

# Wellcare by Health Net

## إشعار ممارسات الخصوصية

يصف هذا الإشعار كيف يمكن استخدام المعلومات الطبية الخاصة بك، والإفصاح عنها، وكيف يمكنك الوصول إلى هذه المعلومات. يُرجى مراجعتها بعناية.

تاريخ السريان 10/1/2024

للمساعدة في ترجمة هذه الوثيقة أو فهمها، يُرجى الاتصال على الرقم 1-800-431-9007 (TTY: 711).

Si necesita ayuda para traducir o entender este texto, llame al 1-800-431-9007 (TTY: 711).

### واجبات الكيان المشمول بالتغطية:

Wellcare by Health Net هي كيان مشمول على النحو المحدد والمنظم بموجب قانون التأمين الصحي لقابلية النقل والمساءلة لعام (HIPAA) 1996. يتعين على Wellcare by Health Net بموجب القانون الحفاظ على خصوصية معلوماتك الصحية المحمية (PHI)، وتزويدك بهذا الإشعار بواجباتنا القانونية وممارسات الخصوصية المتعلقة بمعلوماتك الصحية المحمية PHI، والالتزام بشروط الإشعار الساري حاليًا وإخطارك في حالة حدوث خرق لمعلوماتك الصحية المحمية PHI غير المؤمنة. يصف هذا الإشعار كيف يمكننا استخدام معلوماتك الصحية المحمية PHI والإفصاح عنها. كما يصف حقوقك في الوصول إلى معلوماتك الصحية المحمية PHI وتعديلها وإدارتها وكيفية ممارسة هذه الحقوق. جميع الاستخدامات والإفصاحات الأخرى لمعلوماتك الصحية المحمية PHI غير الموصوفة في هذا الإشعار لن تتم إلا بإذن كتابي منك.

تحتفظ Wellcare by Health Net بالحق في تغيير هذا الإشعار. نحن نحتفظ بالحق في جعل الإشعار المنقح أو المتغير ساريًا بالنسبة لمعلوماتك الصحية المحمية PHI التي لدينا بالفعل وكذلك أي من معلوماتك الصحية المحمية PHI التي نتلقاها في المستقبل. ستقوم Wellcare by Health Net بمراجعة وتوزيع هذا الإشعار على الفور متى كان هناك تغيير جوهري على ما يلي:

الاستخدامات أو الإفصاحات.

حقوقك.

واجباتنا القانونية.

ممارسات الخصوصية الأخرى المذكورة في الإشعار.

سوف نجعل أي إشعارات منقحة متاحة على موقعنا الإلكتروني أو من خلال رسالة بريدية منفصلة.

### الحماية الداخلية للمعلومات الصحية المحمية PHI الشفوية والمكتوبة والإلكترونية:

تحمي Wellcare by Health Net معلوماتك الصحية المحمية PHI. نحن ملتزمون أيضًا بالحفاظ على سرية المعلومات المتعلقة بعرقك، وأصلك الإثني، ولغتك (REL)، والتوجه الجنسي، والهوية الجنسية (SOGI). لدينا عمليات خصوصية وأمان للمساعدة.

هذه بعض الطرق التي نحمي بها معلوماتك الصحية المحمية PHI:

نقوم بتدريب موظفينا على متابعة عمليات الخصوصية والأمان الخاصة بنا.

نطلب من شركائنا في العمل اتباع عمليات الخصوصية والأمان.

نحافظ على مكاننا آمنة.

نتحدث عن معلوماتك الصحية المحمية PHI فقط لأسباب تجارية مع الأشخاص الذين يحتاجون إلى المعرفة.

نحافظ على أمان معلوماتك الصحية المحمية PHI عندما نرسلها أو نخزنها إلكترونياً.

نحن نستخدم التكنولوجيا لمنع الأشخاص الخطأ من الوصول إلى معلوماتك الصحية المحمية PHI.

