

निजता कार्यपद्धतियों की सूचना:

इस नोटिस में यह वर्णन किया गया है कि आपकी चिकित्सा जानकारी/जानकारी का कैसे प्रयोग किया जा सकता है तथा इसे दूसरों को खुलासा किया जा सकता है और आप यह जानकारी/जानकारी कैसे प्राप्त कर सकते हैं। कृपया इसका ध्यानपूर्वक पुनरीक्षण करें।

निजता कार्यपद्धतियों की सूचना में निम्न निजता कार्यपद्धतियों का वर्णन है: वॉलमार्ट हेल्थ एंड वेलनेस प्रचालन, सैम के क्लब हेल्थ एंड वेलनेस प्रचालन, और वॉलमार्ट हेल्थ में स्वास्थ्य देखभाल कार्यपद्धतियों और भागीदार प्रदाता, जिसमें वॉलमार्ट हेल्थ चिकित्सा, दंत-चिकित्सा, नेत्र-चिकित्सा और व्यवहार-संबंधी स्वास्थ्य कार्यपद्धतियों शामिल हैं, >, जो संगठित स्वास्थ्य देखभाल व्यवस्था का गठन करते हुए उसमें भाग लेते हैं। यह सूचना उन स्वास्थ्य देखभाल प्रदाताओं की सभी सुविधाओं और सेवा वितरण स्थलों पर लागू है, जैसे कि वॉलमार्ट और सैम के क्लब स्थान जहां वॉलमार्ट स्वास्थ्य कार्यपद्धतियों और भागीदार प्रदाता प्रचालित हैं, और वॉलमार्ट या सैम के क्लब फार्मसी, दृष्टि केंद्र, नेत्र-चिकित्सा और दवाखानों में स्थान। हम यह मानते हैं कि आपकी चिकित्सा-संबंधी जानकारी कार्यपद्धतित है और हम इसे सुरक्षित रखने को प्रतिबद्ध हैं। कानून के अनुसार हमसे यह अपेक्षित है कि हम आपकी सुरक्षित स्वास्थ्य सूचना ("PHI") की निजता बनाए रखें, आपके PHI से संबंधित हमारे कानूनी कर्तव्यों और निजता कार्यपद्धतियों की यह सूचना दें और आपके असुरक्षित PHI को शामिल करने वाले किसी भी सुरक्षा उल्लंघन की रिपोर्ट करें। हमारे लिए वर्तमान नोटिस की शर्तों का पालन करना अनिवार्य है।

