

---

# Wellcare ընկերության ծանուցում՝ գաղտնիության վերաբերյալ գործառույթների մասին

---

ԱՅՍ ԾԱՆՈՒՑՈՒՄԸ ՆԿԱՐԱՀՐՈՒՄ Է, ԹԵ ԻՆՉՊԵՍ ԿԱՐՈՂ ԵՆ ՕԳՏԱԳՈՐԾՎԵԼ ԵՎ ԲԱՑԱՀԱՅՏՎԵԼ ՁԵՐ ՄԱՍԻՆ ԲԺՇԿԱԿԱՆ ՏԵՂԵԿՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԸ ԵՎ ԹԵ ԻՆՉՊԵՍ ԿԱՐՈՂ ԵՔ ՀԱՍԱՆԵԼԻՈՒԹՅՈՒՆ ՍՏԱՆԱԼ ԱՅԴ ՏԵՂԵԿՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԻՆ:

**ԽՆԴՐՈՒՄ ԵՆՔ ՈՒՇԱԴԻՐ ԾԱՆՈԹԱՆԱԼ ԲՈՎԱՆԴԱԿՈՒԹՅԱՆԸ:**

**Ուժի մեջ է 12.14.2022թ.-ից**

For help to translate or understand this, please call **1-800-431-9007**. Hearing impaired should dial **711**. From Oct. 1 through March 31, we are open seven days a week, from 8 a.m. to 8 p.m. From April 1 through Sept. 30, we are open Monday through Friday, from 8 a.m. to 8 p.m.

Si necesita ayuda para traducir o entender este texto, llame al **1-800-431-9007**. Las personas con problemas de audición deben marcar **711**. Del 1 de octubre al 31 de marzo, nuestro horario de atención es de 8 a. m. a 8 p. m., los siete días de la semana. Del 1 de abril al 30 de septiembre, nuestro horario de atención es de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes.

## Առողջապահական ծառայությունների մատակարարի պարտականությունները.

Wellcare-ը Առողջապահական ծառայությունների մատակարար կազմակերպություն է, ինչպես սահմանված և կարգավորվում է 1996 թվականի՝ Բժշկական ապահովագրության դյուրատարության և հաշվետվողականության մասին օրենքով (HIPAA): Օրենսդրության համաձայն Wellcare ընկերությունը պարտավոր է ապահովել Ձեր պաշտպանված բժշկական տեղեկությունների (ՊԲՏ) գաղտնիությունը, Ձեզ տրամադրել Ձեր ՊԲՏ-ին առնչվող մեր իրավական պարտականությունների և գաղտնիության ապահովման գործառույթների մասին սույն Ծանուցումը, հետևի ներկայումս գործող Ծանուցման պայմաններին և Ձեզ տեղեկացնի Ձեր վտանգված ՊԲՏ-ի մասին դրանց կոտրման դեպքում:

Այս Ծանուցումը նկարագրում է, թե ինչպես մենք կարող ենք օգտագործել և բացահայտել Ձեր ՊԲՏ-ը: Այն նաև նկարագրում է Ձեր ՊԲՏ մուտք գործելու, փոփոխելու և կառավարելու Ձեր իրավունքները և թե ինչպես օգտվել այդ իրավունքներից: Ձեր ՊԲՏ-ի բոլոր այլ օգտագործումներն ու բացահայտումները, որոնք նկարագրված չեն սույն Ծանուցման մեջ, կկատարվեն միայն Ձեր գրավոր թույլտվությամբ:

Wellcare-ն իրեն իրավունք է վերապահում փոփոխելու այս ծանուցումը: Մենք մեզ իրավունք ենք վերապահում վերանայված կամ փոփոխված ծանուցումն ուժի մեջ դնել Ձեր ՊԲՏ-ի նկատմամբ, որը մենք արդեն ունենք, ինչպես նաև Ձեր ցանկացած ՊԲՏ-ի նկատմամբ, որոնք մենք կստանանք ապագայում: Wellcare-ն անհապաղ կվերանայի և կտարածի այս ծանուցումը, երբ էական փոփոխություն լինի հետևյալում.

- Օգտագործումներ կամ բացահայտումներ
- Ձեր իրավունքները
- Մեր իրավական պարտականությունները
- Ծանուցման մեջ նշված գաղտնիության այլ գործելակերպեր:

Ցանկացած վերանայված ծանուցումներ մենք հասանելի կդարձնենք մեր կայքում կամ առանձին նամակագրության միջոցով:

## **Բանավոր, գրավոր և էլեկտրոնային ՊԲՏ-ի ներքին պաշտպանություն՝**

Wellcare-ը պաշտպանում է Ձեր ՊԲՏ-ը: Մենք ունենք գաղտնիության և անվտանգության ապահովման գործընթացներ, որոնք կարող են օգնել:

Ստորև բերված են որոշ ուղիները, որոնցով մենք պաշտպանում ենք Ձեր ՊԲՏ-ը:

- Մենք վերապատրաստում ենք մեր անձնակազմին՝ հետևելու մեր գաղտնիության և անվտանգության ապահովման գործընթացներին:
- Մենք պահանջում ենք, որ մեր գործընկերները հետևեն գաղտնիության և անվտանգության ապահովման գործընթացներին:
- Մենք ապահովում ենք մեր գրասենյակների անվտանգությունը:
- Մենք խոսում ենք Ձեր ՊԲՏ-ի մասին միայն գործնական պատճառներով այն մարդկանց հետ, ովքեր պետք է իմանան:
- Մենք ապահովում ենք Ձեր ՊԲՏ-ի անվտանգությունը, երբ դրանք ուղարկում կամ պահում ենք էլեկտրոնային եղանակով:
- Մենք տեխնոլոգիաներ ենք օգտագործում, որպեսզի Ձեր ՊԲՏ-ը թույլ չտանք հասանելի լինեն այլ անձանց:

## **Ձեր ՊԲՏ-ի թույլատրելի օգտագործումը և բացահայտումները.**

Ստորև բերված է այն ցանկը, թե ինչպես մենք կարող ենք օգտագործել կամ բացահայտել Ձեր ՊԲՏ-ը՝ առանց Ձեր թույլտվության կամ լիազորման.

