

देखभाल सेवाओं की निरंतरता के लिए अनुरोध

Blue Shield of California द्वारा Blue Shield of California योजना के नए और मौजूदा सदस्यों के लिए देखभाल सेवाओं की निरंतरता प्रदान की जाती है। यथा 1 जनवरी, 2018, Blue Shield व्यक्तिगत और पारिवारिक योजना (IFP, Individual and Family Plan) में भर्ती होने वाले नए व्यक्तियों के लिए पात्रता सीमाएँ लागू होंगी। अधिक जानकारी के लिए आप अपने Blue Shield सदस्य आईडी कार्ड पर दिए सदस्य सेवाओं या ग्राहक सेवा के नंबर को फ़ोन कर सकते हैं।

प्रारंभिक मानदंड पूरा होना चाहिए:

- Blue Shield के वर्तमान सदस्य** – आप अब देखभाल प्राप्त कर रहे हैं और आपका प्रदाता अब योजना के नेटवर्क में नहीं रहा। यदि आप Blue Shield के वर्तमान सदस्य हैं, तो आप देखभाल सेवाओं की निरंतरता के लिए पात्र हैं जब मौजूदा Blue Shield प्रदाता, जिसे आप उपचार के विशिष्ट कोर्स के लिए सेवाएँ प्राप्त कर रहे हैं, नेटवर्क छोड़ देता है। यदि आपके प्रदाता ने आपके कवरेज के प्रभावी दिनांक के बाद नेटवर्क छोड़ा है या आपको प्रदाता द्वृढ़ने में मदद की आवश्यकता है, तो कृपया अपने Blue Shield सदस्य आईडी कार्ड पर दिए सदस्य सेवाओं के नंबर पर कॉल करें।
- नए भर्ती किए सदस्य** – आप इस समय देखभाल प्राप्त कर रहे हैं और आपका पिछला प्रदाता आपकी नई स्वास्थ्य योजना को स्वीकार नहीं करता। व्यक्तिगत और पारिवारिक योजना (IFP) में 1 जनवरी 2018, और बाद से प्रभावी Blue Shield की नीतियों में नए भर्ती होने वाले सदस्य, देखभाल सेवाओं की निरंतरता के लिए पात्र हो सकते हैं जब पूर्व प्रदाता Blue Shield IFP नेटवर्क से बाहर का हो।
- कोई मातृक मानसिक स्वास्थ्य स्थितियाँ**

माध्यमिक मानदंड पूरा किया जाना चाहिए:

- तीव्र स्थिति** – एक चिकित्सीय स्थिति जिसमें तुरंत चिकित्सीय ध्यान देने की आवश्यकता वाली कोई बीमारी, चोट, या अन्य चिकित्सीय समस्या के कारण लक्षणों की अचानक शुरूआत शामिल होती है और जिसकी एक सीमित अवधि होती है।
- अनुसूचित सर्जरी/प्रक्रिया** – सर्जरी या अन्य प्रक्रिया जो आपके प्रदाता द्वारा अनुशंसित और प्रलेखित की गई है और आपकी कवरेज की प्रभावी तिथि या प्रदाता की समाप्ति तिथि से 180 दिनों के भीतर होने के लिए अनुसूचित है और Blue Shield द्वारा निरंतर देखभाल के लिए अधिकृत है।
- नवजात/शिशु** – नवजात से लेकर 36 महीनों की आयु के शिशु, सामान्य बाल चिकित्सा या विशेषज्ञ की देखभाल, प्रभावी/प्रदाता समाप्ति की तिथि से 12 महीनों तक या बच्चे की 36 महीने की आयु तक, इनमें से जो भी पहले हो।
- गर्भावस्था** – गर्भावस्था की अवधि और तत्काल प्रसवोत्तर देखभाल।
- गंभीर स्थायी स्थिति** – किसी रोग, बीमारी या अन्य चिकित्सीय समस्या या चिकित्सीय विकार के कारण एक चिकित्सीय स्थिति जो प्रकृति में गंभीर है और पूरी देखभाल प्राप्त न होने पर स्थायी बनी रहती है या समय के साथ और भी गंभीर हो जाती है या सुधार के लिए या क्षय को रोकने के लिए इसमें निरंतर उपचार की आवश्यकता होती है।
- लाइलाज बीमारी** – एक लाइलाज या अपरिवर्तनीय स्थिति जिसमें एक वर्ष या उससे भी कम के भीतर मृत्यु होने की संभावना होती है। लाइलाज बीमारी, लाइलाज बीमारी की अवधि के लिए कवर होती है।
- मातृक मानसिक स्वास्थ्य स्थिति** – एक मानसिक स्वास्थ्य स्थिति जो किसी महिला को गर्भावस्था के दौरान, प्रसवपूर्व या प्रसवोत्तर अवधि में प्रभावित कर सकती है, या जो गर्भावस्था के दौरान, प्रसवपूर्व या प्रसवोत्तर अवधि से लेकर डिलिवरी के वर्ष बाद तक के समय में सामने आती है।