लागू होने की तारीख: 26 मार्च, 2013 संशोधन तारीख: सितंबर 2, 2019

आपके प्राधिकार की आवश्यकता वाले PHI के उपयोग और प्रकटन: 1. उपचार के लिए. आपके PHI का उपयोग उपचार के प्रयोजनों के लिए कर सकते हैं जैसे कि दवा-परीक्षा का वितरण और दवा उपचार प्रबंधन सेवाएं प्रदान करना। हम आपका PHI आपके स्वास्थ्य देखभाल या उपचार में शामिल चिकित्सकों, प्रदाताओं, औपचारिकों, नेत्र-संबंधी प्रदाताओं और अन्य स्वास्थ्य देखभाल प्रदाताओं को प्रकट कर सकते हैं। **2. भुगतान के लिए.** हम आपके PHI का उपयोग और प्रकटन कर सकते हैं ताकि हम और अन्य समाहित नामांकित या स्वास्थ्य देखभाल प्रदाता आपको, आपकी बीमा कंपनी या किसी तृतीय पक्ष को भुगतान हेतु बिल जमा कर सकें। इसमें राज्य Medicaid, Medicare या अन्य स्वास्थ्य प्लानों के साथ बीमा पात्रता की जाँच करना, नामांकन की स्थिति का निर्धारण करना और उन निकायों को जानकारी देना शामिल है जो हमें बिल प्रस्तुत करने और देय राशि एकत्र करने में सहायता करते हैं। **3. स्वास्थ्य देखभाल प्रचालन के लिए.** हम आपके PHI का उपयोग अपने स्वास्थ्य देखभाल प्रचालन और अन्य समाहित उन संस्थाओं के स्वास्थ्य देखभाल प्रचालन के लिए कर सकते हैं, जिनके साथ आपका संबंध है या था। स्वास्थ्य देखभाल प्रचालन में स्वास्थ्य देखभाल सेवाएं प्रदान करने के लिए आवश्यक गतिविधियां शामिल हो सकती हैं और वे यह सुनिश्चित करती हैं कि आपको उम्दा ग्राहक सेवा प्राप्त हो। **4. हमारे सामूहिक स्वास्थ्य देखभाल प्रचालनों के लिए.** हमारे संगठित स्वास्थ्य देखभाल व्यवस्था में भाग लेने वाली प्रत्येक समाहित स्वास्थ्य देखभाल प्रदाता इकाई (ऊपर वर्णित है) संगठित स्वास्थ्य देखभाल व्यवस्था से संबंधित स्वास्थ्य देखभाल प्रचालन करने के लिए PHI परस्पर साझा कर सकती है। विशेष रूप से, वॉलमार्ट हेल्थ कार्यपद्धति और भागीदार प्रदाता इस उद्देश्य के लिए परस्पर और वॉलमार्ट या सैम के क्लब हेल्थ एंड वेलनेस के साथ PHI साझा कर सकते हैं। **5. स्वास्थ्य-संबंधित उत्पादों और सेवाओं के बारे में आपके साथ संश्लेषण.** हम आपकी देखभाल और संबंधित मामलों के बारे में आपसे संश्लेषण करने में आपके PHI का उपयोग या प्रकटन कर सकते हैं। उदाहरण के लिए, हम भेंट अनुस्मारक प्रदान करने के लिए आपके PHI का उपयोग या प्रकटन कर सकते हैं, आपको उपलब्ध निवारक देखभाल की सलाह दे सकते हैं, दवा चिकित्सा प्रबंधन सेवाएं प्रदान कर सकते हैं या आपको वैकल्पिक उपचार या देखभाल कार्यक्रमों के बारे में सूचित कर सकते हैं। **6. आपकी देखरेख से संबंधित व्यक्ति या आपकी देखरेख के लिए भुगतान।** हम आपके PHI का प्रकटन परिवार के किसी सदस्य, अन्य रिश्तेदार, मित्र, या आपकी चिकित्सा देखभाल या आपकी देखभाल के लिए भुगतान में शामिल आपके द्वारा ज्ञात किसी अन्य व्यक्ति से कर सकते हैं, बशर्ते आप इस प्रकटन से सहमत हों, आपको आपत्ति जताने का अवसर मिला था और आपने वह नहीं किया, या हम अपने पेशेवर फैसले में परिस्थितियों से अनुमान लगाते हैं कि यह प्रकटन उचित है। **7. जब कानून द्वारा अपेक्षित हो।** हम आपकी PHI तब प्रकट करेंगे जब संघीय, राज्य या स्थानीय कानून के तहत ऐसा करना अपेक्षित हो। **8. स्वास्थ्य को होने वाले गंभीर खतरे से बचें या।** किसी व्यक्ति या जन-समुदाय को किसी गंभीर खतरे से बचाने या उसे घटाने में आवश्यक होने पर हम आपके PHI का उपयोग या प्रकटन कर सकते हैं। **9. स्वास्थ्य निगरानी गतिविधियों के लिए.** हम स्वास्थ्य देखभाल प्रणाली, लाभ कार्यक्रमों, और नागरिक अधिकारों की निगरानी के लिए आवश्यक गतिविधियों जैसे लेखापरीक्षा, निरीक्षण, और लाइसेंस या अन्य गतिविधियों के लिए अधिकृत स्वास्थ्य निरीक्षण संस्था को PHI प्रकट कर सकते हैं। **10. जन-समुदाय के स्वास्थ्य एवं सुरक्षा के लिए.** हम जन-समुदाय की स्वास्थ्य और सुरक्षा गतिविधियों जैसे कि बीमारी, चोटों, या अक्षमताओं को रोकने, दुर्घटनाएँ, उपेक्षा, या घरेलू हिंसा, और दवाओं को याद रखने या प्रतिकूल प्रतिक्रियाओं की रिपोर्टिंग करने में जन-समुदाय की स्वास्थ्य और सुरक्षा गतिविधियों के लिए सरकारी अधिकारियों को आपका PHI प्रकट कर सकते हैं। **11. कानूनी मुकदमों तथा विवादों के लिए.** हम किसी न्यायालयीन या प्रशासनिक आदेश या किसी सम्मन, खोज अनुरोध, या अन्य वैध प्रक्रिया के उत्तर में आपका PHI प्रकट कर सकते हैं यदि अनुरोध के बारे में आपको बताने या कोई सुरक्षात्मक आदेश प्राप्त करने का प्रयास किया गया हो। **12. कानून का पालन.** हम कानून का पालन करने के उद्देश्यों से किसी कानून अनुपालन अधिकारी को PHI प्रकट कर सकते हैं, जैसे कि हमारे परिसर में अपराध की रिपोर्ट करना या वैध कानून अनुपालन पृष्ठताछ का उत्तर देना। **13. विशिष्ट सरकारी कार्यों के लिए.** हम आपकी PHI प्रकट कर सकते हैं: (1) यदि आप सैन्य बल के सदस्य हों, जैसा कि सेना कमांड प्राधिकारियों द्वारा अपेक्षित हो; (2) यदि आप किसी सुधार संस्था या कानून लागू करने वाले अधिकारी की कैद में हों या हिरासत में हों; (3) कुछ शर्तों के तहत कानून लागू करने वाली एजेंसी के अनुरोध के प्रत्युत्तर में; (4) कानून द्वारा प्राधिकृत राष्ट्रीय सुरक्षा कारणों के लिए; (5) राष्ट्रपति, अन्य प्राधिकृत व्यक्तियों या विदेशी राज्यों के प्रमुखों की सुरक्षा के लिए प्राधिकृत संघीय अधिकारियों को। **14. कर्मचारियों की क्षतिपूर्ति के लिए।** हम कर्मचारियों की क्षतिपूर्ति या ऐसे अन्य कार्यक्रमों के लिए आपकी PHI को प्रकट कर सकते हैं। **15. अंग तथा टिश्यू दान करने के लिए।** हम दान या प्रत्यारोपण के उद्देश्यों से अंग प्राप्त करने वाले या ऐसे अन्य संगठनों को भी आपकी PHI प्रकट कर सकते हैं। **16. मृत्यु समीक्षाओं और अंत्येष्टि निदेशकों के लिए.** हम अंत्येष्टि गृह निदेशक, मृत्यु समीक्षा या चिकित्सा परीक्षक को कानून के अनुरूप उन्हें PHI प्रकट कर सकते हैं ताकि वे अपने कर्तव्य निभा सकें। **17. व्यक्तिगत प्रतिनिधियों के लिए.** हम कानूनी रूप से अधिकृत किसी व्यक्ति को आपका PHI प्रकट कर सकते हैं, जैसे कि माता-पिता, कानूनी अभिभावक, या आपकी संपदा का व्यवस्थापक या निष्पादक। **18. प्रतिरक्षा के साक्ष्य के लिए.** हम कानून के अनुसार किसी छात्र या भावी छात्र के बारे में किसी स्कूल को प्रतिरक्षा का साक्ष्य प्रदान कर सकते हैं यदि माता-पिता/अभिभावक, मुक्त नाबालिग, या यथाप्रयोज्य अन्य अधिकृत व्यक्ति द्वारा अधिकृत किया गया हो।