## الاستخدامات والإفصاحات المسموح بها لمعلوماتك الصحية المحمية PHI:

فيما يلي قائمة بكيفية استخدامنا للمعلومات الصحية المحمية PHI الخاصة بك أو الإفصاح عنها دون إذنك أو تفويضك:

- **العلاج** - قد نستخدم معلوماتك الصحية المحمية PHI أو نفصح عنها لطبيب أو مقدم رعاية صحية آخر يقدم لك العلاج، أو لتنسيق علاجك بين مقدمي الخدمة، أو لمساعدتنا في اتخاذ قرارات التفويض المسبق المتعلقة بمزاياك.

**الدفع** - يجوز لنا استخدام معلوماتك الصحية المحمية PHI والإفصاح عنها لتسديد مدفوعات المزايا لخدمات الرعاية الصحية المقدمة لك. قد نفصح عن معلوماتك الصحية المحمية PHI إلى خطة صحية أخرى، أو لمقدم رعاية صحية، أو كيان آخر يخضع لقواعد الخصوصية الفيدرالية لأغراض الدفع الخاصة بهم. قد تشمل أنشطة الدفع معالجة المطالبات، وتحديد أهلية المطالبات، أو تغطيتها، ومراجعة الخدمات للتأكد من ضرورتها الطبية.

**عمليات HealthCare** - يجوز لنا استخدام معلوماتك الصحية المحمية PHI والإفصاح عنها لأداء عمليات الرعاية الصحية لدينا. وقد تشمل هذه الأنشطة تقديم خدمة العملاء، والرد على الشكاوى والطعون، وتوفير إدارة الرعاية وتنسيق الرعاية. في عمليات الرعاية الصحية لدينا، قد نفصح عن المعلومات الصحية المحمية PHI لشركاء الأعمال. سيكون لدينا اتفاقيات مكتوبة لحماية خصوصية معلوماتك الصحية المحمية PHI مع هؤلاء الشركاء. قد نفصح عن معلوماتك الصحية المحمية PHI إلى كيان آخر يخضع لقواعد الخصوصية الفيدرالية. يجب أن يكون للكيان أيضاً علاقة معك لعمليات الرعاية الصحية. ويشمل ذلك ما يأتي:

أنشطة تقييم وتحسين الجودة. إدارة الحالة وتنسيق الرعاية.

مراجعة كفاءات أو مؤهلات المتخصصين في الرعاية الصحية. الإفصاح أو منع الاحتيال وإساءة استخدام الرعاية الصحية.

تتم حماية عرقك، وأصلك الإثني، ولغتك، وتوجهك الجنسي، وهويتك الجنسية من خلال أنظمة وقوانين الخطة الصحية. وهذا يعني أنّ المعلومات التي تقدمها خاصة وأمنة. لا يمكننا مشاركة هذه المعلومات إلا مع مقدمي الرعاية الصحية فحسب. ولن تتم مشاركتها مع الآخرين من دون إذنك أو تصريح منك. نستخدم هذه المعلومات للمساعدة في تحسين جودة رعايتك والخدمات المقدمة لك.

تساعدنا هذه المعلومات على:

فهم احتياجات رعايتك الصحية بشكل أفضل. تقديم معلومات الرعاية الصحية لتلبية احتياجات رعايتك.

معرفة لغتك المفضلة عند زيارة مقدمي الرعاية الصحية. تقديم برامج لمساعدتك على التمتع بصحة أفضل.

لا تُستخدم هذه المعلومات لأغراض الاكتتاب أو لاتخاذ قرارات بشأن ما إذا كنت قادراً على الحصول على تغطية أو خدمات.

**إفصاحات خطط الرعاية الصحية الجماعية/راعي الخطة** - قد نفصح عن معلوماتك الصحية المحمية PHI إلى إحدى الجهات

الراعية لخطة الرعاية الصحية الجماعية، مثل صاحب العمل أو كيان آخر يقدم لك برنامج رعاية صحية، إذا وافقت الجهة الراعية على قيود معينة بشأن كيفية استخدامها للمعلومات الصحية المحمية أو إفصاحها عنها (مثل الموافقة على عدم استخدام المعلومات الصحية المحمية في إجراءات أو قرارات متعلقة بالتوظيف).

