

**Blue Shield of California và  
Blue Shield of California Life & Health Insurance Company (Blue Shield Life)**

<b>Phần 1 – Thông tin Công ty</b>				
<b>1</b>	Tên đăng ký kinh doanh hợp pháp đầy đủ của nhóm		Ngày yêu cầu bảo hiểm có thời hạn (tháng/ngày/năm):	
	Hình thức kinh doanh (DBA), nếu thích hợp:		Quận của địa chỉ thực	
<b>2</b>	Địa chỉ phổ gửi hóa đơn (nếu cung cấp Hộp thư, vui lòng hoàn thành thêm #3 bên dưới)			
	Thành phố	Tiểu bang	Mã ZIP	
<b>3</b>	Địa chỉ thực (nếu khác ở trên)			
	Thành phố	Tiểu bang	Mã ZIP	
<b>4</b>	Loại pháp lý công ty: <input type="checkbox"/> Công ty nội bộ <input type="checkbox"/> Công ty đại chúng <input type="checkbox"/> Đối tác <input type="checkbox"/> Doanh nghiệp tư nhân <input type="checkbox"/> Công ty trách nhiệm hữu hạn <input type="checkbox"/> Phi lợi nhuận <input type="checkbox"/> Khác (xin nêu rõ) _____			
	Mã số thuế doanh nghiệp Liên Bang (TID) _____ Nhóm có tuân theo ERISA không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không			
<b>5</b>	Nhóm có dự định sử dụng bảo hiểm Blue Shield cùng với chương trình của hãng bảo hiểm khác không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không			
	Ngày bảo hiểm có hiệu lực ban đầu của hãng khác (tháng/ngày/năm):			
	Nhóm có bất kỳ công ty con hay công ty liên kết nào không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không			
	Nếu có, vui lòng cung cấp các thông tin sau:		Mã số ID thuế	Có bao gồm trong gói bảo hiểm?
	Tên hợp pháp 1			<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không
	Tên hợp pháp 2			<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không
	Tên hợp pháp 3			<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không
Có phải tất cả nhân viên được bảo vệ bởi luật bồi thường lao động trong phạm vi yêu cầu của pháp luật không? <input type="checkbox"/> Có Tên hãng bảo hiểm: _____ <input type="checkbox"/> Không Nếu không, vui lòng giải thích: _____				

<b>6</b>	<b>Liên hệ đại diện nhóm:</b>		
	Liên hệ toàn thể nhóm (chính)	A. Người đại diện nhóm	B. Chức danh
		C. Số điện thoại	D. Địa chỉ email (bắt buộc)
Quản trị viên trực tuyến	A. Người đại diện nhóm	B. Chức danh	
		C. Số điện thoại	D. Địa chỉ email (bắt buộc)
Liên hệ về hoá đơn	A. Người đại diện nhóm	B. Chức danh	
		C. Số điện thoại	D. Địa chỉ email (bắt buộc)
<i>Liên hệ về Chứng từ Bảo hiểm/ Thẻ Bảo hiểm (EOC/COI)</i>	A. Người đại diện nhóm	B. Chức danh	
		C. Số điện thoại	D. Địa chỉ email (bắt buộc)
Liên hệ pháp lý (chịu trách nhiệm về các cam kết pháp lý ràng buộc thay mặt cho nhóm chủ lao động)	A. Người đại diện nhóm	B. Chức danh	
		C. Số điện thoại	D. Địa chỉ email (bắt buộc)
Liên hệ Chương trình Chăm sóc Sức khỏe theo Tài khoản (ABHP)	A. Người đại diện nhóm	B. Chức danh	
		C. Số điện thoại	D. Địa chỉ email (bắt buộc)
Quản trị viên COBRA	A. Người đại diện nhóm	B. Chức danh	
		C. Số điện thoại	D. Địa chỉ email (bắt buộc)
Liên hệ Báo cáo Sai lệch Đăng ký (nếu sử dụng EDI cho đăng ký điện tử)	A. Người đại diện nhóm	B. Chức danh	
		C. Số điện thoại	D. Địa chỉ email (bắt buộc)
Liên hệ bổ sung	A. Người đại diện nhóm	B. Chức danh	
		C. Số điện thoại	D. Địa chỉ email (bắt buộc)
Liên hệ bổ sung	A. Người đại diện nhóm	B. Chức danh	
		C. Số điện thoại	D. Địa chỉ email (bắt buộc)

## Phần 2 – Đủ Điều Kiện

7

Quý vị có sử dụng tệp tin điện tử EDI cho những lần đăng ký sau không?  Có  Không  
Nếu có, các thành viên COBRA của quý vị sẽ được bao gồm trong tệp tin đó chứ?  Có  Không

**Thời gian hòa nhập công việc và thời gian chờ** – Doanh nghiệp có thể đặt ra khoảng thời gian chính quy về định hướng (hòa nhập) công việc cho nhân viên mới, nhưng không được quá 30 ngày. Thời gian chờ đợi cũng có thể được áp dụng trước khi bảo hiểm có hiệu lực, bắt đầu từ ngày đầu tiên sau thời gian định hướng và không vượt quá tổng cộng 90 ngày.

Xin lưu ý: “Ngày được thuê tuyển” của một nhân viên sẽ được tính là ngày đầu tiên làm cho công ty. Tuy nhiên, nếu doanh nghiệp đặt ra một khoảng thời gian định hướng hoặc khoảng thời gian chờ đợi, thì “ngày bảo hiểm có hiệu lực” là ngày đầu tiên sau khi hoàn thành mọi khoảng thời gian định hướng/chờ đợi.

**7a. Thời gian chờ của doanh nghiệp** – Nhóm có thể chọn một trong số các lựa chọn sau.

Bảo hiểm cho các nhân viên đủ điều kiện sẽ có hiệu lực sau khi hoàn tất thời gian chờ vào ngày chỉ định.

**Nếu** có nhiều lựa chọn cho các khoảng thời gian chờ khác nhau dựa trên phân loại công việc, vui lòng ghi rõ tùy chọn được chọn:

**Không có thời gian chờ (có hiệu lực từ ngày được thuê tuyển)**

Tất cả nhân viên

Khác (vui lòng ghi rõ) \_\_\_\_\_

**Có hiệu lực vào ngày đầu tiên của tháng SAU NGÀY ĐƯỢC THUÊ TUYỂN**

a.  Nếu được thuê tuyển vào ngày 1 của tháng, bảo hiểm **sẽ có hiệu lực vào ngày 1 của tháng sau**.  
Ví dụ: nhân viên được thuê tuyển vào ngày 01/12/2019 = có hiệu lực từ ngày 01/01/2020

Tất cả nhân viên

Khác (vui lòng ghi rõ) \_\_\_\_\_

b.  Nếu được thuê tuyển vào ngày 1 của tháng, bảo hiểm **sẽ có hiệu lực vào ngày được thuê tuyển**.  
Ví dụ: nhân viên được thuê tuyển vào ngày 01/12/2019 = có hiệu lực từ ngày 01/12/2019

Tất cả nhân viên

Khác (vui lòng ghi rõ) \_\_\_\_\_

**Có hiệu lực vào ngày đầu tiên của tháng SAU 30 NGÀY KỂ TỪ NGÀY ĐƯỢC THUÊ TUYỂN**

Tất cả nhân viên

Khác (vui lòng ghi rõ) \_\_\_\_\_

**Có hiệu lực vào ngày đầu tiên của tháng SAU 60 NGÀY KỂ TỪ NGÀY ĐƯỢC THUÊ TUYỂN**

Ví dụ: nhân viên được thuê tuyển vào ngày 15/12/2019 cộng thêm 60 ngày = có hiệu lực từ ngày 01/03/2020

Tất cả nhân viên

Khác (vui lòng ghi rõ) \_\_\_\_\_

**Có hiệu lực vào NGÀY THỨ 91 SAU NGÀY ĐƯỢC THUÊ TUYỂN**

**7b. Thời gian chờ sẽ được miễn:**

Có  Không Đối với nhân viên hiện đang làm việc đăng ký trong lần chuyển đổi đầu tiên sang Blue Shield.

Có  Không Đối với nhân viên bán thời gian khi chuyển thành nhân viên toàn thời gian.

Có  Không Nếu “Có”, thời gian chờ sẽ được miễn đối với các nhân viên được thuê tuyển trong vòng:

1 tháng  90 ngày  3 tháng  6 tháng  12 tháng  13 tuần

Bất kể thời gian nào, có hiệu lực vào ngày thuê tuyển lại

Bất kể thời gian nào, có hiệu lực vào ngày đầu tiên của tháng sau ngày được thuê tuyển lại

Xin lưu ý: Nếu sử dụng các tệp tin điện tử EDI để đăng ký và đủ điều kiện liên tục, ngày hiệu lực của thành viên được tính toán theo ngày trên các tệp EDI và (các) thời gian chờ thích hợp.