- **Բուժում** - Մենք կարող ենք օգտագործել կամ բացահայտել Ձեր ՊԲՏ-ը բժշկին կամ այլ բժշկական ծառայությունների մատակարարին, որը Ձեզ բուժում է, Ձեր բուժումը մատակարարների միջև համակարգելու կամ մեզ օգնելու Ձեր նպաստների հետ կապված նախնական թույլտվության վերաբերյալ որոշումներ կայացնելու հարցում:

• **Վճարում** - Մենք կարող ենք օգտագործել և բացահայտել Ձեր ՊԲՏ-ը՝ Ձեզ մատուցված բժշկական ծառայությունների դիմաց ապահովագրական վճարներ կատարելու համար: Մենք կարող ենք Ձեր ՊԲՏ-ը բացահայտել բժշկական ապահովագրության մեկ այլ պլանի, բժշկական ծառայությունների մատակարարի կամ այլ կազմակերպության, որի վրա տարածվում են Գաղտնիության վերաբերյալ դաշնային կանոնները, վճարման նպատակներով: Վճարային գործունեությունը կարող են ներառել

- պահանջների մշակում
- պահանջների իրավասության կամ ծածկման որոշում
- ապահովագրավճարների հաշիվների ներկայացում
- ըստ բժշկական անհրաժեշտության ծառայությունների դիտարկում
- պահանջների օգտագործման ստուգման իրականացում

• **Բժշկական գործառնություններ** - Մենք կարող ենք օգտագործել և բացահայտել Ձեր ՊԲՏ-ը՝ մեր բժշկական գործառնություններն իրականացնելու համար: Այս գործողությունները կարող են ներառել.

- հաճախորդներին ծառայությունների մատուցում
- բողոքների և դիմումների պատասխանում
- բուժապասարկման կառավարման և բուժապասարկման համակարգման ապահովում
- պահանջների բժշկական փորձաքննության և այլ՝ որակի գնահատման անցկացում
- բարելավման գործողություններ

Մեր բժշկական գործառնություններում մենք ՊԲՏ-ը կարող ենք բացահայտել մեր բիզնես-գործընկերներին: Մենք այդ գործընկերների հետ գրավոր համաձայնագրեր կունենանք՝ պաշտպանելու Ձեր ՊԲՏ-ի գաղտնիությունը: Մենք Ձեր ՊԲՏ-ը կարող ենք բացահայտել մեկ այլ կազմակերպության, որի վրա տարածվում են Գաղտնիության վերաբերյալ դաշնային կանոնները: Կազմակերպությունը նաև պետք է Ձեզ հետ հարաբերություններ ունենա առողջապահական ոլորտում իր գործունեության շրջանակներում: Սա ներառում է հետևյալը.

- որակի գնահատման և բարելավման գործողություններ
- բուժապասարկման կառավարում և բուժապասարկման համակարգում
- բուժաշխատողների իրավասության կամ որակավորման ստուգում
- առողջապահության ոլորտում խարդախությունների և չարաշահումների հայտնաբերում կամ կանխարգելում

- **Բժշկական ապահովագրության խմբակային պլանին/պլանի հովանավորին տեղեկությունների բացահայտում** – Մենք Ձեր պաշտպանված բժշկական տեղեկությունները կարող ենք բացահայտել բժշկական ապահովագրության խմբակային պլանին հովանավորին, օրինակ՝ գործատուին կամ այլ կազմակերպությանը, որը Ձեզ բժշկական ապահովագրության պլան է տրամադրում, եթե հովանավորը համաձայնել է որոշակի սահմանափակումների, թե ինչպես կօգտագործի կամ կբացահայտի պաշտպանված բժշկական տեղեկությունները (օրինակ՝ համաձայնություն՝ չօգտագործել պաշտպանված բժշկական տեղեկությունները աշխատանքի հետ կապված գործողությունների կամ որոշումների համար):

## **Ձեր ՊԲՏ-ի այլ թույլատրված կամ պահանջվող բացահայտումներ՝**

- **Դրամահավաքային գործողություններ** – Մենք Ձեր ՊԲՏ-ը կարող ենք օգտագործել կամ բացահայտել դրամահավաքային գործունեության համար, օրինակ՝ բարեգործական հիմնադրամի կամ նմանատիպ կազմակերպության համար գումար հավաքելու՝ նրանց գործունեությունը ֆինանսավորելու համար: Եթե մենք Ձեզ հետ կապ հաստատենք դրամահավաքի վերաբերյալ, մենք Ձեզ հնարավորություն կընձեռենք հրաժարվել կամ դադարեցնել նման հաղորդակցությունների ստացումն ապագայում:
- **Ապահովագրական գործունեության նպատակներով** – Մենք Ձեր ՊԲՏ-ը կարող ենք օգտագործել կամ բացահայտել ապահովագրական գործունեության նպատակներով, օրինակ՝ ծածկման հայտի կամ հայցի վերաբերյալ որոշում կայացնելու նպատակով: Եթե մենք Ձեր ՊԲՏ-ը օգտագործում կամ բացահայտում ենք ապահովագրական գործունեության նպատակներով, մեզ արգելվում է ապահովագրական գործունեության նպատակներով օգտագործել կամ բացահայտել Ձեր ՊԲՏ-ը, որոնք իրենցից գենետիկական տեղեկություններ են ներկայացնում:
- **Ընդունելությունների մասին հիշեցումներ/Բուժման այլընտրանքային տարբերակներ** – Մենք կարող ենք Ձեր ՊԲՏ-ը օգտագործել և բացահայտել՝ Ձեզ հիշեցնելու մեզ հետ բուժման և բժշկական ծառայությունների վերաբերյալ ընդունելության մասին կամ Ձեզ տեղեկություններ տրամադրելու բուժման այլընտրանքային տարբերակների կամ առողջությանն առնչվող այլ նպաստների և ծառայությունների վերաբերյալ, օրինակ՝ տեղեկություններ, թե ինչպես դադարել ծխել կամ ինչպես նիհարել:
- **Օրենքով պահանջված կարգով** – Եթե դաշնային, նահանգային և/կամ տեղական օրենքը Ձեր ՊԲՏ-ի օգտագործում կամ բացահայտում է պահանջում, մենք Ձեր ՊԲՏ-ը կարող ենք օգտագործել կամ բացահայտել այնքանով, որքանով այդպիսի օգտագործումը կամ բացահայտումը համապատասխանում է այդ օրենքին և սահմանափակվում է այդ օրենքի պահանջներով: Եթե նույն օգտագործումը կամ բացահայտումը կարգավորող երկու կամ ավելի օրենքներ կամ կանոնակարգեր իրար հակասում են, մենք կառաջնորդվենք առավել սահմանափակող օրենքներով կամ կանոնակարգերով:

- **Հանրային առողջապահության ոլորտում գործունեություն** - Մենք Ձեր ՊԲՏ-ը կարող ենք բացահայտել հանրային առողջապահության մարմնին՝ հիվանդությունների, վնասվածքների կամ հաշմանդամությունը կանխելու կամ վերահսկելու նպատակով: Մենք Ձեր ՊԲՏ-ը կարող ենք բացահայտել Սննդի և դեղերի վարչությանը (FDA)՝ ապահովելու FDA-ի իրավասության ներքո գտնվող ապրանքների կամ ծառայությունների որակը, անվտանգությունը կամ արդյունավետությունը:

- **Չարաշահման և անտեսման զոհեր** - Մենք Ձեր ՊԲՏ-ը կարող ենք հայտնել տեղական, նահանգային կամ դաշնային կառավարության մարմնին, ներառյալ սոցիալական ծառայությունների կամ պաշտպանական ծառայությունների գործակալությանը, որն օրենքով լիազորված է նման հաղորդումներ ստանալ, եթե մենք չարաշահման, անտեսման կամ ընտանեկան բռնության հետ առնչման վերաբերյալ ողջամիտ հիմքեր ունենք:

- **Դատական և վարչական վարույթներ** - Մենք Ձեր ՊԲՏ-ը կարող ենք բացահայտել դատական և վարչական վարույթներում: Մենք նաև կարող ենք դրանք բացահայտել ի պատասխան հետևյալի.

- |                       |                       |                           |
|-----------------------|-----------------------|---------------------------|
| - դատարանի որոշման    | - դատարանի ծանուցագրի | - փաստաթղթերի հայցման     |
| - վարչական տրիբունալի | - դատարան կանչի       | - նմանատիպ իրավական հայցի |
|                       | - օրդերի              |                           |

- **Իրավապահ մարմիններ** - Մենք Ձեր համապատասխան ՊԲՏ-ը կարող ենք բացահայտել իրավապահ մարմիններին անհրաժեշտության դեպքում: Օրինակ՝ ի պատասխան՝

- |                            |  |   |
|----------------------------|--|---|
| - դատարանի որոշման         | - երդվյալ ատենակալների մեծ ժյուրիի օրակարգի ահանջների կատարման | - դատական ծառայողի կողմից տրված դատարան կանչի |
| - դատարանի որոշմամբ օրդերի |  |   |
| - դատարանի ծանուցագրի      |  |   |

Մենք Ձեր համապատասխան ՊԲՏ-ը նաև կարող ենք բացահայտել կասկածյալի, արդարադատությունից թաքնվողի, կարևոր վկայի կամ անհայտ կորած անձի նույնականացման կամ հայտնաբերման համար:

- **Դատաքննիչներ, դատաբժշկական փորձաքննություն իրականացնողներ և հուղարկավորության ծառայությունների բյուրոներ** - Մենք Ձեր ՊԲՏ-ը կարող ենք բացահայտել դատաբժշկական փորձագետին կամ դատաբժշկին: Դա կարող է անհրաժեշտ լինել, օրինակ, մահվան պատճառը որոշելու համար: Մենք Ձեր ՊԲՏ-ը նաև կարող ենք բացահայտել հուղարկավորության ծառայությունների բյուրոներին, ըստ անհրաժեշտության, նրանց պարտականությունները կատարելու համար:

- **Օրգանների, աչքերի և հյուսվածքների նվիրատվություն** - Մենք Ձեր ՊԲՏ-ը կարող ենք բացահայտել օրգանների գնումով զբաղվող կազմակերպություններին: Մենք Ձեր ՊԲՏ-ը նաև կարող ենք բացահայտել նրանց, ովքեր զբաղվում են հետևյալների գնումներով, բանկային գործառնություններով կամ փոխապատվաստումներով՝

- |                      |          |                 |
|----------------------|----------|-----------------|
| - դիակների օրգանների | - աչքերի | - հյուսվածքների |
|----------------------|----------|-----------------|