## الإفصاحات الأخرى المسموح بها أو المطلوبة عن معلوماتك الصحية المحمية PHI:

**أنشطة جمع التبرعات** - قد نستخدم معلوماتك الصحية المحمية PHI أو نصح عنها لأنشطة جمع التبرعات، مثل جمع الأموال لمؤسسة خيرية أو كيان مماثل للمساعدة في تمويل أنشطتها. إذا اتصلنا بك بخصوص أنشطة جمع التبرعات، فسنمنحك فرصة الانسحاب أو التوقف عن تلقي مثل هذه الاتصالات في المستقبل.

**أغراض الاكتتاب** - يجوز لنا استخدام معلوماتك الصحية المحمية PHI أو الإفصاح عنها لأغراض الاكتتاب، مثل اتخاذ قرار بشأن طلب تغطية أو طلب. إذا استخدمنا معلوماتك الصحية المحمية PHI أو أفصحنا عنها لأغراض الاكتتاب، فيحظر علينا استخدام أو الإفصاح عن معلوماتك الصحية المحمية PHI التي هي معلومات وراثية في عملية الاكتتاب.

**تذكيرات بالمواعيد/بدائل العلاج** - يجوز لنا استخدام معلوماتك الصحية المحمية PHI والإفصاح عنها لتذكيرك بموعد للعلاج والرعاية الطبية معنا أو لتزويدك بمعلومات تتعلق ببدائل العلاج أو المزايا والخدمات الأخرى المتعلقة بالصحة، مثل المعلومات حول كيفية التوقف عن التدخين أو إنقاص الوزن.

**وفقاً لما يقتضيه القانون** - إذا كان القانون الفيدرالي و/أو الحكومي و/أو المحلي يتطلب استخدام أو الإفصاح عن معلوماتك الصحية المحمية PHI، فيجوز لنا استخدامها أو الإفصاح عنها إلى الحد الذي يتوافق فيه الاستخدام أو الإفصاح مع هذا القانون ويقتصر على متطلبات هذا القانون. في حالة وجود قانونين أو أكثر من اللوائح التي تحكم الاستخدام نفسه أو تعارض الإفصاح، فسنلتزم بالقوانين أو اللوائح الأكثر تقييداً.

**أنشطة الصحة العامة** - قد نصح عن معلوماتك الصحية المحمية PHI إلى سلطة الصحة العامة بغرض منع أو السيطرة على المرض أو الإصابة أو الإعاقة. قد نصح عن معلوماتك الصحية المحمية PHI إلى إدارة الغذاء والدواء الأمريكية (FDA) لضمان جودة أو سلامة أو فعالية المنتجات أو الخدمات بموجب اختصاص إدارة الغذاء والدواء الأمريكية FDA.

**ضحايا سوء المعاملة والإهمال** - قد نصح عن معلوماتك الصحية المحمية PHI إلى سلطة حكومية محلية أو تابعة للولاية أو فيدرالية، بما في ذلك الخدمات الاجتماعية أو وكالة خدمات الحماية المخولة بموجب القانون لتلقي مثل هذه التقارير إذا كان لدينا اعتقاد معقول بوقوع إساءة معاملة أو إهمال أو عنف منزلي.

**الإجراءات القضائية والإدارية** - قد نصح عن معلوماتك الصحية المحمية PHI استجابةً لأمر إداري أو أمر من المحكمة. قد يُطلب منا أيضاً الإفصاح عن معلوماتك الصحية المحمية PHI للرد على أمر استدعاء، أو طلب اكتشاف، أو طلبات أخرى مماثلة.

**إنفاذ القانون** - قد نصح عن معلوماتك الصحية المحمية PHI ذات الصلة إلى جهات إنفاذ القانون عندما يُطلب منا ذلك لأغراض الرد على إحدى الجرائم.

**الأطباء الشرعيون والفاحصون الطبيون ومتعهدو الدفن** - قد نصح عن معلوماتك الصحية المحمية إلى الطبيب الشرعي أو الفاحص الطبي. قد يكون هذا ضرورياً، على سبيل المثال، لتحديد سبب الوفاة. يجوز لنا أيضاً الإفصاح عن معلوماتك الصحية المحمية PHI لمتعهدي الدفن، حسب الضرورة، لأداء واجباتهم.