<b>8</b>	<b>Số nhân viên</b>		
<p>Blue Shield yêu cầu nhóm hãy đọc các định nghĩa về "nhân viên" và cung cấp thông tin yêu cầu dựa vào những định nghĩa được trình bày bên dưới. Chúng tôi dựa vào thông tin được cung cấp từ phía nhóm để xác định tình trạng đủ điều kiện cho nhóm và nhân viên tham gia bảo hiểm.</p> <p><b>1. Tất cả nhân viên</b> – Mọi cá nhân được nhóm tuyển dụng, bao gồm cả nhân viên toàn thời gian và bán thời gian, (29 USC 1002 (6)).</p> <p><b>2. Nhân viên toàn thời gian (FTE) và Tương đương FTE</b> – FTE và Tương đương FTE được định nghĩa ở Phần 4980H(c)(2) của Mã Thu nhập Nội bộ. FTE là một nhân viên có trung bình ít nhất 30 giờ làm việc mỗi tuần, hay ít nhất 130 giờ làm việc trong một tháng theo lịch. Số của Tương đương FTE được quyết định bằng cách kết hợp số giờ làm việc của tất cả các nhân viên không phải FTE trong tháng, nhưng không nhiều hơn 120 giờ làm việc đối với mỗi nhân viên, sau đó chia tổng số cho 120.</p> <p><b>3. Nhân viên đủ điều kiện</b> – Định nghĩa này dùng để xác định các nhân viên đủ điều kiện để tham gia và tiếp tục tham gia bảo hiểm. Một nhân viên đủ điều kiện là cá nhân:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Là cá nhân tham gia trên cơ sở toàn thời gian trong quá trình thực hiện công việc với doanh nghiệp, có ít nhất 30 giờ làm việc mỗi tuần, và nhiệm vụ trong nghề nghiệp đó được thực hiện tại các địa điểm làm việc chính quy của doanh nghiệp; hoặc</li> <li>• Là chủ sở hữu hoặc đối tác duy nhất của một sự hợp tác được thực hiện trên cơ sở toàn thời gian, ít nhất 30 giờ mỗi tuần, trong công việc của doanh nghiệp và người được bao gồm với tư cách nhân viên trong hợp đồng của chương trình chăm sóc sức khỏe của doanh nghiệp.</li> <li>• Nhân viên đủ điều kiện không bao gồm các cá nhân làm việc trên cơ sở bán thời gian, tạm thời hoặc thay thế.</li> </ul>			
<b>8 a.</b> Tổng số nhân viên:			
<b>8 b.</b> Tổng số nhân viên toàn thời gian đủ điều kiện:			
<b>8 c.</b> Tổng số nhân viên đủ điều kiện đăng ký bảo hiểm Blue Shield (hoàn thành theo hiểu biết tốt nhất của quý vị):			
<b>8 d.</b> Tổng số nhân viên đủ điều kiện từ chối bảo hiểm Blue Shield (hoàn thành theo hiểu biết tốt nhất của quý vị):			
<b>8 e.</b> Tổng số FTE và Tương đương FTE:			
<b>8 f.</b> Quý vị có kế hoạch cung cấp bảo hiểm Blue Shield cho các nhân viên từ tiểu bang khác không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không Nếu có, quý vị có bao nhiêu nhân viên từ tiểu bang khác? _____			
<b>Doanh nghiệp có trách nhiệm thu và giữ lại Đơn Từ Chối Bảo Hiểm, cũng như cung cấp đầy đủ các đơn này khi Blue Shield yêu cầu. Nếu không có chương trình y tế nào của Blue Shield được cung cấp (ví dụ: nha khoa, nhãn khoa hoặc bảo hiểm nhân thọ duy nhất) thì không cần phải có Đơn Từ Chối Bảo Hiểm.</b>			
<b>9</b>	<b>9a.</b> Tất cả các nhân viên toàn thời gian đủ điều kiện có đang được cung cấp bảo hiểm sức khỏe không?	<input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Không
<b>9b.</b> Nếu câu trả lời cho 9a là không, xin vui lòng giải thích:			
<b>9c.</b> Tất cả các nhân viên toàn thời gian đủ điều kiện được cung cấp bảo hiểm sức khỏe có đang làm việc ít nhất 30 giờ trong một tuần không?			
<b>9d.</b> Nếu câu trả lời cho 9c là không, xin vui lòng giải thích:			
<b>9e.</b> Người về hưu có đủ điều kiện hưởng quyền lợi không? Lưu ý: Bảo hiểm cho hưu trí cần phải có sự đồng ý trước của hãng bảo hiểm.			
<b>9f.</b> Nếu câu trả lời cho 9e là có, vui lòng đánh dấu chọn vào ô thích hợp: <input type="checkbox"/> Nghỉ hưu sớm, dưới 65 tuổi <input type="checkbox"/> Người nghỉ hưu, từ 65 trở lên Nhóm có hỗ trợ cho bảo hiểm hưu trí không?			
<b>9g.</b> Quý vị có yêu cầu bảo hiểm cho hưu trí phải được ghi hóa đơn riêng với các nhân viên đang làm việc không?			
Nếu có, vui lòng cung cấp thông tin và địa chỉ liên hệ để gửi hóa đơn hàng tháng bảo hiểm cho hưu trí.			
Địa chỉ gửi hóa đơn			
Thành phố		Tiểu bang	Mã ZIP
Người đại diện		Địa chỉ email	

### Phần 3 – COBRA/Cal-COBRA thông tin bảo hiểm tiếp tục

**10** Nhóm của quý vị phải tuân thủ COBRA liên bang nếu quý vị có 20 nhân viên trở lên trong thời gian ít nhất là 50% của các ngày làm việc trong năm dương lịch trước đó. Nhóm này tự chịu trách nhiệm cho tất cả các khía cạnh của việc quản lý Mục X của Consolidated Omnibus Budget Reconciliation Act (COBRA, Đạo Luật Điều Phối Ngân Sách Tổng Hợp Omnibus).

**10a.** Có bao nhiêu người hiện tham gia COBRA? \_\_\_\_\_

**10b.** Nhân viên hoặc người tham gia COBRA/Cal-COBRA phải hoàn thành Phụ Lục Khuyết Tật (mẫu C11248) nếu họ là người khuyết tật hoặc được nhập viện.

Tên của quản trị viên COBRA: \_\_\_\_\_

Hóa đơn thành viên của COBRA cần được gửi tới:  Nhóm  Quản trị viên COBRA

Vui lòng cung cấp địa chỉ của quản trị viên COBRA:

Địa chỉ gửi hóa đơn

Thành phố

Tiểu bang

Mã ZIP

### Phần 4a – Lựa chọn chương trình bảo hiểm y tế Blue Shield of California

#### 11 Các chương trình Trio HMO

Chọn chương trình đầu tiên

Chọn chương trình thứ hai

Chọn chương trình thứ ba

Chọn chương trình thứ tư

#### Các chương trình Access+ HMO®

Chọn chương trình đầu tiên

Chọn chương trình thứ hai

Chọn chương trình thứ ba

Chọn chương trình thứ tư

#### Chương trình Trio HMO Savings\*

Chọn chương trình đầu tiên

Chọn chương trình thứ hai

\* Chỉ có ở các khu vực San Diego và Sacramento.

#### Các chương trình Access+ HMO® SaveNet<sup>1</sup>

Chọn chương trình đầu tiên

Chọn chương trình thứ hai

<sup>1</sup> Các gói Access+ HMO SaveNet chỉ được cung cấp cùng với các gói Access+ HMO tại các quận được chỉ định: Kern, Marin, Orange, Sacramento, San Francisco, San Luis Obispo, San Mateo, Santa Clara, Santa Cruz, Sonoma, Stanislaus, Ventura, Yolo, và những phần của các quận của Contra Costa, Los Angeles, Riverside, San Bernardino và San Diego.

#### Các chương trình Local Access+ HMO<sup>2</sup>

Chọn chương trình đầu tiên

Chọn chương trình thứ hai

<sup>2</sup> Gói Local Access+ HMO chỉ có ở các quận được chỉ định: Marin, Orange, San Francisco, San Luis Obispo, Santa Clara, Santa Cruz, Sonoma, Stanislaus, Yolo, và những phần của các quận của Contra Costa, Kern, Los Angeles, Riverside, Sacramento, San Bernardino, San Diego, San Mateo và Ventura.