- **Սպառնալիքներ առողջությանը և անվտանգությանը** - Մենք Ձեր ՊԲՏ-ը կարող ենք օգտագործել կամ բացահայտել, եթե բարեխղճորեն կարծում ենք, որ օգտագործումը կամ բացահայտումն անհրաժեշտ է կանխելու կամ նվազեցնելու անձի կամ հասարակության առողջությանը կամ անվտանգությանը սպառնացող լուրջ կամ անմիջական վտանգը:
- **Մասնագիտացված պետական գործառույթներ** - Եթե Դուք ԱՄՆ-ի Զինված ուժերի զինծառայող եք, մենք Ձեր ՊԲՏ-ը կարող ենք բացահայտել ռազմական հրամանատարական կազմի պահանջների համաձայն: Մենք Ձեր ՊԲՏ-ը նաև կարող ենք բացահայտել.
  - ազգային անվտանգության հարցերով լիազորված դաշնային պաշտոնյաների
  - հետախուզական գործունեությանը
  - պետդեպարտամենտին՝ բժշկական պիտանիությունտ որոշելու համար
  - նախագահին կամ այլ լիազորված անձանց պաշտպանական ծառայությունների համար
- **Աշխատակիցների փոխհատուցում** - Մենք Ձեր ՊԲՏ-ը կարող ենք բացահայտել՝ աշխատակիցների փոխհատուցման հետ կապված օրենքներին կամ օրենքով սահմանված այլ նմանատիպ ծրագրերին համապատասխանելու համար, որոնք նպաստներ են տրամադրում աշխատանքի հետ կապված վնասվածքների կամ հիվանդության դեպքում՝ առանց մեղավորությունից:
- **Արտակարգ իրավիճակներ** - Մենք Ձեր ՊԲՏ-ը կարող ենք բացահայտել արտակարգ իրավիճակներում, կամ եթե Դուք անգործունակ եք կամ ներկա չեք, ընտանիքի անդամին, մտերիմ ընկերոջը, տարերային աղետների ժամանակ օգգնություն ցուցաբերելու լիազորություն ունեցող գործակալությանը կամ Ձեր կողմից նախկինում ճանաչված որևէ այլ անձի: Մենք կառաջնորդվենք մասնագիտական դատողությամբ և փորձով՝ որոշելու, թե արդյոք տեղեկությունների բացահայտումը Ձեր շահերից է բխում: Եթե տեղեկությունների բացահայտումը Ձեր շահերից է բխում, մենք կբացահայտենք միայն այն ՊԲՏ-ը, որոնք ուղղակիորեն առնչվում են Ձեր բուժսպասարկման մեջ ներգրավված անձին:
- **Բանտարկյալներ** - Եթե Դուք ուղղիչ հաստատության կալանավոր եք կամ իրավապահ մարմինները Ձեր նկատմամբ խափանման միջոց են կիրառել, մենք Ձեր ՊԲՏ-ը կարող ենք բացահայտել ուղղիչ հաստատությանը կամ իրավապահ մարմիններին, եթե նման տեղեկատվությունն անհրաժեշտ է, որպեսզի հաստատությունը Ձեզ բուժսպասարկում տրամադրի, պաշտպանի Ձեր առողջությունը կամ անվտանգությունը, կամ այլ անձանց առողջությունը կամ անվտանգությունը, կամ ուղղիչ հաստատության անվտանգության և ապահովության համար:
- **Հետազոտություն** - Որոշակի հանգամանքներում մենք Ձեր ՊԲՏ-ը կարող ենք բացահայտել հետազոտողներին, երբ նրանց կլինիկական հետազոտությունը հաստատված է, և երբ որոշակի երաշխիքներ կան՝ ապահովելու Ձեր ՊԲՏ-ի գաղտնիությունն ու պաշտպանությունը:

# Ձեր ՊԲՏ-ի օգտագործումը և բացահայտումները, որոնք Ձեր գրավոր թույլտվությունն են պահանջում

Մեզնից պահանջվում է Ձեր ՊԲՏ-ն օգտագործելու կամ բացահայտելու Ձեր գրավոր թույլտվությունը ստանալ՝ սահմանափակ բացառություններով՝ հետևյալ պատճառներով.

- **ՊԲՏ-ի վաճառք** - Մենք Ձեր գրավոր թույլտվությունը կհայցենք՝ նախքան որևէ բացահայտում անելը, որը Ձեր ՊԲՏ-ի վաճառք է համարվում, ինչը նշանակում է, որ մենք փոխհատուցում ենք ստանում ՊԲՏ-ն այս ձևով բացահայտելու համար:
- **Շուկայավարում** - Մենք Ձեր գրավոր թույլտվությունը կհայցենք՝ Ձեր ՊԲՏ-ը օգտագործելու կամ բացահայտելու մարքեթինգային նպատակներով՝ սահմանափակ բացառություններով, օրինակ, երբ մենք Ձեր հետ դեմ առ դեմ մարքեթինգային հաղորդակցություն ունենք կամ երբ մենք անվանական արժեքով գովազդային նվերներ ենք տրամադրում:
- **Հոգեթերապևտիկ նշումներ** - Մենք Ձեր գրավոր թույլտվությունը կհայցենք՝ Ձեր հոգեթերապիայի մասով առկա ցանկացած նշում օգտագործելու կամ բացահայտելու՝ սահմանափակ բացառությամբ, օրինակ՝ բուժման, վճարման կամ առողջապահական գործունեության որոշակի գործառույթների համար:

## Անձանց իրավունքները

Ստորև ներկայացված են Ձեր իրավունքները՝ Ձեր ՊԲՏ-ի հետ կապված: Եթե ցանկանում եք օգտվել հետևյալ իրավունքներից, խնդրում ենք կապվել մեզ հետ՝ օգտվելով սույն ծանուցման վերջում նշված տեղեկատվությունից:

- **Սահմանափակումներ պահանջելու իրավունք** - Դուք իրավունք ունեք Ձեր ՊԲՏ-ի օգտագործման և բացահայտման վերաբերյալ սահմանափակումներ պահանջելու՝ բուժման, վճարման կամ առողջապահական գործառնությունների համար, ինչպես նաև Ձեր բուժսպասարկման կամ Ձեր բուժսպասարկման վճարման մեջ ներգրավված անձանց բացահայտումների վերաբերյալ, ինչպիսիք են ընտանիքի անդամները կամ մերձավոր ընկերները: Ձեր հայցում պետք է նշված լինեն այն սահմանափակումները, որոնք Դուք պահանջում եք, և պետք է նշեք, թե ում նկատմամբ է կիրառվում սահմանափակումը: Մեզանից այս հայցին համաձայնվել չի պահանջվում: Եթե մենք համաձայնվենք, մենք կբավարարենք Ձեր սահմանափակման հայցը՝ բացառությամբ այն դեպքերի, երբ տեղեկություններն անհրաժեշտ են Ձեզ շտապ օգնություն տրամադրելու համար: Սակայն մենք կսահմանափակենք վճարումների կամ առողջապահական գործառնությունների համար ՊԲՏ-ի օգտագործումը կամ բացահայտումը նիայն բժշկական ապահովագրության պլանով, եթե Դուք ծառայության կամ ապրանքի դիմաց ամբողջությամբ վճարել եք Ձեր գրպանից:
- **Գաղտնի հաղորդակցություն պահանջելու իրավունք** - Դուք իրավունք ունեք հայցելու, որ մենք Ձեր ՊԲՏ-ի մասին տեղեկացնենք այլընտրանքային միջոցներով կամ այլընտրանքային վայրեր: Այս իրավունքը կիրառվում է միայն այն դեպքում, եթե տեղեկատվությունը կարող է վտանգել Ձեզ, եթե այն չփոխանցվի այլընտրանքային միջոցներով կամ Ձեր ցանկացած այլընտրանքային վայր: Դուք պարտավոր չեք բացատրել Ձեր հայցի պատճառը, սակայն պետք է նշեք, որ տեղեկատվությունը կարող է վտանգել Ձեզ, եթե կապի միջոցը կամ գտնվելու վայրը չփոխվի: Մենք պետք է բավարարենք Ձեր հայցը, եթե այն ողջամիտ է և այլընտրանքային միջոց կամ վայր է նշում, ուր պետք է ուղարկվեն Ձեր ՊԲՏ-ը:

- Ձեր ՊԳՏ-ին հասանելիություն ունենալու և ՊԳՏ-ի պատճենը ստանալու իրավունք**- Դուք իրավունք ունեք, սահմանափակ բացառություններով, դիտելու կամ ստանալու Ձեր ՊԳՏ-ի պատճենները, որոնք պարունակվում են գրառումների հատուկ փաթեթում: Դուք կարող եք հայցել, որ մենք ոչ թե լուսապատճեններ, այլ պատճենների այլ ձևաչափ տրամադրենք: Մենք կօգտագործենք Ձեր պահանջած ձևաչափը՝ բացառությամբ այն դեպքերի, երբ դա հնարավոր չէ: Դուք պետք է գրավոր հայց ներկայացնեք՝ Ձեր ՊԳՏ-ին հասանելիություն ունենալու համար: Ձեր հայցը մերժելու դեպքում մենք Ձեզ գրավոր բացատրություն կտանք և կհայտնենք, թե արդյոք մերժման պատճառները կարող են վերանայվել: Մենք նաև կտեղեկացնենք, թե ինչպես դիմել նման վերանայման համար, կամ որ մերժումը չի կարող վերանայվել:
- Ձեր՝ ՊԳՏ-ը փոփոխելու իրավունք** - Դուք իրավունք ունեք պահանջելու, որ մենք փոփոխենք կամ փոխենք Ձեր ՊԳՏ-ը, եթե կարծում եք, որ դրանք սխալ տեղեկություններ են պարունակում: Ձեր հայցը պետք է գրավոր լինի և այնտեղ պետք է բացատրվի, թե տեղեկություններն ինչու պետք է փոփոխվեն: Մենք որոշակի պատճառներով կարող ենք մերժել Ձեր հայցը, օրինակ, եթե մենք չենք ստեղծել այն տեղեկությունները, որոնք ցանկանում եք փոփոխել, և ՊԳՏ-ի ստեղծողը կարող է կատարել այդ փոփոխությունը: Եթե մենք մերժենք Ձեր հայցը, մենք Ձեզ գրավոր բացատրություն կտանք: Դուք ի պատասխան կարող եք հանդես գալ հայտարարությամբ, որ համաձայն չեք մեր որոշման հետ, և մենք Ձեր հայտարարությունը կկցենք այն ՊԳՏ-ին, որոնք հայցում եք փոփոխել: Եթե մենք ընդունենք տեղեկությունները փոփոխելու Ձեր հայցը, մենք ողջամիտ ջանքեր կգործադրենք փոփոխության մասին տեղեկացնելու այլ անձանց՝ ներառյալ Ձեր կողմից նշված անձանց, և փոփոխությունները ներառելու այդ տեղեկությունների ցանկացած հետագա բացահայտման մեջ:
- Տեղեկությունների բացահայտումների վերաբերյալ հաշվետվություն ստանալու իրավունք** - Դուք իրավունք ունեք ստանալու վերջին 6 տարվա ընթացքում այդ դեպքերի ցանկը, երբ մենք կամ մեր գործընկերները բացահայտել են Ձեր ՊԳՏ-ը: Սա չի վերաբերում բուժման, վճարման, առողջապահական գործառնությունների կամ Ձեր կողմից լիազորված բացահայտումների և որոշակի այլ գործունեության նպատակներով բացահայտմանը: Եթե այս հաշվետվությունը պահանջեք ավելի հաճախ, քան 12 ամիսը մեկ, մենք Ձեզանից ողջամիտ, ծախսերի վրա հիմնված վճար կարող ենք գանձել՝ այս լրացուցիչ հայցերին պատասխանելու համար: Մենք Ձեզ լրացուցիչ տեղեկություններ կտրամադրենք մեր վճարների վերաբերյալ՝ Ձեր կողմից հայցը ներկայացնելու պահին:



• **Բողոք ներկայացնելու իրավունք** - Եթե կարծում եք, որ Ձեր՝ գաղտնիության վերաբերյալ իրավունքները խախտվել են կամ որ մենք խախտել ենք մեր սեփական՝ գաղտնիության վերաբերյալ գործելակերպերը, Դուք մեզ կարող եք բողոք ներկայացնել գրավոր կամ հեռախոսով՝ օգտվելով սույն ծանուցման վերջում նշված կոնտակտային տվյալներից:

Դուք նաև կարող եք բողոք ներկայացնել ԱՄՆ-ի Առողջապահության և սոցիալական ծառայությունների վարչության Քաղաքացիական իրավունքների պաշտպանման գրասենյակի քարտուղարին՝ նամակ ուղարկելով 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201 հասցեով կամ զանգահարելով **1-800-368-1019** հեռախոսահամարով (TTY՝ **1-800-537-7697**): Կամ կարող եք այցելել **[hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints](https://hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints)** կայք:

## ԲՈՂՈՔ ՆԵՐԿԱՅԱՑՆԵԼՈՒ ՀԱՄԱՐ ՄԵՆՔ ՁԵՐ ԴԵՄ ՈՉ ՄԻ ԳՈՐԾՈՂՈՒԹՅՈՒՆ ՉԵՆՔ ՁԵՌՆԱՐԿԻ

• **Այս ծանուցման պատճենը ստանալու իրավունք** - Դուք ցանկացած ժամանակ կարող եք պահանջել մեր ծանուցման պատճենն՝ օգտվելով ծանուցման վերջում գտնվող կոնտակտային տվյալների ցանկից: Եթե Դուք այս ծանուցումը ստանում եք մեր կայքէջում կամ էլեկտրոնային փոստով (էլ. փոստով), Դուք նաև իրավունք ունեք պահանջել ծանուցման թղթային պատճենը:

## Կոնտակտահին տվյալներ

Սույն ծանուցման, ինչպես նաև Ձեր ՊԲՏ-ի հետ կապված մեր գաղտնիության գործելակերպի վերաբերյալ որևէ հարցեր ունենալու դեպքում, կամ իմանալու համար, թե ինչպես օգտվել Ձեր իրավունքներից, Դուք կարող եք գրավոր կամ հեռախոսով կապվել մեզ հետ՝ օգտվելով ստորև նշված կոնտակտային տվյալներից:

Wellcare Health Plans, Inc.