**التبرع بالأعضاء والعين والأنسجة** - قد نصح عن معلوماتك الصحية المحمية PHI إلى منظمات شراء الأعضاء. قد نصح أيضاً عن معلوماتك الصحية المحمية PHI إلى أولئك الذين يعملون في مجال شراء الأعضاء، والعينين، والأنسجة المتبرع بها، وفي بنوكها وفي عملية زرعها.

**تهديدات الصحة والسلامة** - قد نستخدم معلوماتك الصحية المحمية PHI أو نصح عنها إذا اعتقدنا، بحسن نية، أن الاستخدام أو الإفصاح ضروري لمنع أو تقليل تهديد خطير أو وشيك لصحة أو سلامة أي شخص أو الجمهور.

**الوظائف الحكومية المتخصصة** - إذا كنت عضواً في القوات المسلحة الأمريكية، فقد نصح عن معلوماتك الصحية المحمية PHI كما هو مطلوب من قبل سلطات القيادة العسكرية. يجوز لنا أيضاً الإفصاح عن معلوماتك الصحية المحمية PHI للمسؤولين الفيدراليين المصرح لهم لدواعي الأمن القومي، والأنشطة الاستخباراتية، ووزارة الخارجية لتحديد مدى ملاءمتك الطبية، وحماية الرئيس، والأشخاص الآخرين المصرح لهم حسبما يقتضيه القانون.

**تعويض العمال** - يجوز لنا الإفصاح عن معلوماتك الصحية المحمية PHI للامتثال للقوانين المتعلقة بتعويضات العمال أو البرامج المماثلة الأخرى، التي ينص عليها القانون، والتي توفر مزايا للإصابات أو الأمراض المرتبطة بالعمل دون اعتبار للخطأ.

**حالات الطوارئ** - قد نصح عن معلوماتك الصحية المحمية PHI في حالة طارئة، أو إذا كنت عاجزاً أو غير موجود، إلى أحد أفراد الأسرة أو صديق شخصي مقرب أو وكالة الإغاثة في حالات الكوارث المعتمدة أو أي شخص آخر حددته مسبقاً. سنستخدم الحكم والخبرة المهنية لتحديد ما إذا كان الإفصاح في مصلحتك الفضلى. إذا كان الإفصاح في مصلحتك الفضلى، فسوف نصح فقط عن معلومات الصحة المحمية PHI ذات الصلة المباشرة بمشاركة الشخص في رعايتك.

**النزلاء** - إذا كنت سجيناً في مؤسسة إصلاحية أو تحت وصاية أحد مسؤولي إنفاذ القانون، فيجوز لنا الإفراج عن معلوماتك الصحية المحمية PHI إلى المؤسسة الإصلاحية أو مسؤول إنفاذ القانون، حيث تكون هذه المعلومات ضرورية للمؤسسة لتزويدك بالرعاية الصحية؛ لحماية صحتك أو سلامتك؛ أو صحة وسلامة الآخرين؛ أو من أجل سلامة وأمان المؤسسة الإصلاحية.

**البحث** - في ظل ظروف معينة، قد نصح عن معلوماتك الصحية المحمية PHI للباحثين عند الموافقة على دراستهم البحثية السريرية وحيث توجد ضمانات معينة لضمان خصوصية وحماية معلوماتك الصحية المحمية PHI.

## استخدامات وإفصاحات معلوماتك الصحية المحمية PHI التي تتطلب تفويضاً خطياً منك

نحن مطالبون بالحصول على إذن كتابي منك لاستخدام معلوماتك الصحية المحمية أو الإفصاح عنها، مع استثناءات محدودة، للأسباب التالية:

**بيع المعلومات الصحية المحمية PHI** - سنطلب تفويضاً كتابياً منك قبل أن نقوم بأي إفتاء يُعتبر بيعاً لمعلوماتك الصحية المحمية PHI، مما يعني أننا نلتقى تعويضاً عن الإفصاح عن المعلومات الصحية المحمية PHI بهذه الطريقة.