आपके प्राधिकार की आवश्यकता वाले PHI के उपयोग और प्रकटन: 1. PHI की विक्री. हम प्रत्यक्ष या अप्रत्यक्ष पारिश्रमिक के बदले आपके PHI का उपयोग या प्रकटन नहीं करेंगे, जब तक कि आप हमें ऐसा करने को अधिकृत नहीं करते, या जैसा कि HIPAA द्वारा अनुमत न हो। **2. मनोचिकित्सा टिप्पणियाँ.** सीमित परिस्थितियों को छोड़कर, हम किसी मानसिक स्वास्थ्य पेशेवर द्वारा दर्ज उन टिप्पणियों का उपयोग या प्रकटन नहीं कर सकते हैं जो आपके प्राधिकार के बिना परामर्श सब के दौरान आपकी बातचीत प्रलेखित करते हैं। **3. विपणन.** आपके प्राधिकार के बिना, हम विपणन उद्देश्यों से आपके PHI का उपयोग या प्रकटन कर सकते हैं। **4. शोध उद्देश्य.** हम आपके प्राधिकार से या सीमित परिस्थितियों में किसी संस्थागत समीक्षा बोर्ड से छूट के साथ बगैर प्राधिकरण के भी अनुसंधान उद्देश्यों के लिए PHI का उपयोग या प्रकटन कर सकते हैं। इस नोटिस में दिए गए प्रावधानों के सिवाय हम आपके द्वारा प्राधिकृत किए बिना आपकी PHI का प्रयोग या इसे प्रकट नहीं करेंगे। आप किसी भी समय लिखित में अपना प्राधिकार रद्द कर सकते हैं, जो आपकी अनुमति पर हमारी पहले से की गई कार्रवाई को छोड़कर, आपके प्राधिकार द्वारा समाहित उद्देश्यों के लिए आगे के उपयोग या प्रकटन को रोक देगा। हमें उस किसी कानून का भी पालन करना चाहिए जो HIPAA से भी सख्त हो।