Attention: Privacy Official

7700 Forsyth Boulevard

Clayton, MO 63105

**1-800-431-9007 (TTY: 711)**

**Աշխատանքային ժամերը:** Հոկտ. 1-ից մինչև մարտի 31-ը մենք բաց ենք շաբաթը յոթ օր, առավոտյան ժամը 8-ից մինչև երեկոյան ժամը 8-ը: Ապրիլի 1-ից մինչև սեպտեմբերի 30-ը մենք բաց ենք երկուշաբթիից ուրբաթ օրերին, առավոտյան ժամը 8-ից մինչև երեկոյան ժամը 8-ը.

## Խտրականության բացառման ծանուցագիր

Խտրականությունը հակասում է օրենքին: Wellcare By Health Net-ը հետևում է նահանգային և դաշնային քաղաքացիական իրավունքների օրենքներին: Wellcare By Health Net-ը ապօրինի խտրականություն չի դնում, չի բացառում մարդկանց կամ այլ կերպ չի վերաբերվում նրանց՝ սեռի, ռասայի, գույնի, կրոնի, ծագման, ազգային ծագման, Էթնիկական խմբի, տարիքի, մտավոր հաշմանդամության, ֆիզիկական հաշմանդամության, բժշկական վիճակի, գենետիկական տեղեկատվության, ամուսնական կարգավիճակի, գենդերի, գենդերային ինքնության կամ սեռական կողմնորոշման պատճառով:

Wellcare by Health Net-ը տրամադրում է.

- Անվճար օգնություն և ծառայություններ հաշմանդամություն ունեցող անձանց՝ օգնելու նրանց ավելի լավ հաղորդակցվել, ինչպես օրինակ՝
  - Ժեստերի լեզվի որակավորված թարգմանիչներ
  - Գրավոր տեղեկատվություն այլ ձևաչափերով (մեծ տառերով տպագիր, աուդիո, մատչելի Էլեկտրոնային ձևաչափեր, այլ ձևաչափեր)
- Անվճար լեզվական ծառայություններ այն մարդկանց, ում հիմնական լեզուն անգլերենը չէ, ինչպես օրինակ՝
  - Որակավորված թարգմանիչներ
  - Այլ լեզուներով գրված տեղեկատվություն

Եթե ձեզ անհրաժեշտ են այս ծառայությունները, կապ հաստատեք Wellcare By Health Net-ի հետ՝ զանգահարելով **1-800-431-9007** հեռախոսահամարով: Հոկտեմբերի 1-ից մարտի 31-ը մեզ կարող եք զանգահարել շաբաթական 7 օր, ժամը 8 a.m.-ից 8 p.m. Ապրիլի 1-ից սեպտեմբերի 30-ը կարող եք զանգահարել մեզ երկուշաբթիից ուրբաթ, ժամը 8 a.m.-ից 8 p.m. Հաղորդագրությունների համակարգն աշխատում է աշխատանքային ժամերից հետո և հանգստյան օրերին: Եթե չեք կարողանում լավ լսել կամ խոսել, խնդրում ենք զանգահարել՝ **TTY` 711**: Հարցման դեպքում այս փաստաթուղթը կարող է հասանելի լինել բրայլյան, մեծ տպագիր, աուդիո ձայներիզով կամ Էլեկտրոնային ձևաչափերով: Այս այլընտրանքային ձևաչափերից որևէ մեկով պատճեն ստանալու համար խնդրում ենք զանգահարել կամ գրել հետևյալ հասցեին՝

### Wellcare By Health Net

**21281 Burbank Blvd.**

**Woodland Hills, CA 91367**

**1-800-431-9007 (TTY` 711):**

### Ինչպես բողոք ներկայացնել

Եթե կարծում եք, որ Wellcare By Health Net-ը չի տրամադրել այս ծառայությունները կամ ապօրինի կերպով այլ կերպ խտրականություն է իրականացրել սեռի, ռասայի, մաշկի գույնի, կրոնի, ծագման, ազգային ծագման, Էթնիկ խմբի նույնականացման, տարիքի, մտավոր հաշմանդամության, ֆիզիկական հաշմանդամության, բժշկական վիճակի, գենետիկական տեղեկատվության, ամուսնական կարգավիճակի, գենդերի,

գենդերային ինքնության կամ սեռական կողմնորոշման պատճառով, դուք կարող եք բողոք ներկայացնել Անդամների սպասարկում: Դուք կարող եք բողոք ներկայացնել հեռախոսով, գրավոր, անձամբ կամ Էլեկտրոնային եղանակով՝

- **Յեռախոսով.** Կապ հաստատեք Wellcare By Health Net-ի Քաղաքացիական իրավունքների համակարգողի հետ՝ զանգահարելով **1-866-458-2208** հեռախոսահամարով: Ժամը՝ 8 a.m.-ից մինչև 5 p.m., երկուշաբթիից ուրբաթ օրերին: Կամ, եթե չեք կարող լավ լսել կամ խոսել, խնդրում ենք զանգահարել TTY՝ 711:
- **Գրավոր.** Լրացրեք բողոքի ձևաթուղթը կամ նամակ ուղարկեք հետևյալ հասցեով՝  
Wellcare Civil Rights Coordinator  
P.O. Box 9103  
Van Nuys, CA 91409-9103
- **Անձամբ.** Այցելեք ձեր բժշկի գրասենյակ կամ Wellcare by Health Net-ի գրասենյակ և ասեք, որ ցանկանում եք բողոք ներկայացնել:
- **Էլեկտրոնային տարբերակով.** Այցելե՛ք՝ Wellcare by Health Net-ի կայքը՝ **wellcare.com/healthnetCA:**

### **Քաղաքացիական իրավունքների գրասենյակ – California-ի Առողջապահության ծառայությունների բաժին**

Դուք կարող եք նաև քաղաքացիական իրավունքների բողոք ներկայացնել California-ի Առողջապահական ծառայությունների վարչություն, Քաղաքացիական իրավունքների գրասենյակ հեռախոսով, գրավոր կամ Էլեկտրոնային եղանակով.