#### Các chương trình Added Advantage POS<sup>SM</sup>

Chọn chương trình đầu tiên

Chọn chương trình thứ hai

#### Các chương trình Full PPO/EPO

Chọn chương trình đầu tiên

Chọn chương trình thứ hai

Chọn chương trình thứ ba

Chọn chương trình thứ tư

#### Các chương trình PPO Savings

Chọn chương trình đầu tiên

Chọn chương trình thứ hai

Chọn chương trình thứ ba

Chọn chương trình thứ tư

#### Các chương trình Tandem PPO/EPO

Chọn chương trình đầu tiên

Chọn chương trình thứ hai

Chọn chương trình thứ ba

Chọn chương trình thứ tư

#### Chương trình Active Choice® Plus/Active Choice® Classic

Chọn chương trình đầu tiên

Chọn chương trình thứ hai

<b>11</b> tiếp tục	<b>Các chương trình Blue Shield 65 Plus<sup>SM</sup></b>	
	<input type="checkbox"/> Chương trình tùy chỉnh (đính kèm bản Tóm Tắt Quyền Lợi tùy chỉnh)	
<b>12</b>	<b>Yêu cầu doanh nghiệp đóng góp vào chương trình bảo hiểm y tế Blue Shield</b>	
	Điền số phần trăm của lệ phí/phi bảo hiểm được chi trả bởi nhóm cho các nhân viên và người phụ thuộc. Nếu nhóm đóng góp 100%, tất cả các nhân viên đủ điều kiện bắt buộc phải đăng ký.	
	<b>Ghi rõ số tiền doanh nghiệp đóng góp vào bảo hiểm y tế ở đây:</b>	
	Với nhân viên _____% Với người nghỉ hưu (nếu có) _____%	Với người phụ thuộc _____% Với người phụ thuộc của người nghỉ hưu (nếu có) _____%

<b>13</b>	<b>Chương trình bảo hiểm sức khỏe dựa trên tài khoản Blue Shield (ABHP)</b>			
	Hãy ghi rõ nếu quý vị đang cung cấp bất kỳ tùy chọn tài khoản nào sau đây (chọn tất cả các phương án phù hợp) và cung cấp tên quản trị viên của mỗi chương trình. Ngoài ra, hãy ghi rõ số tiền sẽ được đóng góp bởi doanh nghiệp.			
	<b>Loại tài khoản</b>	<b>Quản trị viên tài khoản</b>	<b>Số tiền doanh nghiệp đóng góp cho bảo hiểm CÁ NHÂN</b>	<b>Số tiền doanh nghiệp đóng góp cho bảo hiểm GIA ĐÌNH</b>
	<input type="checkbox"/> Health savings account (HSA, Tài khoản tiết kiệm y tế)	<input type="checkbox"/> HealthEquity (mô hình tích hợp – Blue Shield chia sẻ các điều kiện tiếp nhận và yêu cầu bảo hiểm) • <b>Đăng ký y tế bắt buộc:</b> <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Quản trị viên khác (lựa chọn không tích hợp)	\$	\$
	<input type="checkbox"/> Thỏa thuận hoàn trả y tế (HRA)	<input type="checkbox"/> HealthEquity (mô hình tích hợp – Blue Shield chia sẻ các điều kiện tiếp nhận và yêu cầu bảo hiểm) • <b>Đăng ký y tế bắt buộc:</b> <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Quản trị viên khác (lựa chọn không tích hợp)	\$	\$
	<input type="checkbox"/> Tài khoản ưu đãi y tế (HIA)	<input type="checkbox"/> HealthEquity (mô hình tích hợp – Blue Shield chia sẻ các điều kiện tiếp nhận và yêu cầu bảo hiểm) • <b>Đăng ký y tế bắt buộc:</b> <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Quản trị viên khác (lựa chọn không tích hợp)	\$	\$
	<input type="checkbox"/> Tài khoản chi tiêu linh hoạt mục đích hạn chế (LPFSA – Nha khoa và Nhãn khoa) chỉ với HSA	<input type="checkbox"/> HealthEquity (mô hình tích hợp – Blue Shield chia sẻ các điều kiện tiếp nhận và yêu cầu bảo hiểm) • <b>Đăng ký y tế bắt buộc:</b> <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Quản trị viên khác (lựa chọn không tích hợp)	\$	\$
<input type="checkbox"/> Tài khoản chi tiêu linh hoạt (FSA) <input type="checkbox"/> FSA y tế <input type="checkbox"/> FSA chăm sóc độc lập	<input type="checkbox"/> HealthEquity (mô hình tích hợp – Blue Shield chia sẻ các điều kiện tiếp nhận và yêu cầu bảo hiểm) • <b>Đăng ký y tế bắt buộc:</b> <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Ceridian (thêm giấy bằng tay) <input type="checkbox"/> Quản trị viên khác (lựa chọn không tích hợp)	\$	\$	

### Tùy chọn trong việc lựa chọn quyền lợi của Blue Shield of California

<b>14</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Không thể mua được nếu không có bảo hiểm y tế.</li> <li>Đối với các gói Dual Choice, các tùy chọn quyền lợi này cũng phải được mua cho tất cả các chương trình lựa chọn.</li> <li>Các loại sản phẩm đi theo phải phù hợp với gói bảo hiểm y tế – chỉ HMO đến HMO, v.v.</li> </ul>	
	<b>Điều khoản bổ sung về vô sinh – lựa chọn loại chương trình:</b>	<b>Chọn tùy chọn chương trình:</b>
	Chọn loại chương trình	Chọn tùy chọn chương trình
	<b>Điều khoản bổ sung về trị liệu thần kinh cột sống và châm cứu – chọn loại chương trình:</b>	<b>Điều khoản bổ sung về trợ thính – chọn tùy chọn chương trình:</b>
	Chọn tùy chọn chương trình	Chọn tùy chọn chương trình
	<b>Tùy chọn gói thuốc theo toa ngoại trú của Blue Shield of California (có sẵn cho HMO/POS)</b>	
	Chọn gói thuốc Rx (Basic Rx) thích hợp: <sup>1</sup>	
	Chọn tùy chọn 1	Chọn tùy chọn 2
	Chọn tùy chọn 3	Chọn tùy chọn 4
	Chọn gói thuốc Rx (Enhanced Rx hoặc Premier Rx) áp dụng: <sup>1</sup>	
Chọn tùy chọn 1	Chọn tùy chọn 2	
Chọn tùy chọn 3	Chọn tùy chọn 4	
Chọn gói thuốc Rx (Rx Spectrum) thích hợp: <sup>1</sup>		
Chọn tùy chọn 1	Chọn tùy chọn 2	
Chọn tùy chọn 3	Chọn tùy chọn 4	

<sup>1</sup> Thuốc cấp 4, bao gồm Thuốc đặc trị, 20% đến tối đa \$250.

<b>14</b> tiếp tục	<b>Tùy chọn gói thuốc theo toa ngoại trú của Blue Shield of California (có sẵn cho các chương trình PPO, EPO và Active Choice® Classic và Active Choice® Plus)</b>	
	Chọn gói thuốc Rx (Enhanced Rx hoặc Premier Rx) áp dụng: <sup>1</sup>	
	Chọn tùy chọn 1	Chọn tùy chọn 2
	Chọn tùy chọn 3	Chọn tùy chọn 4
	Chọn gói thuốc Rx (Rx Spectrum) thích hợp: <sup>1</sup>	
	Chọn tùy chọn 1	Chọn tùy chọn 2
	Chọn tùy chọn 3	Chọn tùy chọn 4
1 Thuốc cấp 4, bao gồm Thuốc đặc trị, 30% đến tối đa \$250.		