आपके PHI के संबंध में आपके पास निम्नलिखित अधिकार हैं: 1. आप उपचार, भुगतान या स्वास्थ्य देखभाल प्रचालन के लिए अपने PHI के उपयोग या प्रकटन पर या आपकी देखभाल से या आपकी देखभाल के लिए भुगतान से जुड़े हुए किसी व्यक्ति, जैसे कि, कोई पारिवारिक सदस्य अथवा मित्र को आपके PHI के हमारे प्रकटन पर प्रतिबंधों का अनुरोध कर सकते हैं। हमारा सहमत होना आवश्यक नहीं है। यदि हम सहमत होते हैं, तो हम कुछ आपातकालीन स्थितियों के सिवाय या कानून द्वारा अपेक्षित होने के सिवाय आपके अनुरोध का पालन करेंगे। 2. आप पूर्ण भुगतान वाली सेवाओं (अपनी ओर से किए गए खर्च) के संबंध में भुगतान करने या स्वास्थ्य सेवा प्रचालनों के उद्देश्य से अपने स्वास्थ्य प्लान को आपकी PHI के संबंध में कुछ जानकारी के प्रकटन पर रोक लगाने का अनुरोध कर सकते हैं। 3. आप अपने चिकित्सा रिकॉर्ड की जाँच कर सकते हैं और इसकी एक इलेक्ट्रॉनिक प्रति प्राप्त कर सकते हैं, यदि यह सुरक्षित उपलब्ध हो। सामान्यतः इसमें प्रिस्क्रिप्शन और बिल संबंधी रिकॉर्ड शामिल होते हैं। हम आपके अनुरोध का जवाब देने की लागत के लिए आपसे शुल्क ले सकते हैं। हम आपका अनुरोध अस्वीकार कर सकते हैं, जिसके लिए आप अस्वीकृति की समीक्षा का अनुरोध कर सकते हैं। 4. आप यह अनुरोध कर सकते हैं कि हम तब आपकी PHI में संशोधन करें यदि यह दृष्टिगत या अधूरी है। आपको अपने अनुरोध के समर्थन में कोई कानून प्रदान करना होगा। यदि PHI सटीक और पूर्ण हो या हमारे द्वारा आयोजित स्वास्थ्य देखभाल व्यवस्था में संबंधित प्रदाता द्वारा या उसके लिए रखे गए PHI का हिस्सा न हो, तो हम आपका अनुरोध अस्वीकार कर सकते हैं। यदि हम आपका अनुरोध अस्वीकार करते हैं, तो आपको असहमति का कथन प्रस्तुत करने का अधिकार है। आपका अनुरोध आपके चिकित्सा अभिलेख का हिस्सा बन जाएगा, जब आप उस वस्तु या कथन का प्रकटन करते हैं, जिसे आप पूर्ण या गलत मानते हैं। 5. आप अपनी PHI के प्रकटन का लेखांकन प्राप्त करने का अनुरोध कर सकते हैं। यह आपके PHI द्वारा किए गए प्रकटनों की एक सूची है, जिसमें उपचार, भुगतान या स्वास्थ्य देखभाल प्रचालन, और कानून द्वारा अनुमत अन्य अपवाद सम्मिलित नहीं हैं। आपके अनुरोध में कोई समयवधि उल्लेखित होनी चाहिए, जो अनुरोध की तिथि से छह साल से अधिक समय की न हो। 6. आप अनुरोध कर सकते हैं कि हम आपसे किसी निश्चित माध्यम से या किसी निश्चित स्थान पर संपर्क करें। उदाहरण के लिए आप अनुरोध कर सकते हैं कि हम आपसे केवल कार्यस्थल पर संपर्क करें या किसी अलग निवास स्थान या पोस्ट ऑफिस बॉक्स पर संपर्क करें। आपके लिखित अनुरोध में यह उल्लेख अवश्य होना चाहिए कि आप हमें आपसे कैसे या कहाँ संपर्क करवाना चाहते हैं। हम आपके उचित अनुरोधों को स्वीकार करेंगे। यदि आप इनमें से किसी भी अधिकार का प्रयोग करना चाहते हैं, तो वॉलमार्ट या सैम क्लब स्थान से संपर्क करें, जो आपकी सेवाओं को उपयुक्त रूप प्रदान करता है, या HIPAA Compliance, Walmart Inc., 2608 SE J Street, Mailstop 0230, Bentonville, AR को कोई लिखित अनुरोध प्रस्तुत करें। 727.16-0230. आप इस सूचना की एक प्रतिलिपि अपने वॉलमार्ट या सैम क्लब से या ऑनलाइन प्राप्त कर सकते हैं: <https://corporate.walmart.com/privacy-security/notices/>.