- **Յեռախոսով.** Չանգահարեք **1-916-440-7370** հեռախոսահամարով: Եթե չեք կարողանում լավ խոսել կամ լսել, խնդրում ենք զանգահարել **TTY՝ 711 (Telecommunications Relay Service):**
- **Գրավոր.** Լրացրեք բողոքի ձևաթուղթը կամ նամակ ուղարկեք հետևյալ հասցեով՝  
Deputy Director, Office of Civil Rights  
Department of Health Care Services  
Office of Civil Rights  
P.O. Box 997413, MS 0009  
Sacramento, CA 95899-7413  
Բողոքի ձևերը հասանելի են **[http://www.dhcs.ca.gov/Pages/Language\\_Access.aspx](http://www.dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx)** կայքում:
- **Էլեկտրոնային եղանակով.** Էլ. նամակ ուղարկե՛ք՝ **CivilRights@dhcs.ca.gov** Էլ.հասցեին:

### **Քաղաքացիական իրավունքների գրասենյակ – ԱՄՆ Առողջապահության և մարդկային ծառայությունների վարչություն**

Եթե կարծում եք, որ խտրականության եք ենթարկվել ռասայի, մաշկի գույնի, ազգային պատկանելության, տարիքի, հաշմանդամության կամ սեռի հիման վրա, կարող եք նաև քաղաքացիական իրավունքների բողոք ներկայացնել ԱՄՆ-ի Առողջապահության և մարդկային ծառայությունների վարչություն, Քաղաքացիական իրավունքների գրասենյակ հեռախոսով, գրավոր կամ Էլեկտրոնային եղանակով.

- **Յեռախոսով.** Չանգահարեք **1-800-368-1019** հեռախոսահամարով: Եթե չեք կարողանում լավ խոսել կամ լսել, խնդրում ենք զանգահարել՝ **TTY/TDD 1-800-537-7697:**

- Գրավոր. Լրացրեք բողոքի ձևաթուղթը կամ նամակ ուղարկեք հետևյալ հասցեով՝  
U.S. Department of Health and Human Services  
200 Independence Avenue SW  
Room 509F, HHH Building  
Washington, D.C. 20201
- **Էլեկտրոնային եղանակով.** Այցելեք Քաղաքացիական իրավունքների գրասենյակի բողոքների պորտալ՝ <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>:

**English:** ATTENTION: If you need help in your language call **1-800-431-9007** (TTY: **711**). Aids and services for people with disabilities, like documents in braille and large print, are also available. Call **1-800-431-9007** (TTY: **711**). These services are free of charge.

**Arabic** (العربية): انتباه: إذا كنت بحاجة إلى مساعدة بلغتك، فاتصل على الرقم **1-800-431-9007** (TTY: **711**). تتوفر أيضًا مساعدات وخدمات للأشخاص ذوي الإعاقات مثل المستندات بطريقة برايل وبطباعة كبيرة. اتصل على الرقم **1-800-431-9007** (TTY: **711**). وهذه الخدمات مجانية.

**Armenian** (Հայերեն): Ուշադրություն: Եթե Ձեր լեզվով օգնության կարիք ունեք, գանգահարեք **1-800-431-9007** (TTY՝ **711**): Հասանելի են նաև օգնություն և ծառայություններ հաշմանդամություն ունեցող անձանց համար, ինչպիսիք են՝ բրայլյան և խոշոր տառերով փաստաթղթերը: Չանգահարեք **1-800-431-9007** (TTY՝ **711**): Այս ծառայություններն անվճար են:

**Cambodian** (ភាសាខ្មែរ): ចំណាំ: ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការជំនួយភាសារបស់អ្នក សូម ទូរសព្ទទៅលេខ **1-800-431-9007** (TTY: **711**)។ ជំនួយនិងសេវាកម្មសម្រាប់ជនពិការ ដូចជាឯកសារជាអក្សរធំសម្រាប់ជនពិការភ្នែក និងពុម្ពអក្សរធំ ក៏មានផងដែរ។ ទូរសព្ទទៅកាន់លេខ **1-800-431-9007** (TTY: **711**)។ សេវាកម្មទាំងនេះមិនគិតថ្លៃនោះទេ។

**Chinese Mandarin** (普通话): 注意：如果您需要语言支持，请致电 **1-800-431-9007** (TTY: **711**)。此外，还为残疾人提供辅助和相关服务，如盲文文件和大字体文件。请致电 **1-800-431-9007** (TTY: **711**)。这些服务均免费提供。

**Chinese Cantonese** (廣東話): 注意：如果您需要以您母語提供的協助，請致電 **1-800-431-9007** (TTY: **711**)。我們也為殘疾人士提供輔助和服務，例如點字和大字體印刷的文件。請致電 **1-800-431-9007** (TTY: **711**)。這些服務為免費服務。

**Farsi** (فارسی): توجه: اگر به زبان خود نیاز به کمک دارید با **1-800-431-9007** تماس بگیرید (رایگان: **711**). پشتیبانی و خدمات برای افراد دارای معلولیت، مانند اسناد با خط بریل و چاپ درشت، نیز موجود است. با **1-800-431-9007** (رایگان: **711**) تماس بگیرید. این خدمات رایگان است.

**Hindi** (हिंदी): ध्यान दें: अगर आपको अपनी भाषा में मदद चाहिए, तो **1-800-431-9007** (TTY: **711**) पर कॉल करें. विकलांग लोगों के लिए ब्रेल और बड़े प्रिंट में दस्तावेज़ जैसी सहायता और सेवाएं उपलब्ध हैं. **1-800-431-9007** (TTY: **711**) पर कॉल करें. ये सेवाएं नि:शुल्क हैं.