**التسويق** - سنطلب تفويضاً كتابياً منك لاستخدام معلوماتك الصحية المحمية أو الإفصاح عنها لأغراض تسويقية مع استثناءات محدودة، على سبيل المثال عندما تكون لدينا اتصالات تسويقية معك وجهاً لوجه أو عندما نقدم هدايا ترويجية ذات قيمة رمزية.

**تقارير العلاج النفسي** - سنطلب إندك الكتابي لاستخدام أو الإفصاح عن أي من تقارير العلاج النفسي الخاصة بك والتي قد تكون لدينا في الملف مع استثناءات محدودة، مثل بعض حالات العلاج أو الدفع أو المهام المتعلقة بعمليات الرعاية الصحية.

يحق لك إلغاء تصريحك كتابياً في أي وقت باستثناء الحد الذي استخدمنا فيه بالفعل معلوماتك الصحية الشخصية أو أفصحنا عنها بناءً على ذلك التصريح الأولي.

## حقوق الأفراد

فيما يلي حقوقك المتعلقة بمعلوماتك الصحية المحمية PHI. إذا كنت ترغب في استخدام أي من الحقوق التالية، فيرجى الاتصال بنا باستخدام المعلومات الموجودة في نهاية هذا الإشعار.

**الحق في طلب القيود** - يحق لك طلب قيود على استخدام معلوماتك الصحية المحمية PHI والإفصاح عنها من أجل العلاج أو الدفع أو عمليات الرعاية الصحية، بالإضافة إلى الإفصاح عن المعلومات للأشخاص المشاركين في رعايتك أو دفع تكاليف رعايتك، مثل أفراد الأسرة أو الأصدقاء المقربين. يجب أن يذكر طلبك القيود التي تطالب بها والجهة التي تنطبق عليها القيود. لسنا مطالبين بالموافقة على هذا الطلب. إذا وافقنا، فسنلتزم بطلب التقييد الخاص بك ما لم تكن المعلومات مطلوبة لتزويدك بالعلاج الطارئ. ومع ذلك، سنقوم بتقييد استخدام أو الإفصاح عن المعلومات الصحية المحمية PHI في عمليات الدفع أو الرعاية الصحية لخطة صحية عندما تكون قد دفعت مقابل الخدمة أو البند من جيبك بالكامل.

**الحق في طلب اتصالات سرية** - يحق لك أن تطلب أن نتواصل معك بشأن معلوماتك الصحية المحمية PHI بوسائل بديلة أو مواقع بديلة. ينطبق هذا الحق فقط إذا كانت المعلومات يمكن أن تعرضك للخطر إذا لم يتم توصيلها بالوسائل البديلة أو إلى الموقع البديل الذي تريده. لا يتعين عليك شرح سبب طلبك، ولكن يجب أن تذكر أن هذه المعلومات قد تعرضك للخطر إذا لم يتم تغيير وسيلة الاتصال أو الموقع. يجب أن نلبي طلبك إذا كان معقولاً ويحدد الوسائل البديلة أو الموقع الذي يجب أن يتم فيه تسليم معلوماتك الصحية المحمية PHI.

**الحق في الوصول إلى نسخة من معلوماتك الصحية المحمية PHI وتلقيها** - يحق لك، مع استثناءات محدودة، الاطلاع على أو الحصول على نسخ من معلوماتك الصحية المحمية PHI الموجودة في مجموعة سجلات معينة. يمكنك أن تطلب أن نقدم نسخاً بشكل آخر غير النسخ المصورة. سوف نستخدم الشكل الذي تطلبه إلا إذا لم نتمكن من القيام بذلك عملياً. يجب عليك تقديم طلب كتابي للوصول إلى معلوماتك الصحية المحمية PHI. إذا رفضنا طلبك، فسنقدم لك شرحاً مكتوباً وسنخبرك بما إذا كان من الممكن مراجعة أسباب الرفض. وسنخبرك أيضاً بكيفية طلب مثل هذه المراجعة أو بما إذا تعذر مراجعة الرفض.