### Phần 4b – Tùy chọn chương trình bảo hiểm sức khỏe Blue Shield Life\* và gói thuốc theo toa ngoại trú\*

Chọn tất cả các mục phù hợp:	
<b>Chương trình Active Choice*</b>	
Chọn chương trình thứ nhất [DANH SÁCH CHƯƠNG TRÌNH]	Chọn chương trình thứ hai [DANH SÁCH CHƯƠNG TRÌNH]
<b>Chọn một khoản khấu trừ được phẩm dùng trong một năm dương lịch bên dưới:</b>	
<input type="checkbox"/> \$0 mỗi người <input type="checkbox"/> \$150 mỗi người <input type="checkbox"/> \$250 mỗi người	
<b>Chọn một tùy chọn gói thuốc Rx bên dưới:</b>	
Chọn chương trình thứ nhất [DANH SÁCH CHƯƠNG TRÌNH]	Chọn chương trình thứ hai [DANH SÁCH CHƯƠNG TRÌNH]
1 Thuốc cấp 4, bao gồm Thuốc đặc trị, 30% đến tối đa \$250. <span style="float: right;">C17607-ML-MED-VI</span>	
<b>Điều khoản bổ sung không bắt buộc của chương trình Bảo hiểm sức khỏe Blue Shield Life*</b>	
<b>Thiết bị trợ thính:</b>	
Nhóm có muốn thêm điều khoản bổ sung về thiết bị trợ thính không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	
<b>Vô sinh</b>	
Chọn một trong những điều khoản bổ sung về vô sinh:	Chọn lựa chọn [DANH SÁCH CÁC LỰA CHỌN]
* Được bảo hiểm bởi Blue Shield of California Life & Health Insurance Company (Blue Shield Life).	

### Phần SB1 – Tùy chọn chương trình bảo hiểm nha khoa Blue Shield of California

<b>15</b>	<b>Nhóm có thể lựa chọn một trong số các lựa chọn sau:</b>	
	<input type="checkbox"/> Lựa chọn Single Dental Plan <input type="checkbox"/> Lựa chọn Dual Choice Dental Plan • 1 DPPO + 1 DHMO    • 2 DHMO    • 2 DPPO	
	<b>Dental HMO</b>	
	Chọn chương trình đầu tiên	Chọn chương trình thứ hai
	<b>Dental PPO</b>	
	Chọn chương trình đầu tiên	Chọn chương trình thứ hai
<b>16</b>	<b>Yêu cầu doanh nghiệp đóng góp vào chương trình nha khoa</b>	
	Điền số phần trăm của lệ phí/phí bảo hiểm được chi trả bởi nhóm cho các nhân viên và người phụ thuộc. Đối với bảo hiểm nha khoa, doanh nghiệp phải đóng góp ít nhất 50% trên tổng số tiền phí bảo hiểm của nhân viên (trừ trường hợp tự nguyện). Nếu 100% được chi trả, tất cả các nhân viên đủ điều kiện phải đăng ký.	
	<b>Ghi rõ số tiền chủ lao động đóng góp vào chương trình nha khoa ở đây:</b>	
<b>Với nhân viên _____%</b> Với người nghỉ hưu (nếu có) _____%		
<b>Với người phụ thuộc _____%</b> Với người phụ thuộc của người nghỉ hưu (nếu có) _____%		

### Phần SB2 – Bảo hiểm nhãn khoa\*

<b>17</b>	Chọn chương trình đầu tiên	Chọn chương trình thứ hai
	<b>Vision Voluntary†</b>	
	Chọn chương trình đầu tiên	Chọn chương trình thứ hai
* Được bảo hiểm bởi Blue Shield of California Life & Health Insurance Company (Blue Shield Life).		
† Bảo hiểm nhãn khoa tự nguyện yêu cầu phải có ít nhất 10 nhân viên đăng ký đang có bảo hiểm y tế Blue Shield Life, hoặc 25% của số nhân viên đủ điều kiện nếu không có bảo hiểm y tế Blue Shield Life. <span style="float: right;">C17607-ML-SB-VI</span>		

<b>18</b>	<b>Yêu cầu doanh nghiệp đóng góp vào chương trình nhân khoa</b>	
	Điền số phần trăm của phí bảo hiểm được chi trả bởi nhóm cho các nhân viên và người phụ thuộc. Đối với bảo hiểm nhân khoa, doanh nghiệp phải đóng góp ít nhất 25% trên tổng số tiền phí bảo hiểm của nhân viên (trừ trường hợp tự nguyện). Nếu 100% được chi trả, tất cả các nhân viên đủ điều kiện phải đăng ký.	
<b>Ghi rõ số tiền doanh nghiệp đóng góp vào bảo hiểm nhân khoa ở đây:</b>		
Với nhân viên _____%		Với người phụ thuộc _____%
Với người nghỉ hưu (nếu có) _____%		Với người phụ thuộc của người nghỉ hưu (nếu có) _____%

**Phần SB3 - Bảo hiểm Nhân thọ/Bảo hiểm AD&D (Bảo hiểm Thương tật Toàn bộ Vĩnh viễn và Tử vong do Tai nạn)\***

<b>19</b>	<b>Khả năng đủ điều kiện</b> –Tất cả nhân viên toàn thời gian
	<p><b>Bảo hiểm nhân thọ/Bảo hiểm AD&amp;D cho nhân viên:</b></p> <p><input type="checkbox"/> Số tiền cố định \$ _____</p> <p><input type="checkbox"/> Cấp số nhân của tiền lương _____ nhân tiền lương, tối đa \$ _____</p> <p>Số tiền trợ cấp được thiết lập theo mức lương được làm tròn đến cao nhất \$1,000 tiếp theo.</p> <p><input type="checkbox"/> Phân loại: 1. Mô tả hạng _____ số tiền \$ _____.</p> <p>2. Mô tả hạng _____ số tiền \$ _____.</p> <p>3. Mô tả hạng _____ số tiền \$ _____.</p> <p>4. Mô tả hạng _____ số tiền \$ _____.</p> <p><input type="checkbox"/> Bảo hiểm nhân thọ cho người phụ thuộc: <b>Chọn số tiền</b></p> <p>Số tiền bảo hiểm cho người phụ thuộc được liệt kê là của mỗi người phụ thuộc, và bảo hiểm chỉ có sẵn cho các nhân viên cũng chọn bảo hiểm nhân thọ. Lợi ích của người phụ thuộc không được nhiều hơn 50% quyền lợi của nhân viên. Lợi ích cho trẻ em từ 14 ngày tuổi đến 6 tháng là 10% của quyền lợi người phụ thuộc.</p>

<b>20</b>	<b>Yêu cầu doanh nghiệp đóng góp vào bảo hiểm nhân thọ</b>	
	Điền số phần trăm của phí bảo hiểm được chi trả bởi nhóm cho các nhân viên và người phụ thuộc. Đối với bảo hiểm nhân thọ, doanh nghiệp phải đóng góp ít nhất 25% trên tổng số tiền phí bảo hiểm của nhân viên. Nếu 100% được chi trả bởi doanh nghiệp (không đóng góp), tất cả các nhân viên đủ điều kiện phải đăng ký.	
<b>Ghi rõ số tiền doanh nghiệp đóng góp vào bảo hiểm nhân thọ ở đây:</b>		
Với nhân viên _____%		Với người phụ thuộc _____%
Với người nghỉ hưu (nếu có) _____%		Với người phụ thuộc của người nghỉ hưu (nếu có) _____%

<b>21</b>	<b>Bảo hiểm Nhân thọ Bổ sung và Bảo hiểm AD&amp;D Bổ sung cho nhóm*:</b> Bảo hiểm tùy thuộc vào các mức độ tham gia và Bằng chứng có bảo hiểm.	
	<b>Bảo hiểm Nhân thọ Bổ sung và Bảo hiểm AD&amp;D Bổ sung cho nhân viên</b> (chọn tất cả các lựa chọn thích hợp):	
	<input type="checkbox"/> Bảo hiểm Nhân thọ Bổ sung <input type="checkbox"/> Bảo hiểm AD&D Bổ sung (Các) Hạng đủ điều kiện _____ <input type="checkbox"/> "Tất cả các nhân viên đủ điều kiện" hoặc <input type="checkbox"/> Loại khác _____ <input type="checkbox"/> Lượng tăng \$ _____ <input type="checkbox"/> Số nhân của tiền lương: _____ nhân tiền lương Tối đa \$ _____ Bảo đảm cấp phát \$ _____	
	<b>Bảo hiểm Nhân thọ Bổ sung và Bảo hiểm AD&amp;D Bổ sung cho vợ, chồng/bạn đời sống chung.</b> Chỉ có sẵn nếu nhân viên cũng chọn bảo hiểm Nhân thọ Bổ sung và không thể vượt quá 50% mức quyền lợi của người lao động. (Chọn tất cả các lựa chọn thích hợp):	
<input type="checkbox"/> Bảo hiểm Nhân thọ Bổ sung <input type="checkbox"/> Bảo hiểm AD&D Bổ sung Lượng tăng \$ _____ lên tới tối đa \$ _____ Bảo đảm cấp phát \$ _____		
<b>Bảo hiểm Nhân thọ Bổ sung và Bảo hiểm AD&amp;D Bổ sung cho Trẻ nhỏ.</b> Chỉ có sẵn nếu nhân viên cũng mua bảo hiểm Nhân thọ Bổ sung và Bảo hiểm AD&D Bổ sung, và không thể vượt quá 50% mức quyền lợi của nhân viên.		
Lượng tăng \$ _____ lên tới tối đa \$ _____		

\* Được bảo hiểm bởi Blue Shield of California Life & Health Insurance Company (Blue Shield Life).