ध्यान दें: निम्न जानकारी इस अनुरोध को संसाधित करने के लिए शामिल की जानी चाहिए। अनुरोध पर पूरी तरह विचार करने के लिए, उसे उपरोक्त मानदंडों को पूरा करना होगा और उसमें नीचे दी गई रोगी और प्रदाता संबंधी जानकारी शामिल होनी चाहिए:

आवश्यक दस्तावेज़:

- उपचारक प्रदाता(ओं) से प्रारंभिक परामर्श रिपोर्ट
- वर्तमान उपचार योजना
- पिछले तीन प्रगति नोट्स
- यदि एक पूर्व Kaiser सदस्य हों, तो कृपया Kaiser चिकित्सीय रिकार्ड संख्या प्रदान करें
- कोई और सभी ICD-10 (इंटरनैशनल क्लासिफिकेशन ऑफ डीसीसेस (10 वां संस्करण)) और CPT (करंट प्रोसीजरल टर्मिनोलॉजी) कोड

ग्राहक की जानकारी

ग्राहक का नाम:

पता:

शहर:

जन्म तिथि:

घर का फोन नंबर:

राज्य:

ज़िप कोड:

ग्राहक आईडी (ID) संख्या:

सेलफोन नंबर:

नियोक्ता समूह का नाम:

पिछली स्वास्थ्य बीमा कंपनी और योजना का नाम:

कवरेज समाप्त होने की तारीख:

क्या पिछली स्वास्थ्य कवरेज योजना जिसका आपने ऊपर ज़िक्र किया, अब पेश नहीं की जा रही थी? हाँ या नहीं

रोगी की जानकारी

सदस्य का नाम (यदि भिन्न हो):

पता:

शहर:

जन्म तिथि:

घर का फोन नंबर:

राज्य:

ज़िप कोड:

ग्राहक के साथ संबंध:

सेलफोन नंबर:

पिछली स्वास्थ्य बीमा कंपनी और योजना का नाम:

कवरेज समाप्त होने की तारीख:

क्या पिछली स्वास्थ्य कवरेज योजना जिसका आपने ऊपर ज़िक्र किया, अब पेश नहीं की जा रही थी? हाँ या नहीं

प्रदाता जानकारी 1

अनुरोध करने वाले प्रदाता का पहला और आखिरी नाम:

NPI (नेशनल प्रोवाइडर आइडेंटिफिकेशन):

प्रदाता का पता:

शहर:

राज्य:

ज़िप कोड:

प्रदाता की विशेषता:

प्रदाता का फोन नंबर:

प्रदाता का फैक्स नंबर:

उपचार अधीन स्थिति/निदान, जिसमें ICD-10 और/या CPT कोड शामिल हैं:

प्रदाता के साथ आरंभ करने की मूल तिथि:

पिछले कार्यालय दौरे/उपचार की तिथि:

अगली मुलाकात/उपचार की तिथि:

कृपया ध्यान दें: इससे पहले कि Blue Shield आप या आप पर आश्रित व्यक्ति के लिए देखभाल की निरंतरता को अनुमोदित कर सके, Blue Shield को उपचार कर रहे प्रदाता से एक हस्ताक्षित समझौता प्राप्त करना होगा, जिसमें निम्नलिखित चीज़ों की सहमति दी जाएगी:

1) Blue Shield का मानक भागीदारी प्रदाता ग्रहित रेट स्वीकार करना

2) Blue Shield के सदस्य का केवल मानक सह-भुगतान/सह-बीमा एकत्र करना

3) आर्थिक असमझौतों के परिणामस्वरूप सामने आने वाली किन्हीं राशियों के लिए Blue Shield के सदस्यों को बैलेंस बिल किए जाने से रोकना

प्रदाता जानकारी 2

अनुरोध करने वाले प्रदाता का पहला और आखिरी नाम:

NPI:

प्रदाता का पता:

शहर:

राज्य:

ज़िप कोड:

प्रदाता की विशेषता:

प्रदाता का फोन नंबर:

प्रदाता का फैक्स नंबर:

उपचार अधीन स्थिति/निदान, जिसमें ICD-10 और/या CPT कोड शामिल हैं:

प्रदाता के साथ आरंभ करने की मूल तिथि:

पिछले कार्यालय दौरे/उपचार की तिथि:

अगली मुलाकात/उपचार की तिथि:

कृपया ध्यान दें: इससे पहले कि Blue Shield आप या आप पर आश्रित व्यक्ति के लिए देखभाल की निरंतरता को अनुमोदित कर सके, Blue Shield को उपचार कर रहे प्रदाता से एक हस्ताक्षित समझौता प्राप्त करना होगा, जिसमें निम्नलिखित चीज़ों की सहमति दी जाएगी:

- 1) Blue Shield का मानक भागीदारी प्रदाता ग्रहित रेट स्वीकार करना
- 2) Blue Shield के सदस्य का केवल मानक सह-भुगतान/सह-बीमा एकत्र करना
- 3) आर्थिक असमझौतों के परिणामस्वरूप सामने आने वाली किन्हीं राशियों के लिए Blue Shield के सदस्यों को बैलेंस बिल किए जाने से रोकना

प्रदाता जानकारी 3

अनुरोध करने वाले प्रदाता का पहला और आखिरी नाम:

NPI:

प्रदाता का पता:

शहर:

राज्य:

ज़िप कोड:

प्रदाता की विशेषता:

प्रदाता का फोन नंबर:

प्रदाता का फैक्स नंबर:

उपचार अधीन स्थिति/निदान, जिसमें ICD-10 और/या CPT कोड शामिल हैं:

प्रदाता के साथ आरंभ करने की मूल तिथि:

पिछले कार्यालय दौरे/उपचार की तिथि:

अगली मुलाकात/उपचार की तिथि:

कृपया ध्यान दें: इससे पहले कि Blue Shield आप या आप पर आश्रित व्यक्ति के लिए देखभाल की निरंतरता को अनुमोदित कर सके, Blue Shield को उपचार कर रहे प्रदाता से एक हस्ताक्षित समझौता प्राप्त करना होगा, जिसमें निम्नलिखित चीज़ों की सहमति दी जाएगी:

- 1) Blue Shield का मानक भागीदारी प्रदाता ग्रहित रेट स्वीकार करना
- 2) Blue Shield के सदस्य का केवल मानक सह-भुगतान/सह-बीमा एकत्र करना
- 3) आर्थिक असमझौतों के परिणामस्वरूप सामने आने वाली किन्हीं राशियों के लिए Blue Shield के सदस्यों को बैलेंस बिल किए जाने से रोकना

प्रदाता जानकारी 4

अनुरोध करने वाले प्रदाता का पहला और आखिरी नाम:	NPI:	
प्रदाता का पता:		
शहर:	राज्य:	ज़िप कोड:
प्रदाता की विशेषता:		
प्रदाता का फोन नंबर:	प्रदाता का फैक्स नंबर:	
उपचार अधीन स्थिति/निदान, जिसमें ICD-10 और/या CPT कोड शामिल हैं:		

प्रदाता के साथ आरंभ करने की मूल तिथि:

पिछले कार्यालय दौरे/उपचार की तिथि:

अगली मुलाकात/उपचार की तिथि:

कृपया ध्यान दें: इससे पहले कि Blue Shield आप या आप पर आश्रित व्यक्ति के लिए देखभाल की निरंतरता को अनुमोदित कर सके, Blue Shield को उपचार कर रहे प्रदाता से एक हस्ताक्षित समझौता प्राप्त करना होगा, जिसमें निम्नलिखित चीजों की सहमति दी जाएगी:

- 1) Blue Shield का मानक भागीदारी प्रदाता ग्रहित रेट स्वीकार करना
- 2) Blue Shield के सदस्य का केवल मानक सह-भुगतान/सह-बीमा एकत्र करना
- 3) आर्थिक असमझौतों के परिणामस्वरूप सामने आने वाली किन्हीं राशियों के लिए Blue Shield के सदस्यों को बैलेंस बिल किए जाने से रोकना

चिकित्सा सूचना

गर्भवती होने पर, डिलीवरी की अपेक्षित तिथि क्या है?

डिलीवरी करने वाले अस्पताल का नाम:	OB/GYN (अब्स्ट्रेट्रिक्स/गाइनकालजी) माहिर का नाम:
क्या सदस्य अभी अस्पताल में भर्ती है? <input type="checkbox"/> हाँ या <input type="checkbox"/> नहीं	अस्पताल का नाम:
क्या सदस्य वर्तमान तौर पर घरेलू या आश्रम में स्वास्थ्य देखभाल प्राप्त कर रहा है? <input type="checkbox"/> हाँ या <input type="checkbox"/> नहीं	
घरेलू स्वास्थ्य सेवा प्रदाता या आश्रम का नाम:	
स्वास्थ्य सेवा प्रदाता या आश्रम का कर आईडी:	
फोन नंबर:	
क्या सदस्य की स्थिति एक लाइलाज स्थिति है? <input type="checkbox"/> हाँ या <input type="checkbox"/> नहीं	ICD-10:
विचार करने के लिए अतिरिक्त जानकारी	
विचार करने के लिए कोई भी अतिरिक्त जानकारी सूचीबद्ध करें:	

सदस्य प्रमाणीकरण, प्राधिकरण, और हस्ताक्षर

मैं प्रमाणित करता/करती हूँ कि इस पर दिए सभी कथन और सभी संबंधित दस्तावेज़ मेरे ज्ञान और विश्वास के अनुसार के मुताबिक सच, सही, और सम्पूर्ण हैं। मैं एतद्वारा एक चिकित्सक, स्वास्थ्य देखभाल सुविधा, और स्वास्थ्य देखभाल के अन्य प्रदाता, बीमा वाहक, अस्पताल, चिकित्सा सेवा योजना को Blue Shield, या इसके एजेंटों या कर्मचारियों को किसी भी बीमारी से संबंधित पूरी जानकारी प्रदान करने के लिए अधिकृत करता/करती हूँ, जो इस मरीज को किसी भी समय प्राप्त हुई है। यह जानकारी इस अनुरोध का मूल्यांकन और इसे संसाधित करने के लिए एकत्र की गई है।

उत्तरदायी सदस्य का नाम:

सदस्य के हस्ताक्षर

हस्ताक्षर की तिथि

फोन नंबर जिस पर हम आपसे संपर्क कर सकते हैं:

डाक द्वारा इस फार्म को लौटाएँ:

Blue Shield of California
Attn: Continuity of Care Team
P.O. Box 629005
El Dorado Hills, CA 95762

फैक्स द्वारा इस फार्म को लौटाएँ:

(855) 895-3506

इस प्रतिलिपि संचरण में सुरक्षित और विशेषाधिकार प्राप्त, अत्यधिक गोपनीय चिकित्सीय जानकारी, निजी और स्वास्थ्य जानकारी (PHI) और/या कानूनी जानकारी शामिल हो सकती है। यह जानकारी केवल ऊपर दिए व्यक्ति या संस्था द्वारा उपयोग करने के लिए ही वांछनीय है।

यदि आप इस सामग्री के इच्छित प्राप्तकर्ता नहीं हैं, तो आप इसका उपयोग, प्रकाशन, चर्चा, प्रचार-प्रसार, या किसी अन्य ढंग से इसे वितरित नहीं कर सकते। यदि आप इच्छित प्राप्तकर्ता नहीं हैं, या यदि आपने त्रुटि में इस प्रसारण को प्राप्त किया है, तो प्रेषक को तुरंत और गुप्त ढंग से इसके बारे में सूचित करें और उस जानकारी को नष्ट कर दें जो गलती से फैक्स की गई थी।