**الحق في تعديل معلوماتك الصحية المحمية PHI** - يحق لك طلب تعديل أو تغيير معلوماتك الصحية المحمية PHI إذا كنت تعتقد أنها تحتوي على معلومات غير صحيحة. يجب أن يكون طلبك كتابياً، ويجب أن يوضح سبب تعديل المعلومات. قد نرفض طلبك لأسباب معينة، على سبيل المثال إذا لم نقم بإنشاء المعلومات التي تريد تعديلها وكان منشئ المعلومات الصحية المحمية PHI قادراً على إجراء التعديل. إذا رفضنا طلبك، فسنقدم لك شرحاً مكتوباً. يمكنك الرد ببيان يفيد بأنك لا توافق على قرارنا وسنرفق بيانك بالمعلومات الصحية المحمية PHI التي تطلب منا تعديلها. إذا قبلنا طلبك بتعديل المعلومات، فسنبذل جهوداً معقولة لإبلاغ الآخرين، بما في ذلك الأشخاص الذين تسميهم، بالتعديل ولإدراج التغييرات في أي إفصاحات مستقبلية لتلك المعلومات.

**الحق في الحصول على بيان بسجل الإفصاحات** - يحق لك تلقي قائمة بالحالات خلال فترة الـ 6 سنوات الماضية التي أفصحنا فيها نحن أو شركاؤنا في العمل عن معلوماتك الصحية المحمية PHI. لا ينطبق هذا على الإفصاح لأغراض العلاج أو الدفع أو عمليات الرعاية الصحية أو الإفصاحات التي سمحت بها وأنشطة معينة أخرى. إذا طلبت هذا البيان أكثر من مرة خلال فترة 12 شهراً، فقد نفرض عليك رسوماً معقولة تعتمد على التكلفة للرد على هذه الطلبات الإضافية. سنزودك بمزيد من المعلومات حول رسومنا وقت طلبك.

**الحق في تقديم شكوى** - إذا شعرت بانتهاك حقوق الخصوصية الخاصة بك أو أننا انتهكنا ممارسات الخصوصية الخاصة بنا، فيمكنك تقديم شكوى إلينا كتابياً أو عبر الهاتف باستخدام معلومات الاتصال الموجودة في نهاية هذا الإشعار.

يمكنك أيضاً تقديم شكوى إلى وزير وزارة الصحة الأمريكية ومكتب الخدمات الإنسانية للحقوق المدنية عن طريق إرسال رسالة بريدية عادية إلى العنوان البريدي التالي: 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201 أو الاتصال بالهاتف على أرقام 1-800-368-1019، (TTY: 1-800-537-7697) أو زيارة الموقع [hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints](https://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints).

**لن نتخذ أي إجراء ضدك لتقديمك شكوى**

**الحق في استلام نسخة من هذا الإشعار** - يمكنك طلب نسخة من إشعارنا في أي وقت باستخدام قائمة معلومات الاتصال في نهاية الإشعار. إذا تلقيت هذا الإشعار عبر موقعنا الإلكتروني أو عن طريق البريد الإلكتروني (email)، فيحق لك أيضاً طلب نسخة ورقية من الإشعار.

## إشعار خصوصية المعلومات المالية

يصف هذا الإشعار كيف يمكن استخدام معلوماتك المالية، والإفصاح عنها، وكيف يمكنك الوصول إلى هذه المعلومات. يُرجى مراجعتها بعناية.

نحن ملتزمون بالحفاظ على سرية معلوماتك المالية الشخصية. لأغراض هذه الإشعار، تعني "المعلومات المالية الشخصية" المعلومات المتعلقة بشخص مسجل أو مقدم طلب للحصول على تغطية صحية تُحدد هويته، والتي لا تكون متاحة للعامة بشكل عام، ويتم جمعها من الفرد أو الحصول عليها في إطار تقديم التغطية الصحية له.

**المعلومات التي نجمعها:** نجمع معلومات مالية شخصية عنك من المصادر التالية:

المعلومات التي نتلقاها منك على الطلبات أو النماذج الأخرى، مثل الاسم، والعنوان، والعمر، والمعلومات الطبية، ورقم الضمان الاجتماعي.