C17607-ML-SB-VI

**Phần 5 – Doanh nghiệp cung cấp Chứng Từ Bảo Hiểm/Thẻ Bảo Hiểm (EOC/COI) cho thành viên**

<b>22</b>	<b>Quy vị chịu trách nhiệm phân phát tập tài liệu của EOC/COI cho các nhân viên được bảo hiểm của quý vị.</b>
	<p>Phiên bản điện tử sẽ được phân phát thông qua trang web doanh nghiệp của Blue Shield. Blue Shield sẽ thông báo cho các cá nhân chịu trách nhiệm phân phát EOC/COI được quy định tại Phần 1, mục số 6 trên đây, qua email khi EOC/COI đã sẵn sàng để phân phát. Doanh nghiệp có trách nhiệm phân phát tài liệu bằng cách sử dụng một trong các phương pháp sau đây: (1) đăng trên mạng nội bộ của công ty cho nhân viên truy cập, (2) gửi email các tài liệu trực tiếp cho nhân viên của họ, hoặc (3) cung cấp cho nhân viên các hướng dẫn từ Blue Shield về việc làm thế nào để truy xuất trực tuyến các tài liệu từ trang web của Blue Shield.</p> <p><b>Lưu ý:</b> Quý vị có thể đăng nhập <a href="http://blueshieldca.com/policies">blueshieldca.com/policies</a> và tải về bản <i>Tóm Tắt Quyền Lợi &amp; Bảo Hiểm (SBC)</i> cho từng chương trình mà quý vị đang cần nhắc. Khi quý vị mua (các) chương trình bảo hiểm, quý vị sẽ được yêu cầu hoàn thành một giấy xác nhận rằng quý vị đã tải về SBC cho các chương trình bảo hiểm đó và sẽ phân phát chúng cho những người đăng ký và những người đăng ký trong tương lai theo đúng yêu cầu của pháp luật.</p>



## Thanh toán (tiền đặt cọc – số tiền này sẽ được áp dụng cho phí bảo hiểm của tháng đầu tiên)

- 23** Theo đây, nhóm đồng ý nộp khoản tiền đóng ban đầu dựa trên việc đăng ký Blue Shield dự kiến và, khi xem xét phê duyệt đơn đăng ký và trong trường hợp phê duyệt, nhóm hứa sẽ trả cho công ty này mọi khoản tiền cần thiết còn lại để tạo thành khoản thanh toán ban đầu cho toàn bộ các quyền lợi của nhóm được xác định trong mẫu này. Nhóm hiểu rằng bảo hiểm sẽ không bắt đầu cho đến khi đơn đăng ký được phê duyệt và các điều kiện bảo hiểm được chấp nhận bởi doanh nghiệp.
- Xin lưu ý rằng việc gửi tiền séc của nhóm không cấu thành sự chấp thuận đơn đăng ký của nhóm. Blue Shield of California sẽ hoàn trả lại tiền đặt cọc đầy đủ cho nhóm nếu các đơn đăng ký nhóm bị từ chối.

## Thỏa thuận

- 24** Theo đây, nhóm đăng ký các sản phẩm nhóm được lựa chọn trong đơn đăng ký này, theo như những chương trình quyền lợi được nêu trong bản tóm tắt quyền lợi, với sự hiểu biết và đồng ý rằng:
- Các quyền lợi nhóm sẽ không có hiệu lực trừ trường hợp:
    - Blue Shield tiếp nhận và chấp thuận đơn đăng ký; và
    - Nhóm đáp ứng yêu cầu bảo hiểm của Blue Shield, bao gồm yêu cầu về tham gia và đóng góp tối thiểu. (Các yêu cầu về tham gia và đóng góp chỉ được yêu cầu khi gia hạn.)
  - Nhóm đồng ý thanh toán các lệ phí/phí bảo hiểm bắt buộc hàng tháng cho Blue Shield đúng hạn.
  - Nhóm đồng ý:
    - Đăng ký tất cả nhân viên khi họ đủ điều kiện, nếu Hợp Đồng Dịch Vụ Sức Khỏe/Điều Khoản Nhóm đã được ban hành trên cơ sở không đóng góp; hoặc
    - Cung cấp cho tất cả các nhân viên đủ điều kiện cơ hội đăng ký các quyền lợi nhóm như vậy, nếu Hợp Đồng Dịch Vụ Sức Khỏe/Đơn Bảo Hiểm Nhóm được ban hành trên cơ sở đóng góp.
  - Việc từ bỏ hoặc yêu cầu thay đổi trong phạm vi bảo hiểm sẽ có hiệu lực trừ khi được đồng ý và ký kết bởi nhân viên của Blue Shield.
  - Riêng đối với các sản phẩm bảo hiểm nhân thọ/AD&D: nhân viên đăng ký phải là nhân viên hiện tại đang làm việc hoặc đáp ứng các điều khoản về việc làm hiện tại trước khi bảo hiểm có thể có hiệu lực. Bảo hiểm cho bất kỳ người nào không đáp ứng các điều khoản về ngày có hiệu lực của Đơn Bảo Hiểm Nhóm, hoặc mọi sự gia tăng phạm vi bảo hiểm cho bất kỳ người nào không đáp ứng các quy định về ngày có hiệu lực của sự gia tăng bảo hiểm đó, sẽ được hoãn lại cho đến khi người đó trở lại làm việc hoặc làm việc tích cực.
  - Nhóm chấp thuận và ủy quyền cho Blue Shield gửi tất cả các thư từ kinh doanh thông qua thông tin liên lạc điện tử. Blue Shield sẽ thông báo bằng email cho những người đại diện liên hệ của nhóm, được quy định tại Phần 1, mục số 6 trên đây. Các hình thức liên lạc khác sẽ chỉ được thực hiện khi có yêu cầu trực tiếp. Doanh nghiệp yêu cầu liên lạc qua thư sẽ phải trả một khoản phí bổ sung.
- Điều này được hiểu rằng nhóm đồng ý nhận thông tin liên lạc dạng điện tử từ Blue Shield.

## Ủy quyền và chữ ký

- 25** Phần ủy quyền sau đây phải có chữ ký của đại diện nhóm/liên hệ chính.
- Đây là đơn đăng ký bảo hiểm. Nhóm hiểu rằng không có hợp đồng bảo hiểm nào tồn tại cho đến khi Blue Shield đã hoàn thành việc rà soát và thông báo cho người nộp đơn hoặc đại diện của người nộp đơn rằng đơn đăng ký đã được chấp thuận và hợp đồng dịch vụ y tế theo nhóm đã được ban hành. Bằng tất cả sự hiểu biết và uy tín của mình, đại diện nhóm xác nhận tất cả những chi tiết cung cấp trong đơn này là đúng sự thật, chính xác và đầy đủ. Nhóm hiểu rằng nếu gian lận hoặc cố tình làm sai lệch bất kỳ thông tin quan trọng nào liên quan đến đơn đăng ký này, Blue Shield of California có thể thực hiện một trong những biện pháp sau đây trong vòng 24 tháng đầu tiên của bảo hiểm: hủy bỏ bảo hiểm cho nhóm, hoặc điều chỉnh chi phí/phí bảo hiểm, hoặc sau khi thông báo, Hợp Đồng Dịch Vụ Sức Khỏe/Đơn Bảo Hiểm Nhóm có thể bị hủy bỏ.**
- Bằng sự hiểu biết và uy tín của mình, tôi xác nhận rằng tất cả các câu trả lời trên là đúng sự thật, chính xác và đầy đủ.**

Chữ ký đại diện nhóm được ủy quyền

Họ tên và chức vụ (chữ in hoa)

Ngày

**Thông tin đại lý cấp cao (Phải được hoàn thành bởi nhà đại lý cấp cao hoặc tổng đại lý. Phải có tất cả các thông tin.)**