उचित गोपनीयता बनाए रखने में आपकी सहायता के लिए धन्यवाद।

संशोधित: 9/2020

प्रभावी: 01/2018

Blue Shield of California

लोगों को गैर भेदभाव और आवश्यकताओं की उपलब्धता का
निर्देश देने वाली सूचना

भेदभाव करना कानून के खिलाफ़ है

Blue Shield of California लागू किये गए राज्य के कानूनों और संघीय नागरिकों के अधिकारों के कानूनों का अनुपालन करती है और नस्ल, रंग, राष्ट्रीय मूल, वंश, धर्म, लिंग, वैवाहिक स्थिति, लिंग पहचान, लैंगिक झुकाव, उम्र या विकलांगता के आधार पर भेदभाव नहीं करती है। Blue Shield of California नस्ल, रंग, राष्ट्रीय मूल, वंश, धर्म, लिंग, वैवाहिक स्थिति, लिंग, लिंग पहचान, लैंगिक झुकाव, उम्र या विकलांगता के आधार पर लोगों को बाहर नहीं रखती है या अलग तरीके से व्यवहार नहीं करती है।

Blue Shield of California:

- दिव्यांग लोगों को बिना किसी खर्च के साधन और सेवाएँ प्रदान करती है ताकि वे प्रभावशाली ढंग से संपर्क कर पाएँ। जैसे कि:
 - सांकेतिक भाषा के योग्य दुर्भाषिए
 - अन्य फ़ॉर्मेट में लिखित जानकारी (मोटी छपाई, ऑडियो, सुलभ इलेक्ट्रॉनिक फ़ॉर्मेट और अन्य फ़ॉर्मेट सहित)
- जिन लोगों की मातृभाषा अंग्रेज़ी नहीं है उनके लिए बिना खर्च भाषा सेवाएँ प्रदान करती है जैसे कि:
 - योग्य दुर्भाषिए
 - अन्य भाषाओं में लिखी गई सूचना

अगर आपको इन सेवाओं की ज़रूरत है, Blue Shield of California के नागरिक अधिकार संयोजक से संपर्क करें।

अगर आपको लगता है Blue Shield of California इन सेवाओं को प्रदान करने में असफल है या एक अन्य तरीके से नस्ल, रंग, राष्ट्रीय मूल, वंश, धर्म, लिंग, वैवाहिक स्थिति, लिंग, लिंग पहचान, लैंगिकता, उम्र या दिव्यांग होने के आधार पर भेदभाव किया है, तो आप शिकायत दर्ज कर सकते हैं:

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

फ़ोन: (844) 831-4133 (TTY: 711)
फैक्स: (844) 696-6070
इमेल: BlueShieldCivilRightsCoordinator@blueshieldca.com

आप व्यक्तिगत रूप से या मेल, फैक्स या इमेल के द्वारा शिकायत दर्ज करवा सकते हैं। अगर आपको शिकायत दर्ज करने के लिए मदद की ज़रूरत है, हमारे नागरिक अधिकार संयोजक आपकी मदद करने के लिए उपलब्ध हैं। आप U.S. Department of Health and Human Services (अमेरिकी स्वास्थ्य और मानव सेवा विभाग), नागरिक अधिकार कार्यालय को नागरिक अधिकारों के विषय में शिकायत कर सकते हैं, इसके लिए आप इलेक्ट्रॉनिक माध्यम से नागरिक अधिकार पोर्टल पर मौजूद <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, पर जाकर मेल या फ़ोन द्वारा शिकायत दर्ज कर सकते हैं।

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

शिकायत के फॉर्म www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html पर उपलब्ध हैं।