**Hmong** (Lus Hmoob): THOV PAUB TXOG: Yog tias koj xav tau kev pab ua koj hom lus thov hu rau **1-800-431-9007** (TTY: **711**). Tsis tas i ntawd, peb tseem muaj cov neeg pab thiab cov kev pab cuam rau cov neeg uas muaj cov kev xiam oob qhab, xws li cov ntaub ntawv ua ntawv su rau neeg dig muag thiab ntawv luam loj. Hu rau **1-800-431-9007** (TTY: **711**). Cov kev pab cuam no tsis muaj nqi dab tsi ntxiv lawm.

**Japanese (日本語):** 注意：言語のヘルプが必要な場合は **1-800-431-9007**

(TTY: **711**) までお電話ください。障害をお持ちの方には、点字や大判プリントなどの補助機能やサービスもご利用になれます。 **1-800-431-9007** (TTY: **711**) までお電話ください。これらのサービスは無料です。

**Korean (한국어):** 주의: 귀하의 구사 언어로 도움을 받으셔야 한다면 **1-800-431-9007**

(TTY: **711**) 번으로 연락해 주십시오. 점자 및 큰 활자 인쇄 형식으로 된 문서 등 장애인을 위한 도움 및 서비스도 제공됩니다. **1-800-431-9007**(TTY: **711**) 번으로 연락해 주십시오. 해당 서비스는 무료로 제공됩니다.

**Laotian (ພາສາລາວ):** ສໍາຄັນ: ຖ້າຫາກວ່າທ່ານຕ້ອງການຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອໃນພາສາຂອງທ່ານ ໂທຫາ **1-800-431-9007** (TTY: **711**). ນອກຈາກນີ້, ຍັງມີການຊ່ວຍເຫຼືອ ແລະ ການບໍລິການ ສໍາລັບຄົນພິການ ເຊັ່ນ: ເອກະສານທີ່ເປັນຕົວອັກສອນນູນ ແລະ ການພິມຂະໜາດໃຫຍ່. ໂທຫາ **1-800-431-9007** (TTY: **711**). ການບໍລິການເຫຼົ່ານີ້ແມ່ນພຣິ.

**Mien (Mienh):** Liouh Eix: Oix se meih oix nongc zuqc gorngv mienh wac daih taengx meih, cingv meih mboqv dienx wac **1-800-431-9007** (TTY: **711**). Yie mbuo hac haih nongc mienh wac daih taengx waic fangx nyei mienh, hnangv zing mangc mv buatac lamh nyei mienh nongc nyei nzangc caux domh nzangc wenh jienx. Cingv meih mboqv dienx wac **1-800-431-9007** (TTY: **711**). Naiv deix bong zouc gong se maiv siou zinh nyanh nyei.

**Punjabi (ਪੰਜਾਬੀ):** ਧਿਆਨ ਦਿਉ: ਜੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਆਪਣੀ ਭਾਸ਼ਾ ਵੱਚ ਮਦਦ ਚਾਹੀਦੀ ਹੈ, ਤਾਂ **1-800-431-9007** ‘ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ (TTY: **711**)। ਬਰੇਲ ਲਿਪੀ ਅਤੇ ਵੱਡੇ ਪ੍ਰਿੰਟ ਵੱਚ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ਾਂ ਵਰਗੀਆਂ ਅਪਾਹਜ ਲੋਕਾਂ ਲਈ ਸਹਾਇਤਾਵਾਂ ਅਤੇ ਸੇਵਾਵਾਂ ਵੀ ਉਪਲਬਧ ਹਨ। **1-800-431-9007** ‘ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ (TTY: **711**)। ਇਹ ਸੇਵਾਵਾਂ ਬਲਿਕਲ ਮੁਫਤ ਹਨ।

**Russian (Русский):** ВНИМАНИЕ: если вам требуется помощь на родном языке, позвоните по номеру **1-800-431-9007** (TTY: **711**). Также доступны сопутствующая помощь и услуги для людей с ограниченными возможностями, такие как материалы, напечатанные крупным шрифтом и шрифтом Брайля. Позвоните по номеру **1-800-431-9007** (TTY: **711**). Эти услуги предоставляются бесплатно.

**Spanish (Español):** ATENCIÓN: Si necesita ayuda en su idioma llame al **1-800-431-9007** (TTY: **711**). También están disponibles ayudas y servicios para personas con discapacidades, como documentos en Braille y letra grande. Llame al **1-800-431-9007** (TTY: **711**). Estos servicios son gratuitos.

**Tagalog (Tagalog):** ATENSYON: Kung kailangan ninyo ng tulong sa inyong wika, tumawag sa **1-800-431-9007** (TTY: **711**). Available din ang mga tulong at serbisyo para sa mga taong may kapansanan, gaya ng mga dokumento sa braille at malaking print. Tumawag sa **1-800-431-9007** (TTY: **711**). Walang bayad ang mga serbisyong ito.

**Thai** (ภาษาไทย): โปรดทราบ: หากคุณต้องการความช่วยเหลือเป็นภาษาของคุณ โปรดโทร **1-800-431-9007** (TTY:**711**) นอกจากนี้ ยังมีความช่วยเหลือและบริการสำหรับผู้พิการ เช่น เอกสารที่เป็นอักษรเบรลล์และเอกสารที่ใช้ตัวอักษรขนาดใหญ่ โทร **1-800-431-9007** (TTY: **711**) บริการเหล่านี้ไม่มีค่าใช้จ่าย

**Ukrainian** (Українська): УВАГА! Якщо ви потребуєте підтримки своєю мовою, телефонуйте за номером **1-800-431-9007** (TTY:**711**). Також доступні засоби та послуги для людей з обмеженими можливостями, як-от документи шрифтом Брайля та великим шрифтом. Телефонуйте за номером **1-800-431-9007** (TTY: **711**). Ці послуги є безкоштовними.

**Vietnamese** (Tiếng Việt): CHÚ Ý: Nếu quý vị cần trợ giúp bằng ngôn ngữ của quý vị, hãy gọi số **1-800-431-9007** (TTY:**711**). Các hỗ trợ và dịch vụ dành cho người khuyết tật, chẳng hạn như tài liệu bằng chữ nổi và bản in cỡ chữ lớn cũng được cung cấp. Gọi số **1-800-431-9007** (TTY: **711**). Các dịch vụ này được miễn phí.