<b>26</b>	Tên công ty đại lý cấp cao		
	Tên liên hệ của đại lý cấp cao		Số điện thoại liên hệ của đại lý cấp cao
	Địa chỉ văn phòng của đại lý cấp cao		
	Thành phố		Tiểu bang
	Mã ZIP		
	Email liên hệ của đại lý cấp cao		
	Mã số thuế của đại lý cấp cao		
	Số giấy phép của Department of Insurance (Phòng Bảo Hiểm) của liên hệ đại lý cấp cao		
	Tên công ty đại lý cấp cao thứ hai		
	Tên liên hệ của đại lý cấp cao thứ hai		Số điện thoại liên hệ của đại lý cấp cao thứ hai
	Địa chỉ văn phòng của đại lý cấp cao thứ hai		
	Thành phố		Tiểu bang
	Mã ZIP		
	Email liên hệ của đại lý cấp cao thứ hai		
Mã số thuế của đại lý cấp cao thứ hai			
Số giấy phép của Department of Insurance (Phòng Bảo Hiểm) của liên hệ đại lý cấp cao thứ hai			
Ngày hôm nay (bắt buộc)	Chữ ký của đại lý cấp cao chính (bắt buộc)	Tên in hoa của đại lý cấp cao	
Ngày hôm nay (bắt buộc)	Chữ ký của đại lý cấp cao thứ hai (khi thích hợp)	Tên in hoa của đại lý cấp cao	
<b>27</b>	Mã số thuế của tổng đại lý		
	Tên của tổng đại lý		
	Ngày hôm nay (bắt buộc)	Chữ ký được ủy quyền của tổng đại lý (bắt buộc)	Tên in hoa của người đại diện tổng đại lý

# Blue Shield of California

## Thông Báo Dành Cho Các Cá Nhân Về Yêu Cầu Không Phân Biệt Đối Xử Và Khả Năng Tiếp Cận

### Phân biệt đối xử là hành vi vi phạm pháp luật

Blue Shield of California tuân thủ luật dân sự hiện hành của tiểu bang và liên bang và không phân biệt đối xử dựa trên chủng tộc, màu da, nguồn gốc quốc gia, tổ tiên, tôn giáo, tình dục, tình trạng hôn nhân, giới tính, nhận dạng giới tính, khuynh hướng tình dục, độ tuổi hoặc tình trạng tàn tật. Blue Shield of California không bài trừ bất kỳ ai hoặc đối xử với họ theo cách khác vì chủng tộc, màu da, nguồn gốc quốc gia, tổ tiên, tôn giáo, tình dục, tình trạng hôn nhân, giới tính, nhận dạng giới tính, khuynh hướng tình dục, độ tuổi hoặc tình trạng tàn tật.

Blue Shield of California:

- Cung cấp các hỗ trợ và dịch vụ miễn phí cho người khuyết tật để có thể giao tiếp hiệu quả với chúng tôi như:
  - Phiên dịch viên ngôn ngữ ký hiệu đủ năng lực
  - Thông tin bằng văn bản dưới nhiều định dạng khác (trong đó có bản in khổ lớn, âm thanh, định dạng điện tử có thể truy cập và các định dạng khác)
- Cung cấp dịch vụ ngôn ngữ miễn phí cho các cá nhân sử dụng ngôn ngữ chính không phải là tiếng Anh, ví dụ:
  - Phiên dịch viên đủ năng lực
  - Thông tin được viết bằng các ngôn ngữ khác

Nếu quý vị cần các dịch vụ này, hãy liên hệ Điều Phối Viên Quyền Dân Sự của Blue Shield of California.

Nếu quý vị cho rằng Blue Shield of California không cung cấp các dịch vụ này hoặc có sự phân biệt đối xử theo cách khác dựa trên chủng tộc, màu da, nguồn gốc quốc gia, tổ tiên, tôn giáo, tình dục, tình trạng hôn nhân, giới tính, nhận dạng giới tính, khuynh hướng tình dục, độ tuổi hoặc tình trạng tàn tật, quý vị có thể gửi than phiền tới:

Blue Shield of California  
Civil Rights Coordinator  
P.O. Box 629007  
El Dorado Hills, CA 95762-9007

**Điện thoại: (844) 831-4133 (TTY: 711)**

**Fax: (844) 696-6070**

**Email: [BlueShieldCivilRightsCoordinator@blueshieldca.com](mailto:BlueShieldCivilRightsCoordinator@blueshieldca.com)**

Quý vị có thể trực tiếp gửi than phiền hoặc gửi bằng thư, fax hoặc email. Nếu quý vị cần trợ giúp trong quá trình gửi than phiền, Điều Phối Viên Quyền Dân Sự của chúng tôi sẽ luôn sẵn sàng trợ giúp. Quý vị cũng có thể nộp đơn khiếu nại về quyền dân sự theo định dạng điện tử tới U.S. Department of Health and Human Services (Bộ Y Tế Và Dịch Vụ Nhân Sinh Hoa Kỳ), Phòng Dân Sự thông qua Cổng Thông Tin Khiếu Nại của Phòng Dân Sự, theo địa chỉ <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, hoặc bằng thư hoặc qua điện thoại theo địa chỉ:

U.S. Department of Health and Human Services  
200 Independence Avenue SW.  
Room 509F, HHH Building  
Washington, DC 20201  
(800) 368-1019; TTY: (800) 537-7697

Biểu mẫu khiếu nại có trên [www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html](http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html).

# Notice of the Availability of Language Assistance Services

## Blue Shield of California

**IMPORTANT:** Can you read this letter? If not, we can have somebody help you read it. You may also be able to get this letter written in your language. For help at no cost, please call right away at the Member/Customer Service telephone number on the back of your Blue Shield ID card, or (866) 346-7198.

**IMPORTANTE:** ¿Puede leer esta carta? Si no, podemos hacer que alguien le ayude a leerla. También puede recibir esta carta en su idioma. Para ayuda sin cargo, por favor llame inmediatamente al teléfono de Servicios al miembro/cliente que se encuentra al reverso de su tarjeta de identificación de Blue Shield o al (866) 346-7198. (Spanish)

**重要通知：** 您能讀懂這封信嗎？如果不能，我們可以請人幫您閱讀。這封信也可以用您所講的語言書寫。如需免費幫助，請立即撥打登列在您的Blue Shield ID卡背面上的會員/客戶服務部的電話，或者撥打電話 (866) 346-7198。(Chinese)

**QUAN TRỌNG:** Quý vị có thể đọc lá thư này không? Nếu không, chúng tôi có thể nhờ người giúp quý vị đọc thư. Quý vị cũng có thể nhận lá thư này được viết bằng ngôn ngữ của quý vị. Để được hỗ trợ miễn phí, vui lòng gọi ngay đến Ban Dịch vụ Hội viên/Khách hàng theo số ở mặt sau thẻ ID Blue Shield của quý vị hoặc theo số (866) 346-7198. (Vietnamese)

**MAHALAGA:** Nababasa mo ba ang sulat na ito? Kung hindi, maari kaming kumuha ng isang tao upang matulungan ka upang mabasa ito. Maari ka ring makakuha ng sulat na ito na nakasulat sa iyong wika. Para sa libreng tulong, mangyaring tumawag kaagad sa numerong telepono ng Miyembro/Customer Service sa likod ng iyong Blue Shield ID kard, o (866) 346-7198. (Tagalog)

**Baa' ákohwiindzindooígí:** Díí naaltsoosish yíiniłta'go bíniǵhah? Doo bíniǵhahgóó éí, naaltsoos nich'í' yiidóoltaǵíí ła' nihee hółó. Díí naaltsoos áldó' t'áá Diné k'ehjí ádoolníí nínízingo bíǵhah. Doo ɓaąh ílínígó shíká' adoowoł nínízingó nihich'í' béesh bee hodílnih dóó námboo éí díí Blue Shield bee néího' díłzinígí bine'dée' bikáá' éí doodagó éí (866) 346-7198 jí' hodílnih. (Navajo)

**중요:** 이 서신을 읽을 수 있으세요? 읽으실 수 경우, 도움을 드릴 수 있는 사람이 있습니다. 또한 다른 언어로 작성된 이 서신을 받으실 수도 있습니다. 무료로 도움을 받으시려면 Blue Shield ID 카드 뒷면의 회원/고객 서비스 전화번호 또는 (866) 346-7198로 지금 전환하세요. (Korean)

**ԿԱՐԵՎՈՐ Է:** Կարողանում ե՞ք կարդալ այս նամակը: Եթե ոչ, ապա մենք կօգնենք ձեզ: Դուք պետք է նաև կարողանաք ստանալ այս նամակը ձեր լեզվով: Ծառայությունն անվճար է: Խնդրում ենք անմիջապես զանգահարել Հաճախորդների սպասարկման բաժնի հեռախոսահամարով, որը նշված է ձեր Blue Shield ID քարտի ետևի մասում, կամ (866) 346-7198 համարով: (Armenian)