المعلومات المتعلقة بمعاملاتك معنا أو مع شركاتنا التابعة أو جهات أخرى، مثل سجل دفع الأقساط والمطالبات. معلومات من تقارير المستهلك.

**الإفصاح عن المعلومات:** لا نصح عن المعلومات المالية الشخصية حول المسجلين لدينا أو المسجلين السابقين لأي طرف ثالث، باستثناء ما يقتضيه القانون أو يسمح به. على سبيل المثال، في سياق ممارساتنا التجارية العامة، يجوز لنا، وفقاً لما يسمح به القانون، الإفصاح عن أي من المعلومات المالية الشخصية التي نجمعها عنك، من دون تصريح منك، للأنواع التالية من المؤسسات: للشركات التابعة لنا، مثل شركات التأمين الأخرى.

للشركات غير التابعة لنا لأغراض أعمالنا اليومية، مثل معالجة معاملاتك، أو الاحتفاظ بحسابك (حساباتك)، أو الاستجابة لأوامر المحكمة والتحقيقات القانونية.

للشركات غير التابعة لنا والتي تقدم لنا خدمات، بما في ذلك إرسال المراسلات الترويجية نيابة عنا.

**السرية والأمان:** نحافظ على تدابير حماية مادية، وإلكترونية، وإجرائية، وفقاً للمعايير الفيدرالية ومعايير الولاية المعمول بها، لحماية معلوماتك المالية الشخصية من مخاطر مثل فقدان، أو التلف، أو سوء الاستخدام. تشمل هذه التدابير الحماية عبر الكمبيوتر، وحماية الملفات والمباني، وفرض قيود على من يمكنه الوصول إلى معلوماتك المالية الشخصية.

## معلومات الاتصال

**أسئلة حول هذا الإشعار:** إذا كان لديك أي أسئلة حول هذا الإشعار، أو ممارسات الخصوصية الخاصة بنا المتعلقة بمعلوماتك الصحية المحمية PHI أو كيفية ممارسة حقوقك، يمكنك الاتصال بنا كتابياً أو عبر الهاتف باستخدام معلومات الاتصال المدرجة أدناه.

**Wellcare Health Plans Inc.**

**Attn: Privacy Official**

**7700 Forsyth Boulevard**

**Clayton, MO 63105**

**1-800-275-4737 (TTY: 711)**

## **Nondiscrimination Notice**

Discrimination is against the law. Wellcare By Health Net follows State and Federal civil rights laws. Wellcare By Health Net 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.

Wellcare By Health Net 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 Wellcare By Health Net by calling **1-800-431-9007**. Between October 1 to March 31, you can call us 7 days a week from 8 a.m. to 8 p.m. From April 1 to September 30, you can call us Monday through Friday from 8 a.m. to 8 p.m. A messaging system is used after hours, weekends, and on federal holidays. 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:

**Wellcare By Health Net**  
**21281 Burbank Blvd.**  
**Woodland Hills, CA 91367**  
**1-800-431-9007 (TTY: 711)**

## **How to File a Grievance**

If you believe that Wellcare By Health Net 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 Member Services. You can file a grievance by phone, in writing, in person, or electronically:

- **By phone:** Contact Wellcare By Health Net's Civil Rights Coordinator by calling **1-866-458-2208**. Between 8 a.m. and 5 p.m., Monday through Friday. Or, if you cannot hear or speak well, please call **TTY 711**.
- **In writing:** Fill out a complaint form or write a letter and send it to:  
**Wellcare Civil Rights Coordinator**  
**P.O. Box 9103**  
**Van Nuys, CA 91409-9103**
- **In person:** Visit your doctor's office or Wellcare By Health Net and say you want to file a grievance.
- **Electronically:** Visit Wellcare By Health Net's website at **wellcare.com/healthnetCA**.

## **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 **1-916-440-7370**. If you cannot speak or hear well, please call **TTY 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  
Office of Civil Rights  
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>.



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.