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' ákohwiindzindoígí: Díí naaltsoosísh yííniłta'go bíínighah? Doo bíínighahgóó éí, naaltsoos nich'í' yiidóołtahíí ła' nihee hólq. Díí naaltsoos ałdó' t'áá Diné k'ehjí ádoonííł nínízingo biiighah. Doo bąąh ílínígó shíká' adoowoł nínízingo nihich'í' béesh bee hodílnih dóó námboo éí díí Blue Shield bee néího'dílzinígí bine'déé' bikáá' éí doodagó éí (866) 346-7198 ji' 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 կարողանար 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 پاسخنام منفی است، میتوانیم کسی را برای کمک به شما در اختیارتان قرار دهیم. حتی میتوانید نسخه مکتوب این نامه را به زبان خودتان دریافت کنید. برای دریافت کمک رایگان، لطفاً بدون وقت و قیمت از طریق شماره تلفنی که در پشت کارت شناسی Blue Shield تان درج شده است و یا از طریق شماره تلفن 346-7198 (866) با خدمات اعضا/مشتری تماس بگیرید. (Persian)

ਮਹੱਤਵਪੂਰਨ: ਕੀ ਤੁਸੀਂ ਇਸ ਪੱਤਰ ਨੂੰ ਪੜ੍ਹ ਸਕਦੇ ਹੋਏ? 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)

ប្រកាស់សំណាន់៖ តើអ្នកមានលិខិតនេះ ដាក់ដៃរបៀបណា? បើមិនមានទេ យើងអាចចូលរួមជាមុនក្នុងការអាជីវកម្ម។
ខិតនេះ៖ អ្នកត្រូវមានការិយាល័យដូចខាងក្រោម៖ ជាអាស់របស់អ្នកដែលមែន សម្រាប់ជំនួយដោយតាមតិចតិច។
សូមហៅក្វើសំណុំនាមីតែតាក់លេខក្នុងសំណុំសេវាសមាជិក/អតិថិជនដែលមានលិខិតនេះ។ លើខ្លួនប៉ូលសម្រាប់ Blue Shield
របស់អ្នក ប្រើបាយ: ៨៦៦ 346-7198। (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 (Arabic). (866) 346-7198

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)

ສໍາຄັນ: ຮຸນວ່ານຈດໝາຍຈັບນີ້ໄດ້ຮູ້ອໍານິ້ມ່ ໄກສໍາໄໝໄດ້ ໂປຣດ້ວຍຄ່າມ່ວຍຈາກຜູ້ວ່ານໄດ້
ຮຸນວ່າຈໄດ້ຮັບຈດໝາຍຈັບນີ້ເປັນພາກ່ານຂອງຄຸນ ໄກສໍາວ່າງຄ່າມ່ວຍເລື້ອໄດ້ຢ່າງມື້ຕ່າງ
ໂປຣດິດທ່ວ່າມີພໍາຍບໍລິກາຮູກຄ້າ/ສໍາມາລຶກທາງເບັກຕິບຖືໃນບັດປະຈຳ Blue Shield ຂອງຄຸນ ໄກສໍາໂທ
(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 मैंबर/कस्टमर सर्विस टेलीफोन नंबर, या (866) 346-7198 पर कॉल करें। (Hindi)

ກົງສໍາຄັນ: ທ່ານຮ້າມາດທ່ານລົດໝູ້ລົ້ມື້ໄດ້ບໍ? ຖ້າທ່ານບໍ່ໄດ້, ພວກເຮົາຮ້າມາດໃຫ້ບ້າງຄົນລ່ວມທ່ານໃຫ້ທ່ານຟັງໄດ້.
ທ່ານລັ້ງຮ້າມາດຂໍໃຫ້ເປົ້າລົດໝູ້ລົ້ມື້ເປັນພາກ່າຂອງທ່ານໄດ້. ສໍາລັບຄວາມລ່ວມເຫຼືອເປົ້າເປັນເນັດ, ກະລຸນາ
ໃຫ້ທ່ານເປີໂຫຂອງຝ່າຍບໍ່ນີ້ການຮະມາຊີງ/ລູກຄ້າໃນທັນທີເປີໂຫວະນັບຢູ່ດ້ານຫຼັງບັດຮະມາຊີງ Blue Shield ຂອງທ່ານ,
ຫຼືໃຫ້ໄປທ່ານເປີ(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 mai-pababasa 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 հիմնության (ID) սումսի վրա նշված կամ 1-866-346-7198 համարով: Լրացուցիչ օգնության համար 1-800-927-4357 համարով զանգահարեք Կալիֆորնիայի Ապահովագրության Բաժանմունքը: 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 مجاني مرتبط 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 تا این شماره 1-800-927-4357 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 ਦੁਭਾਸੀਏ ਦੀਆਂ ਸੇਵਾਵਾਂ ਹਾਮਲ 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 ਆਫ਼ ਇਨਸੋਰੇਸ਼ਨ ਨੂੰ 1-800-927-4357 'ਤੇ ਫੋਨ ਕਰੋ। Punjabi