निजता के व्यवहारों के इस नोटिस में संशोधन: हम इस सूचना को बदलने और PHI के लिए संशोधित सूचना को प्रभावी बनाने का अधिकार सुरक्षित रखते हैं, जिसे हम पहले से ही बनाए रखते हैं अथवा भविष्य में प्राप्त करते हैं। हम वर्तमान नोटिस की एक प्रति पोस्ट करेंगे। यदि हम अपनी सूचना बदलते हैं, तो आप संशोधित सूचना की एक प्रतिलिपि अनुरोध करने पर या ऑनलाइन प्राप्त कर सकते हैं: <https://corporate.walmart.com/privacy-security/notices/>.

अधिक जानकारी के लिए या किसी समस्या के बारे में सूचित करने के लिए: यदि आपके पास इस सूचना-पत्र के बारे में प्रश्न हों, तो HIPAA Compliance, Walmart Inc., 2608 SE J Street, Mailstop 0230, Bentonville, AR से संपर्क करें. 727.16-0230 से संपर्क करें या (800) WAL-MART पर फोन करें। यदि आपको लगता है कि आपकी निजता के अधिकारों का उल्लंघन हुआ है, तो आप उपर्युक्त पते पर स्वास्थ्य एवं तंदुरुस्ती HIPAA अनुपालन अधिकारी (Health & Wellness HIPAA Compliance Officer) के पास या स्वास्थ्य एवं मानव सेवाएं विभाग (Dept. of Health and Human Services), नागरिक अधिकार कार्यालय (Office for Civil Rights) के सचिव के पास एक लिखित शिकायत दर्ज कर सकते हैं और कोई बदला नहीं लिया जाएगा।