**ВАЖНО:** Не можете прочесть данное письмо? Мы поможем вам, если необходимо. Вы также можете получить это письмо написанное на вашем родном языке. Позвоните в Службу клиентской/членской поддержки прямо сейчас по телефону, указанному сзади идентификационной карты Blue Shield, или по телефону (866) 346-7198, и вам помогут совершенно бесплатно. (Russian)

**重要：** お客様は、この手紙を読むことができますか？もし読むことができない場合、弊社が、お客様をサポートする人物を手配いたします。また、お客様の母国語で書かれた手紙をお送りすることも可能です。無料のサポートを希望される場合は、Blue Shield IDカードの裏面に記載されている会員/お客様サービスの電話番号、または、(866) 346-7198にお電話をおかけください。(Japanese)

**مهم:** آیا می‌توانید این نامه را بخوانید؟ اگر پاسختان منفی است، می‌توانیم کسی را برای کمک به شما در اختیاراتان قرار دهیم. حتی می‌توانید نسخه مکتوب این نامه را به زبان خودتان دریافت کنید. برای دریافت کمک رایگان، لطفاً بدون فوت وقت از طریق شماره تلفنی که در پشت کارت شناسایی Blue Shield تان درج شده است و یا از طریق شماره تلفن (866) 346-7198 با خدمات اعضا/مشتری تماس بگیرید. (Persian)

**ਮਹੱਤਵਪੂਰਨ:** ਕੀ ਤੁਸੀਂ ਇਸ ਪੱਤਰ ਨੂੰ ਪੜ੍ਹ ਸਕਦੇ ਹੋ? ਜੇ ਨਹੀਂ ਤਾਂ ਇਸ ਨੂੰ ਪੜ੍ਹਨ ਵਿਚ ਮਦਦ ਲਈ ਅਸੀਂ ਕਿਸੇ ਵਿਅਕਤੀ ਦਾ ਪ੍ਰਬੰਧ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹਾਂ। ਤੁਸੀਂ ਇਹ ਪੱਤਰ ਆਪਣੀ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿਚ ਲਿਖਿਆ ਹੋਇਆ ਵੀ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ। ਮੁਫਤ ਵਿਚ ਮਦਦ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰਨ ਲਈ ਤੁਹਾਡੇ Blue Shield ID ਕਾਰਡ ਦੇ ਪਿੱਛੇ ਦਿੱਤੇ ਮੈਂਬਰ/ਕਸਟਮਰ ਸਰਵਿਸ ਟੈਲੀਫੋਨ ਨੰਬਰ ਤੇ, ਜਾਂ (866) 346-7198 ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ। (Punjabi)

**ប្រការសំខាន់៖** តើអ្នកអាចលិខិតនេះ បានដែរឬទេ? បើមិនអាចទេ យើងអាចឲ្យគេជួយអ្នកក្នុងការអានលិខិតនេះ។ អ្នកក៏អាចទទួលបានលិខិតនេះជាភាសារបស់អ្នកផងដែរ។ សម្រាប់ជំនួយដោយឥតគិតថ្លៃ សូមហៅទូរស័ព្ទភ្លាមៗទៅកាន់លេខទូរស័ព្ទសេវាសមាជិក/អតិថិជនដែលមាននៅលើខ្នងប័ណ្ណសម្គាល់ Blue Shield របស់អ្នក ឬតាមរយៈលេខ (866) 346-7198។ (Khmer)

**المهم:** هل تستطيع قراءة هذا الخطاب؟ أن لم تستطع قراءته، يمكننا إحضار شخص ما ليساعدك في قراءته. قد تحتاج أيضاً إلى الحصول على هذا الخطاب مكتوباً بلغتك. للحصول على المساعدة بدون تكلفة، يرجى الاتصال الآن على رقم هاتف خدمة العملاء/أحد الأعضاء المدون على الجانب الخلفي من بطاقة الهوية Blue Shield أو على الرقم (866) 346-7198. (Arabic)

**TSEEM CEEB:** Koj pos tuaj yeem nyeem tau tsab ntawv no? Yog hais tias nyeem tsis tau, peb tuaj yeem nrhiav ib tug neeg los pab nyeem nws rau koj. Tej zaum koj kuj yuav tau txais muab tsab ntawv no sau ua koj hom lus. Rau kev pab txhais dawb, thov hu kiag rau tus xov tooj Kev Pab Cuam Tub Koom Xeeb/Tub Lag Luam uas nyob rau sab nraum nrob qaum ntawm koj daim npav Blue Shield ID, los yog hu rau tus xov tooj (866) 346-7198. (Hmong)

**สำคัญ:** คุณอ่านจดหมายฉบับนี้ได้หรือไม่ หากไม่ได้ โปรดขอความช่วยเหลือจากผู้อ่านได้ คุณอาจได้รับจดหมายฉบับนี้เป็นภาษาของคุณ หากต้องการความช่วยเหลือโดยไม่มีค่าใช้จ่าย โปรดติดต่อฝ่ายบริการลูกค้า/สมาชิกทางเบอร์โทรศัพท์ในบัตรประจำตัว Blue Shield ของคุณ หรือโทร (866) 346-7198 (Thai)

**महत्वपूर्ण:** क्या आप इस पत्र को पढ़ सकते हैं? यदि नहीं, तो हम इसे पढ़ने में आपकी मदद के लिए किसी व्यक्ति का प्रबंध कर सकते हैं। आप इस पत्र को अपनी भाषा में भी प्राप्त कर सकते हैं। निःशुल्क मदद प्राप्त करने के लिए अपने Blue Shield ID कार्ड के पीछे दिए गये मँबर/कस्टमर सर्विस टेलीफोन नंबर, या (866) 346-7198 पर कॉल करें। (Hindi)

**ສິ່ງສໍາຄັນ:** ທ່ານສາມາດອ່ານຈົດໝາຍນີ້ໄດ້ບໍ່? ຖ້າອ່ານບໍ່ໄດ້, ພວກເຮົາສາມາດໃຫ້ບາງຄົນຊ່ວຍອ່ານໃຫ້ທ່ານຟັງໄດ້. ທ່ານຍັງສາມາດຂໍໃຫ້ແປຈົດໝາຍນີ້ເປັນພາສາຂອງທ່ານໄດ້. ສໍາລັບຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອແບບບໍ່ເສຍຄ່າ, ກະລຸນາ ໂທຫາເບີໂທຂອງຝ່າຍບໍລິການສະມາຊິກ/ລູກຄ້າໃນທັນທີເບີໂທລະສັບຢູ່ດ້ານຫຼັງບັດສະມາຊິກ Blue Shield ຂອງທ່ານ, ຫຼືໂທໄປຫາເບີ(866) 346-7198. (Laotian)

# Notice of the Availability of Language Assistance Services

## Blue Shield of California Life & Health Insurance Company

**No Cost Language Services.** You can get an interpreter. You can get documents read to you and some sent to you in your language. For help, call us at the number listed on your ID card or 1-866-346-7198. For more help call the CA Dept. of Insurance at 1-800-927-4357. English

**Servicios de idiomas sin costo.** Puede obtener un intérprete. Le pueden leer documentos y que le envíen algunos en español. Para obtener ayuda, llámenos al número que figura en su tarjeta de identificación o al 1-866-346-7198. Para obtener más ayuda, llame al Departamento de Seguros de CA al 1-800-927-4357. Spanish

**免費語言服務。** 您可獲得口譯員服務。可以用中文把文件唸給您聽，有些文件有中文的版本，也可以把這些文件寄給您。欲取得協助，請致電您的保險卡所列的電話號碼，或撥打 1-866-346-7198 與我們聯絡。欲取得其他協助，請致電 1-800-927-4357 與加州保險部聯絡。Chinese

**Các Dịch Vụ Trợ Giúp Ngôn Ngữ Miễn Phí.** Quý vị có thể được nhận dịch vụ thông dịch. Quý vị có thể được người khác đọc giúp các tài liệu và nhận một số tài liệu bằng tiếng Việt. Để được giúp đỡ, hãy gọi cho chúng tôi tại số điện thoại ghi trên thẻ hội viên của quý vị hoặc 1-866-346-7198. Để được trợ giúp thêm, xin gọi Sở Bảo Hiểm California tại số 1-800-927-4357. Vietnamese

