລາວ (Laotian)

ປະກາດ: ຖ້າທ່ານຕ້ອງການຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອໃນພາສາຂອງທ່ານໃຫ້ໂທຫາເບີ 1-855-699-5557 (TTY: 711). ຍັງມີຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອແລະການບໍລິການສໍາລັບຄົນພິການ ເຊັ່ນເອກະສານທີ່ເປັນອັກສອນນູນແລະ ມິໂຕລິມໃຫຍ່ ໃຫ້ໂທຫາເບີ 1-855-699-5557 (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 1-855-699-5557 (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 hlou mbiutc aengx caux aamz mborqv benx domh sou se mbenc nzoih bun longc. Douc waac daaih lorx 1-855-699-5557 (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 1-855-699-5557 (TTY: 711)। ਅਪਾਰਜ ਲੋਕਾਂ ਲਈ ਸਹਾਇਤਾ ਅਤੇ ਸੇਵਾਵਾਂ, ਜਿਵੇਂ ਕਿ ਬ੍ਰੇਲ ਅਤੇ ਮੋਟੀ ਛਪਾਈ ਵਿੱਚ ਦਸਤਾਵੇਜ਼, ਵੀ ਉਪਲਬਧ ਹਨ। ਕਾਲ ਕਰੋ 1-855-699-5557 (TTY: 711)। ਇਹ ਸੇਵਾਵਾਂ ਮੁਫਤ ਹਨ।

## Русский слоган (Russian)

ВНИМАНИЕ! Если вам нужна помощь на вашем родном языке, звоните по номеру 1-855-699-5557 (линия ТТУ: 711). Также предоставляются средства и услуги для людей с ограниченными возможностями, например документы крупным шрифтом или шрифтом Брайля. Звоните по номеру 1-855-699-5557 (линия ТТУ: 711). Такие услуги предоставляются бесплатно.

### **Mensaje en español (Spanish)**

ATENCIÓN: Si necesita ayuda en su idioma, llame al 1-855-699-5557 (TTY: 711). Para las personas con discapacidades, también hay asistencia y servicios gratuitos disponibles, como documentos en braille y letra grande. Llame al 1-855-699-5557 (TTY: 711). Estos servicios son gratuitos.

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

PAUNAWA: Kung kailangan ninyo ng tulong sa inyong wika, tumawag sa 1-855-699-5557 (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 1-855-699-5557 (TTY: 711). Libre ang mga serbisyong ito.

### **แท็กไลน์ภาษาไทย (Thai)**

โปรดทราบ: หากคุณต้องการความช่วยเหลือเป็นภาษาของคุณ กรุณาโทรศัพท์ไปที่หมายเลข 1-855-699-5557 (TTY: 711) นอกจากนี้ ยังพร้อมให้ความช่วยเหลือและบริการต่าง ๆ สำหรับบุคคลที่มีความพิการ เช่น เอกสารต่าง ๆ ที่เป็นอักษรเบรลล์และเอกสารที่พิมพ์ด้วยตัวอักษรขนาดใหญ่ กรุณาโทรศัพท์ไปที่หมายเลข 1-855-699-5557 (TTY: 711) ไม่มีค่าใช้จ่ายสำหรับบริการเหล่านี้

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

УВАГА! Якщо вам потрібна допомога вашою рідною мовою, телефонуйте на номер 1-855-699-5557 (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 1-855-699-5557 (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 1-855-699-5557 (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 1-855-699-5557 (TTY: 711). Các dịch vụ này đều miễn phí.