रोगी का अधिकार-पत्र: प्रदाता की जिम्मेदारियाँ: 1. देखरेख प्रदान करने वाली विधाओं और मुलाकातों की वारंवारता के साथ-साथ देखरेख की योजना के किन्हीं संशोधनों सहित देखरेख/सेवा के बारे में पहले से ही पूरी तरह जानकारी रखें; 2. देखरेख की योजना के विकास और आर्थिक संशोधन में भागीदारी करें; 3. देखरेख या उपचार का इन्कार करने के परिणामों को पूरी तरह से पेश किए जाने के बाद देखरेख या उपचार से इन्कार करें; 4. तीसरे पक्षों से अपेक्षित देखरेख/सेवा के भुगतान तथा ग्राहक/रोगी की जिम्मेदारी वाले किन्हीं प्रभावी सहित प्रभावी से देखरेख उपलब्ध कराए जाने से पहले ही मौखिक या लिखित रूप में जानकारी रखें; 5. ग्राहक/रोगी की गरिमा और वैयक्तिकता के सम्मान, बोध और मान्यता के साथ किसी व्यक्ति की संपत्ति और व्यक्ति का उपचार कराएँ; 6. उचित शिनाख्त के माध्यम से मुलाकात के लिए आने वाले कर्मचारी सदस्यों की पहचान करने में समर्थ हों; 7. अज्ञात स्रोत से हुई चोटों, तथा ग्राहक/रोगी की संपत्ति के दुर्बिनिर्वाह सहित गलत उपचार, लापरवाही, या मौखिक, मानसिक, यौन और शारीरिक शोषण से मुक्त हों; 8. उपचार या देखरेख से संबंधित परिवादों/शिकायतों, संपत्ति के सम्मान के अभाव या बाधा, हस्तक्षेप, बल, भेदभाव या प्रतिशोध के बिना नीति, कर्मचारियों या अज्ञात देखरेख/सेवा में परिवर्तनों की सिफारिश करने के लिए आवेदन उठाएँ; 9. उपलब्ध कराए गए (या उपलब्ध कराने में असफल होने पर) उपचार या देखरेख से संबंधित परिवादों/शिकायतों या संपत्ति के सम्मान के अभाव की जाँच कराएँ; 10. देखरेखकर्ता चिकित्सक का चुनाव करने सहित स्वास्थ्य देखरेख प्रदाता का चुनाव करें; 11. ग्राहक/रोगी के रिकॉर्ड में उल्लिखित सभी जानकारी तथा संश्लेषित स्वास्थ्य जानकारी की गोपनीयता और निजता; 12. नैदानिक रिकॉर्डों के प्रकटन से संबंधित एजेंसी की नीतियों और प्रक्रियाओं पर सलाह-मार्गदर्शक प्रदान करें; 13. चिकित्सक या प्रदाता के आदेशों के अनुसार भेदभाव के बिना उपयुक्त देखरेख प्राप्त करें; 14. किसी संगठन के लिए संदर्भित किए जाने पर किसी भी वित्तीय लाभ की जानकारी प्राप्त करें; 15. अपने दायित्वों की पूरी जानकारी प्राप्त करें; 16. संगठन द्वारा उपलब्ध कराई जाने वाली सेवाओं के विस्तार-क्षेत्र और उन सेवाओं की विशेष सीमाओं के बारे में जानकारी प्राप्त करें। रोगी की जिम्मेदारियाँ: 1. अपनी देखरेख/सेवा के लिए उपयुक्त होने पर, अपने वर्तमान स्वास्थ्य, दवा,