ਪੰਜਾਬੀ ਭਾਸ਼ਾ ਸੇਵਾਵਾਂ: ਤੁਸੀਂ ਦੁਭਾਸੀਏ ਦੀਆਂ ਸੇਵਾਵਾਂ ਹਾਮਲ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ ਅਤੇ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ਾਂ ਨੂੰ ਪੰਜਾਬੀ ਵਿੱਚ ਸੁਣ ਸਕਦੇ ਹੋ। ਕੁਝ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ ਸੁਖਤੁਰਸ਼੍ਟੁ ਮਾਂ ਯੇਕ ਲੜ੍ਹੀ ਲਈ ਬੱਣਾਉਣ ਵਾਲੇ ਮਾਮੂਲੀ ਨੰਬਰ 1-866-346-7198 ਅਤੇ ਸੁਖਤੁਰਸ਼੍ਟੁ ਮਾਮੂਲੀ ਨੰਬਰ 1-800-927-4357 Khmer

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

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

บริการทางภาษาอังกฤษไม่เสียค่าใช้จ่าย คุณสามารถรับบริการจากล่าม รามถึงให้เจ้าหน้าที่อ่านเอกสารให้คุณฟัง หรือส่งเอกสารบางส่วนในภาษาของคุณไปหาคุณได้ หากต้องการความช่วยเหลือ

กรุณาโทรทัศพ์ตามหมายเลขที่ระบุอยู่ด้านหลังบัตรประจำตัวของคุณ หรือ ที่หมายเลข 1-866-346-7198 หากต้องการความช่วยเหลือเพิ่มเติม โปรดโทรมาที่ กรมการประกันภัยแห่งมูลรัฐแคลิฟอร์เนียที่หมายเลข 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 báah ilínígó saad bee yát'i' bee aná'áwo'. Díí shá ata'halne'dooígí hólqodoo nínízingo éí bíighah. Naaltsoos naanináhájehígí shich'i' yídooltah éí doodagó la' shich'i' ádoolníl nínízingo bíighah. Shíká a'dooowł nínízingo nihich'i' béésh bee hodílnih dóó námboo éí díí ninaaltsoos dootl'ízhígí bee néího'dílzinígí bine'déé' bikáá' éí doodagó éí (866)346-7198jí' hodílnih. Hózhó shíká anáá'dooowł nínízingo éí díí béeso ách'qah naa'nil bił haz'áqají' 1-800-927-4357jí' hodílnih. Navajo

ບໍລິການຕະບົບພາສາໄດ້ລັບໜະລຳ. ທ່ານຮາມາດຂໍ້ອິ້ນຟູ້ຕະບົບພາສາໄດ້. ທ່ານຮາມາດຂໍ້ໃຫ້ອ່ານເອກະສານໃຫ້ທ່ານຟັງ ເວເະ ສົ່ງເອກະສານບາງຢ່າງທີ່ເປັນພາສາຂອງທ່ານ. ສໍາວັບຄວາມຈ່ວຍເຫຼືອ, ໄຫ້ທ່າພວກເຮົາຕາມເປີໂທນະຫັບທີ່ມີ ໃນບັດປະຈຳຕົວຂອງທ່ານ ຫຼື ໂທທາເປີ 1-866-346-7198. ສໍາວັບຄວາມຈ່ວຍເຫຼືອແມ່ນຕົ້ນໂທທາ ພະແນກ ປະກັນໄຟຂອງ ນັດຄາວີຟ່າລັດທີ່ເປີ 1-800-927-4357. Laotian