

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 مراجعته بعناية.

تاريخ السريان 1/1/2027

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, por favor llame al 1-800-431-9007 (TTY: 711).

واجبات الكيان المشمول بالتغطية:

تُعد Wellcare By Health Net كيانًا مشمولًا على النحو المحدد والمنظم بموجب قانون التأمين الصحي لقابلية النقل والمساءلة لعام 1996 (HIPAA). يتعين على Wellcare By Health Net بموجب القانون الحفاظ على خصوصية معلوماتك الصحية المحمية (PHI)، وتزويدك بهذا الإشعار بواجباتنا القانونية وممارسات الخصوصية المتعلقة بـ PHI، والالتزام بشروط الإشعار الساري حاليًا وإخطارك في حالة حدوث خرق لـ PHI غير المؤمّنة.

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 مُنقحة 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 مكاتبنا 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 PHI الخاصة بك 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 بمزايك.
- **الدفع** — يجوز لنا استخدام PHI الخاصة بك 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 الرعاية الصحية** — يجوز لنا استخدام PHI الخاصة بك 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. وهذا يشمل ما يلي:

- أنشطة تقييم وتحسين الجودة
- مراجعة كفاءات أو مؤهلات المتخصصين في الرعاية الصحية.
- إدارة الحالة وتنسيق الرعاية.
- 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 أن 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.
- معرفة لغتك المفضلة عند زيارة مقدمي الرعاية الصحية.
- تقديم معلومات الرعاية الصحية لتلبية احتياجات رعايتك.
- تقديم برامج لمساعدتك على التمتع بصحة أفضل.

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

- **الخطة الصحية الجماعية/إفصاحات راعي الخطة** — قد نفصح عن PHI الخاصة بك إلى أحد رعاة الخطة الصحية الجماعية، مثل صاحب العمل أو كيان آخر يقدم لك برنامج رعاية صحية، إذا وافق الراعي على قيود معينة بشأن كيفية استخدامه المعلومات الصحية المحمية أو إفصاحه 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 PHI الخاصة بك أو نفصح عنها لأنشطة جمع التبرعات، مثل جمع الأموال لمؤسسة خيرية أو كيان مماثل للمساعدة في تمويل أنشطته. إذا اتصلنا بك بخصوص أنشطة جمع التبرعات، فسنمنحك فرصة الانسحاب أو التوقف عن تلقي مثل هذه الاتصالات في المستقبل.
- **أغراض الاكتتاب** — يجوز لنا استخدام PHI الخاصة بك أو الإفصاح عنها لأغراض الاكتتاب، مثل اتخاذ القرار بشأن طلب تغطية أو استفسار. 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 PHI الخاصة بك والإفصاح عنها لتذكيرك بموعد للعلاج والرعاية الطبية معنا أو لتزويدك بمعلومات تتعلق ببدائل العلاج أو المزاي وخدمات الأخرى المتعلقة بالصحة، مثل المعلومات حول كيفية التوقف عن التدخين أو انقاص الوزن.
- **وفقًا لما يقتضيه القانون** — إذا كان القانون الفيدرالي و/أو الحكومي و/أو المحلي يتطلب استخدام PHI الخاصة بك أو الإفصاح عنها، فيجوز لنا استخدامها أو الإفصاح عن PHI 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 تقييدًا.
- **أنشطة الصحة العامة** — قد نفصح عن PHI الخاصة بك إلى سلطة الصحة العامة بغرض منع أو السيطرة على المرض أو الإصابة أو الإعاقة. قد نفصح عن PHI الخاصة بك إلى Food and Drug Administration (FDA) لضمان جودة أو سلامة أو فعالية المنتجات أو الخدمات بموجب اختصاص FDA. ويشمل ذلك سجلات اضطراب تعاطي المواد المخدرة SUD.
- **ضحايا سوء المعاملة والإهمال** — قد نفصح عن PHI الخاصة بك إلى سلطة حكومية محلية أو تابعة للولاية أو فيدرالية، بما في ذلك الخدمات الاجتماعية أو وكالة خدمات الحماية المخولة بموجب القانون لتلقي مثل هذه البلاغات إذا كان لدينا اعتقاد معقول بوقوع إساءة معاملة أو إهمال أو عنف منزلي.
- **الإجراءات القضائية والإدارية** — قد نفصح عن PHI الخاصة بك استجابةً لأمر إداري أو أمر من المحكمة. قد يُطلب منا أيضًا الإفصاح عن معلوماتك الصحية المحمية PHI للرد على أمر استدعاء، أو طلب اكتشاف، أو طلبات أخرى مماثلة.
- **إنفاذ القانون** — قد نفصح عن PHI الخاصة بك ذات الصلة الخاصة بك إلى جهات إنفاذ القانون عندما يُطلب منا ذلك لأغراض الرد على إحدى الجرائم.
- **الجزء 2 (سجلات اضطراب تعاطي المواد المخدرة)** - إذا تلقينا سجلاتك المشمولة بالجزء 2 أو عالجنها، فلن نستخدم هذه السجلات أو نفصح عنها في أي دعوى أو إجراء مدني أو جنائي أو إداري أو قانوني ضدك دون أمر قضائي أو إذن كتابي منك، وبعد إخطارك ومنحك فرصة لإبداء أقوالك.
- **الأطباء الشرعيون والفاحصون الطبيون ومتعهدو الدفن** — قد نفصح عن PHI الخاصة بك إلى الطبيب الشرعي أو الفاحص الطبي. قد يكون هذا ضروريًا، على سبيل المثال، لتحديد سبب الوفاة. يجوز لنا أيضًا الإفصاح عن معلوماتك الصحية المحمية PHI لمتعهدي الدفن، حسب الضرورة، لأداء واجباتهم.
- **التبرع بالأعضاء والعين والأنسجة** — قد نفصح عن PHI الخاصة بك إلى منظمات شراء الأعضاء. قد نفصح أيضًا 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 PHI الخاصة بك أو نفصح 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 عضوًا في القوات المسلحة الأمريكية، فقد نفصح عن PHI الخاصة بك كما هو مطلوب من قبل سلطات القيادة العسكرية. يجوز لنا أيضًا 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 يقتضي القانون.