무료 통역 서비스. 귀하는 한국어 통역 서비스를 받으실 수 있으며 한국어로 서류를 낭독해주는 서비스를 받으실 수 있습니다. 도움이 필요하신 분은 귀하의 ID 카드에 나와있는 안내 전화: 1-866-346-7198번으로 문의해 주십시오. 보다 자세한 사항을 문의하실 분은 캘리포니아 주 보험국, 안내 전화 1-800-927-4357번으로 연락해 주십시오. Korean

**Walang Gastos na mga Serbisyo sa Wika.** Makakakuha ka ng interpreter o tagasalin at maipababasa mo sa Tagalog ang mga dokumento. Para makakuha ng tulong, tawagan kami sa numerong nakalista sa iyong ID card o sa 1-866-346-7198. Para sa karagdagang tulong, tawagan ang CA Dept. of Insurance sa 1-800-927-4357 Tagalog

**Անվճար Լեզվական Ծառայություններ:** Դուք կարող եք թարգման ձեռք բերել և փաստաթղթերը ընթերցել տալ ձեզ համար հայերեն լեզվով: Օգնության համար մեզ զանգահարեք ձեր ինքնության (ID) տոմսի վրա նշված կամ 1-866-346-7198 համարով: Լրացուցիչ օգնության համար 1-800-927-4357 համարով զանգահարեք Կալիֆորնիայի Ապահովագրության Բաժանմունք: Armenian

**Бесплатные услуги перевода.** Вы можете воспользоваться услугами переводчика, и ваши документы прочтут для вас на русском языке. Если вам требуется помощь, звоните нам по номеру, указанному на вашей идентификационной карте, или 1-866-346-7198. Если вам требуется дополнительная помощь, звоните в Департамент страхования штата Калифорния (Department of Insurance), по телефону 1-800-927-4357. Russian

**無料の言語サービス** 日本語で通訳をご提供し、書類をお読みします。サービスをご希望の方は、IDカード記載の番号または1-866-346-7198までお問い合わせください。更なるお問い合わせは、カリフォルニア州保険庁、1-800-927-4357までご連絡ください。Japanese

**خدمات مجانی مربوط به زبان.** میتوانید از خدمات یک مترجم شفاهی استفاده کنید و بگوئید مدارک به زبان فارسی برایتان خوانده شوند. برای دریافت کمک، با ما از طریق شماره تلفنی که روی کارت شناسائی شما قید شده است و یا این شماره 1-866-346-7198 تماس بگیرید. برای دریافت کمک بیشتر، به CA Dept. of Insurance (اداره بیمه کالیفرنیا) به شماره 1-800-927-4357 تلفن کنید. Persian

**ਮੁਫਤ ਭਾਸ਼ਾ ਸੇਵਾਵਾਂ:** ਤੁਸੀਂ ਦੁਬਾਰੀਏ ਦੀਆਂ ਸੇਵਾਵਾਂ ਹਾਸਲ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ ਅਤੇ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ਾਂ ਨੂੰ ਪੰਜਾਬੀ ਵਿੱਚ ਸੁਣ ਸਕਦੇ ਹੋ। ਕੁਝ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ ਤੁਹਾਨੂੰ ਪੰਜਾਬੀ ਵਿੱਚ ਭੇਜੇ ਜਾ ਸਕਦੇ ਹਨ। ਮਦਦ ਲਈ ਤੁਹਾਡੇ ਆਈਡੀ (ID) ਕਾਰਡ 'ਤੇ ਦਿੱਤੇ ਨੰਬਰ 'ਤੇ ਜਾਂ 1-866-346-7198 'ਤੇ ਸਾਨੂੰ ਫੋਨ ਕਰੋ। ਵਧੇਰੇ ਮਦਦ ਲਈ ਕੈਲੀਫੋਰਨੀਆ ਡਿਪਾਰਟਮੈਂਟ ਆਫ ਇਨਸੂਰੈਂਸ ਨੂੰ 1-800-927-4357 'ਤੇ ਫੋਨ ਕਰੋ। Punjabi

**សេវាកម្មភាសាភូតគីតថ្ងៃ។** អ្នកអាចទទួលបានអ្នកបកប្រែភាសា និងអានឯកសារជូនអ្នកជា ភាសាខ្មែរ ។ សម្រាប់ជំនួយសូមទូរស័ព្ទមកយើងខ្ញុំតាមលេខដែលមានបង្ហាញលើប័ណ្ណសំគាល់ខ្លួនរបស់អ្នក ឬលេខ 1-866-346-7198 ។ សម្រាប់ជំនួយបន្ថែមទៀត សូមទូរស័ព្ទទៅក្រសួងធានារ៉ាប់រងរដ្ឋកាលីហ្វ័រញ៉ា តាមលេខ 1-800-927-4357 Khmer

**خدمات ترجمة بدون تكلفة.** يمكنك الحصول علي مترجم و قراءة الوثائق لك باللغة العربية. للحصول علي المساعدة، اتصل بنا علي الرقم المبين علي بطاقة عضويتك أو علي الرقم 1-866-346-7198. للحصول علي المزيد من المعلومات، اتصل بإدارة التأمين لولاية كاليفورنيا علي الرقم 1-800-927-4357 Arabic.

**Cov Kev Pab Txhais Lus Tsis Them Nqi.** Koj yuav thov tau kom muaj neeg los txhais lus rau koj thiab kom neeg nyeem cov ntawv ua lus Hmoob. Yog xav tau kev pab, hu rau peb ntawm tus xov tooj nyob hauv koj daim yuaj ID los sis 1-866-346-7198. Yog xav tau kev pab ntxiv hu rau CA lub Caj Meem Fai Muab Kev Tuav Pov Hwm ntawm 1-800-927-4357 Hmong

บริการทางภาษาอย่างไม่เสียค่าใช้จ่าย คุณสามารถรับบริการจากสาม รวมถึงให้เจ้าหน้าที่อ่านเอกสารให้คุณฟัง หรือส่งเอกสารบางส่วนในภาษาของคุณไปหาคุณได้ หากต้องการความช่วยเหลือ กรุณาโทรศัพท์ตามหมายเลขที่ระบุอยู่ด้านหลังบัตรประจำตัวของคุณ หรือ ที่หมายเลข 1-866-346-7198 หากต้องการความช่วยเหลือเพิ่มเติม โปรดโทรมาที่ กรมการประกันภัยแห่งมลรัฐแคลิฟอร์เนียที่หมายเลข 1-800-927-4357 Thai

निःशुल्क भाषा सेवाएँ। आप एक दुभाषिया की सेवा प्राप्त कर सकते हैं। आप दस्तावेजों को पढ़वा के सुन सकते हैं और कुछ को अपनी भाषा में स्वयं को भिजवा सकते हैं। सहायता के लिए, अपने ID कार्ड पर दिए गए नंबर पर, या 1-866-346-7198 पर हमें फ़ोन करें। अधिक सहायता के लिए कैलीफोर्निया बीमा विभाग (CA Dept. of Insurance) को 1-800-927-4357 पर फ़ोन करें। Hindi

**Doo bááh ílínígó saad bee yát'i' bee aná'áwo'.** Díí shá ata'halne'dooígí hólíqodoo nínízingo éí bííghah. Naaltsoos naanínáhájeehígí shich'í' yíidooltah éí doodagó ła' shich'í' ádoolníí nínízingo bííghah. Shíká a'doowoł nínízingo nihich'í' béesh bee hodílnih dóo námbóo éí díí ninaaltsoos dootł'ízhígí bee néiho'dílninígí bine'déé' bikáá' éí doodagó éí (866)346-7198jí' hodílnih. Hózhó shíká anáá'doowoł nínízingo éí díí béeso ách'áah naa'nil bíł haz'áají' 1-800-927-4357jí' hodílnih. Navajo

**ບໍລິການແປພາສາໂດຍບໍ່ເສຍຄ່າ.** ທ່ານສາມາດຂໍເອົາຜູ້ແປພາສາໄດ້. ທ່ານສາມາດຂໍໃຫ້ອ່ານເອກະສານໃຫ້ທ່ານຟັງ ແລະ ສົ່ງເອກະສານບາງຢ່າງທີ່ເປັນພາສາຂອງທ່ານ. ສໍາລັບຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອ, ໃຫ້ໂທຫາພວກເຮົາຕາມເບີໂທລະສັບທີ່ມີ ໃນບັດປະຈໍາຕົວຂອງທ່ານ ຫຼື ໂທຫາເບີ1-866-346-7198. ສໍາລັບຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອເພີ່ມເຕີມໂທຫາ ພະແນກ ປະກັນໄພຂອງ ລັດຄາລິຟໍເນຍໄດ້ທີ່ເບີ1-800-927-4357. Laotian