एलर्जियों, आदि के संबंध में पूर्ण और सटीक जानकारी प्रदान करना; 2. आवश्यकता और योग्यता के अनुसार अपनी घरेलू देखरेख सेवा योजना, जैसे अपने उपकरण और आपूर्तियों को उचित रूप से साफ करना और भण्डारण करना, को विकसित करने, संचालित करने और संशोधित करने में संलिप्त होना; 3. उपकरण और आपूर्तियों की उचित रूप से सफाई करना और रखरखाव करना; 4. आपके उपकरण, आपूर्तियों या सेवा से संबंधित आपके किन्हीं प्रश्नों या समस्याओं के बारे में हमसे संपर्क करना; 5. आपके बीमार होने पर आपको देखने वाले चिकित्सक या प्रदाता को सूचित करना; 6. अपने निवास-स्थान या अपना टेलीफोन नंबर बदलने से पहले हमें सूचना देना; 7. आपको उपकरण या सेवा के साथ कोई समस्या पेश आने पर हमें सूचना देना; 8. यदि आपका चिकित्सक या अन्य प्रदाता आपके प्रिस्क्रिप्शन में बदलाव करता है या उसे बंद कर देता है तो हमें सूचित करना; 9. हमारी निजता नीति के अस्वीकरण और/या प्रतिबंध की हमें सूचना देना।

ग्राहक की चिंताएं: आप हमसे (800) WAL-MART पर संपर्क कर सकते हैं। शिकायत प्राप्त होने के पाँच दिन के भीतर आपसे टेलीफोन, ई-मेल, फैक्स या पत्र द्वारा संपर्क किया जाएगा कि हमें आपकी शिकायत प्राप्त हो गई है। 14 कैलेंडर दिवसों के भीतर हम आपको आपकी जाँच और समाधान के परिणामों की लिखित जानकारी उपलब्ध कराएंगे। यदि धोखाधड़ी और दुर्व्यवहार या हमारे संगठन द्वारा उपलब्ध कराए गए किसी उपचार या सेवा के संबंध में आपको कोई चिंता है, तो आप (800) WAL-MART को कॉल कर सकते हैं या यदि आपकी शिकायत का समाधान नहीं किया जाता है, तो आप स्वास्थ्य देखरेख हेतु प्रत्यायन आयोग (Accreditation Commission for Health Care - ACHC) से (919)785-1214 या (855) 937-2242 पर संपर्क कर सकते हैं। आप 1-(800) 447-8477 पर महानिरीक्षक के कार्यालय (Office of Inspector General) को भी कॉल कर सकते हैं।

Medicare DMEPOS आपूर्तिकर्ता के मानक। Wal-Mart Stores, Inc. द्वारा आपको उपलब्ध कराए गए उत्पाद और/या सेवाएं संधीय विनियम संहिता खण्ड 424.57(c) की 42 पर दर्शाए गए संधीय विनियमों में उल्लिखित आपूर्तिकर्ता के मानकों के अधीन हैं। ये मानक व्यावसायिक पेशेवरों और प्रचालन के मामलों से संबंधित हैं (जैसे वारंटियों को पूरा करना या प्रचालन के घंटे)। इन मानकों का पूरा पाठ www.ecfr.gov पर पाया जा सकता है, अनुरोध करने पर हम आपको मानकों लिखित प्रतिलिपि उपलब्ध कराएंगे।

वारंटी जानकारी: हमारी कंपनी द्वारा बेचे गए या किराए पर दिए गए प्रत्येक उत्पाद पर विनिर्माता की एक वर्ष की वारंटी मिलती है। हम Medicare के सभी लाभार्थियों को वारंटी की कवरेज की जानकारी देंगे, सभी वारंटियों को लागू कानून के अंतर्गत पूरा करेंगे, वारंटी के अधीन आने वाले Medicare-कवर्ड उपकरण की मरम्मत या बदलाव, मुफ्त करेंगे। इसके अलावा, सभी टिकाऊ चिकित्सा उपकरणों के लिए लाभार्थियों को वारंटी की जानकारी के साथ तब मालिक का मैनुअल उपलब्ध कराया जाएगा जब यह मैनुअल उपलब्ध हो।