• **تعويض العمال** — يجوز لنا الإفصاح عن PHI الخاصة بك للامتنال 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 نفصح عن معلوماتك الصحية المحمية PHI في حالة طارئة، أو إذا كنت عاجزًا أو غير موجود، إلى أحد أفراد الأسرة أو صديق شخصي مقرب أو وكالة الإغاثة في حالات الكوارث المعتمدة أو أي شخص آخر حددته مسبقًا. سنستخدم الحكم والخبرة المهنية لتحديد ما إذا كان الإفصاح في مصلحتك الفضلى. إذا كان الإفصاح في مصلحتك الفضلى، فسوف نفصح فقط عن معلومات الصحة المحمية PHI ذات الصلة المباشرة بمشاركة الشخص في رعايتك.

• **النزلاء** — إذا كنت نزيلًا في مؤسسة إصلاحية أو تحت وصاية أحد مسؤولي إنفاذ القانون، فيجوز لنا الإفراج عن PHI الخاصة بك 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 نفصح عن PHI الخاصة بك للباحثين عند الموافقة على دراستهم البحثية السريرية وحيث توجد ضمانات معينة لضمان خصوصية وحماية PHI الخاصة بك.

استخدامات وإفصاحات معلوماتك الصحية المحمية PHI التي تتطلب تفويضًا خطيًا منك

نحن مطالبون بالحصول على إذن كتابي منك لاستخدام PHI الخاصة بك أو الإفصاح عنها، مع استثناءات محدودة، للأسباب التالية:

• **بيع PHI** — سنطلب تفويضًا كتابيًا منك قبل أن نقوم بأي إفصاح يُعتبر بيعًا لـ PHI الخاصة بك، مما يعني أننا نتلقى تعويضًا عن الإفصاح عن PHI بهذه الطريقة.

• **التسويق** — سنطلب تفويضًا كتابيًا منك لاستخدام PHI الخاصة بك أو الإفصاح عنها لأغراض تسويقية مع استثناءات محدودة، على سبيل المثال عندما تكون لدينا اتصالات تسويقية معك وجهًا لوجه أو عندما نقدم هدايا ترويجية ذات قيمة رمزية.