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

ՈՒՇԱԴԴՈՒԹՅՈՒՆ. Եթե ցանկանում եք օգնություն ստանալ ձեր լեզվով, զանգահարեք 1-800-431-9007 (TTY՝ 711): Հասանելի են նաև հաշմանդամություն ունեցող անձանց համար նախատեսված օժանդակ միջոցներ և ծառայություններ, օրինակ՝ բրայլյան գրատեսակով և խոշոր տառաչափով փաստաթղթեր: Չանզանահարեք 1-800-431-9007 (TTY՝ 711): Այս ծառայություններն անվճար են:

注意：如果您需要以您的语言提供的帮助，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。

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)。這些服務均為免費。

ਧਿਆਨ ਦਿਓ: ਜੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਆਪਣੀ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਮਦਦ ਦੀ ਲੋੜ ਹੈ, ਤਾਂ 1-800-431-9007 (TTY: 711) 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ। ਬਰੇਲ ਲਿਪੀ ਅਤੇ ਵੱਡੇ ਪ੍ਰਿੰਟ ਵਿੱਚ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ਾਂ ਵਰਗੀਆਂ ਅਸਮਰੱਥਾ ਵਾਲੇ ਲੋਕਾਂ ਲਈ ਸਹਾਇਤਾ ਅਤੇ ਸੇਵਾਵਾਂ ਵੀ ਉਪਲਬਧ ਹਨ। 1-800-431-9007 (TTY: 711) 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ। ਇਹ ਮੁਫਤ ਸੇਵਾਵਾਂ ਹਨ।

ध्यान दें: अगर आपको अपनी भाषा में सहायता की आवश्यकता है, तो 1-800-431-9007 (TTY: 711) पर कॉल करें. विकलांग लोगों के लिए ब्रेल और बड़े प्रिंट में दस्तावेज जैसी सहायताएं और सेवाएं भी उपलब्ध हैं. 1-800-431-9007 (TTY: 711) पर कॉल करें. ये सेवाएं निःशुल्क हैं.

THOV MUAB SIAB RAU: Yog tias koj xav tau kev pab ua koj hom lus, ces 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 pab dawb xwb.

**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）にお電話ください。これらのサービスは無料です。**

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. 이러한 서비스는 무료입니다.

ຂໍ້ຄວນເອົາໃຈໃສ່: ຫາກທ່ານຕ້ອງການຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອເປັນພາສາຂອງທ່ານ, ໃຫ້ໂທຫາ 1-800-431-9007 (TTY: 711). ນອກຈາກນີ້ ຍັງມີຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອສໍາລັບຜູ້ພິການ ເຊັ່ນ: ເອກະສານເປັນອັກສອນນູນ ແລະ ຕົວພິມໃຫຍ່ອີກດ້ວຍ. ໃຫ້ໂທຫາ 1-800-431-9007 (TTY: 711). ບໍລິການເຫຼົ່ານີ້ຟຣີ.

LIOUH EIX: Oix se nongc zuqc meih nyei wac jouh mienh bong zouc, cingv mboqv 1-800-431-9007 (TTY: 711). Hac haih weic waic fangx mienh zoux sic taengx qaqv, hnavg mangh wenh souh nzangc caux domh nzangc yenx benx nyei souh nzangc. Mboqv 1-800-431-9007 (TTY: 711). Naiv deix bong taengx meih se mv siou zinh.

**ចំណាំ៖ ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការជំនួយជាភាសារបស់អ្នក សូមទូរសព្ទទៅលេខ 1-800-431-9007 (TTY: 711) ជំនួយនិងសេវាកម្មសម្រាប់ជនពិការ ដូចជាឯកសារជាអក្សរស្នាបសម្រាប់ជនពិការភ្នែក និងពុម្ពអក្សរធំ ក៏មានផងដែរ។ សូមទូរសព្ទទៅលេខ 1-800-431-9007 (TTY: 711)។ សេវាទាំងនេះមិនគិតថ្លៃនោះទេ។**

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

**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.

**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.

**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). Libre ang mga serbisyong ito.

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

**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 безкоштовні.

**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 miễn phí.