• **تقارير العلاج النفسي** — سنطلب إذنك 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 كتابيًا في أي وقت باستثناء الحد الذي استخدمنا فيه بالفعل PHI الخاصة بك 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 PHI الخاصة بك 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 لخطّة صحية عندما تكون قد دفعت مقابل الخدمة أو البند من مالك الخاص بالكامل.
 - **الحق في طلب اتصالات سرية** - يحق لك أن تطلب أن نتواصل معك بشأن PHI الخاصة بك 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 PHI الخاصة بك وتلقيها** - يحق لك، مع استثناءات محدودة، الاطلاع على أو الحصول على نسخ من PHI الخاصة بك 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 PHI الخاصة بك** - يحق لك طلب تعديل أو تغيير PHI الخاصة بك 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 ببيانك 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 وإدراج 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 PHI الخاصة بك. 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 خطاب إلى العنوان التالي: 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201 أو الاتصال بالهاتف على 1-800-368-1019 (TTY: 1-800-537-7697) أو زيارة [hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/](https://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/).
- لن نتخذ أي إجراء ضدك لتقديم شكوى.
- **الحق في استلام نسخة من هذا الإشعار** - يمكنك طلب نسخة من إشعارنا في أي وقت باستخدام قائمة معلومات الاتصال في نهاية الإشعار. إذا تلقت هذا الإشعار عبر موقعنا الإلكتروني أو عن طريق البريد الإلكتروني (البريد الإلكتروني)، فيحق لك أيضاً طلب نسخة ورقية من الإشعار.

معلومات الاتصال

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

Wellcare By Health Net
Attn: Privacy Official
PO Box 10420
Van Nuys, CA 91410-0420
رقم الهاتف المجاني
1-800-431-9007 (TTY: 711)

إخطار عدم التمييز

التمييز مخالف للقانون. تتبع Wellcare By Health Net قوانين الحقوق المدنية الفيدرالية والمعمول بها في الولايات. ولا تمارس Wellcare By Health Net التمييز غير المشروع ضد الأشخاص أو تستبعدهم أو تعاملهم بشكل مختلف على أساس الجنس أو العرق أو اللون أو الدين أو النسب أو الأصل القومي أو المجموعة والهوية العرقية أو العمر أو الإعاقة العقلية أو الإعاقة الجسدية أو الحالة الطبية أو المعلومات الجينية أو الحالة الاجتماعية أو النوع أو الهوية الجنسية أو التوجه الجنسي.

وتوفر Wellcare By Health Net ما يأتي:

- مساعدات وخدمات مجانية في الوقت المناسب للأشخاص ذوي الإعاقة لمساعدتهم على التواصل بشكل أفضل، مثل توفير:
 - مترجمي لغة إشارة مؤهلين
 - معلومات مكتوبة بتنسيقات أخرى (طباعة كبيرة أو تسجيلات صوتية أو تنسيقات إلكترونية يمكن الوصول إليها بسهولة أو غيرها من التنسيقات)
- خدمات لغوية مجانية في الوقت المناسب للأشخاص الذين لا يتحدثون اللغة الإنجليزية كلغتهم الأساسية، مثل توفير:
 - مترجمين فوريين مؤهلين
 - معلومات مكتوبة بلغات أخرى

إذا كنت بحاجة إلى هذه الخدمات، فاتصل بـ Wellcare By Health Net على الرقم **1-800-431-9007**. من 1 أكتوبر إلى 31 مارس، يمكنك الاتصال بنا طوال أيام الأسبوع الـ 7 من الساعة 8 صباحًا حتى الساعة 8 مساءً. ومن 1 إبريل إلى 30 سبتمبر، يمكنك الاتصال بنا من الاثنين إلى الجمعة من الساعة 8 صباحًا حتى الساعة 8 مساءً. ويُستخدم نظام مراسلة بعد انتهاء ساعات العمل وفي عطلات نهاية الأسبوع وفي العطلات الفيدرالية. إذا لم يكن بإمكانك السمع أو التكلم جيدًا، فيُرجى الاتصال بـ **TTY 711**. عند الطلب، يمكن توفير هذا المستند لك بطريقة برايل أو بطباعة كبيرة أو على شكل شريط صوتي أو بتنسيق إلكتروني. للحصول على نسخة بأحد هذه التنسيقات البديلة، يرجى الاتصال أو إرسال خطاب إلى:

Wellcare By Health Net

P.O. Box 10420

Van Nuys, CA 91410-0420

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

كيفية تقديم تظلم

في حال ظننت أن Wellcare By Health Net فشلت في تقديم هذه الخدمات أو قامت بالتمييز غير المشروع بطريقة أخرى على أساس الجنس أو العرق أو اللون أو الدين أو النسب أو الأصل القومي أو المجموعة والهوية العرقية أو العمر أو الإعاقة العقلية أو الإعاقة الجسدية أو الحالة الطبية أو المعلومات الجينية أو الحالة الاجتماعية أو النوع أو الهوية الجنسية أو التوجه الجنسي، يمكنك تقديم تظلم لدى منسّق 1557. يمكنك تقديم تظلم عبر الهاتف أو خطيًا أو شخصيًا أو إلكترونيًا:

- **عبر الهاتف:** اتصل بمنسّق 1557 لدى Wellcare By Health Net على الرقم **1-855-577-8234**، من الاثنين إلى الجمعة، من الساعة 8:00 صباحًا حتى الساعة 8:00 مساءً بالتوقيت الشرقي، أو إذا لم يكن بإمكانك السمع أو التكلم جيدًا، فيرجى الاتصال بـ **TTY 711**.

- **خطيًا:** املأ نموذج شكوى أو اكتب خطابًا وأرسله إلى:

1557 Coordinator

P.O. Box 31384

Tampa, FL 33631

- **عبر الفاكس:** **1-866-388-1769**

- **شخصيًا:** قم بزيارة عيادة الطبيب أو Wellcare By Health Net واذكر أنك تريد تقديم تظلم.

● إلكترونيًا: قم بزيارة موقع Wellcare By Health Net الإلكتروني على go.wellcare.com/HealthNetCA.

● عبر البريد الإلكتروني: SM_Section1557Coord@centene.com

Office of Civil Rights – California Department of Health Care Services

يمكنك أيضًا تقديم شكوى حقوق مدنية لدى California Department of Health Care Services, Office of Civil Rights عبر الهاتف أو خطيًا أو إلكترونيًا:

● عبر الهاتف: اتصل على الرقم 1-916-440-7370. إذا لم يكن بإمكانك التكلم أو السمع جيدًا، فيرجى الاتصال بـ 711 TTY (خدمة ترحيل الاتصالات).

● خطيًا: املأ نموذج شكوى أو أرسل خطابًا إلى:

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

تتوفر نماذج الشكاوى على http://www.dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx.

● إلكترونيًا: أرسل بريدًا إلكترونيًا إلى العنوان CivilRights@dhcs.ca.gov.

Office of Civil Rights – U.S. Department of Health and Human Services

إذا كنت تعتقد أنك تعرضت للتمييز على أساس العرق أو اللون أو الأصل القومي أو العمر أو الإعاقة أو الجنس، فيمكنك أيضًا تقديم شكوى تتعلق بالحقوق المدنية إلى U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights عبر الهاتف أو خطيًا أو إلكترونيًا:

● عبر الهاتف: اتصل على الرقم 1-800-368-1019. إذا لم يكن بإمكانك التكلم أو السمع جيدًا، فيرجى الاتصال بـ

1-800-537-7697 TTY/TDD

● خطيًا: املأ نموذج شكوى أو أرسل خطابًا إلى:

U.S. Department of Health and Human Services

200 Independence Avenue SW

Room 509F, HHH Building

Washington, D.C. 20201

تتوفر نماذج الشكاوى على <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

● إلكترونيًا: قم بزيارة بوابة شكاوى Office for Civil Rights على الموقع الإلكتروني

<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 of charge.

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.

ՈՒՇԱԴՐՈՒԹՅՈՒՆ. 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: Չանգահարեք 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: ເອກະສານເປັນອັກສອນນຸນ 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). Wangv henh tengx naaiv deix gong mv zuqc ndortv nyaanh cingv oc.

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 serbisyonang 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.