진료 연속성 서비스 신청서

Blue Shield of California는 Blue Shield of California 플랜의 신규 및 현 가입자들에게 진료 연속성 서비스를 제공합니다. 2018년 1월 1일부터 Blue Shield 개인 및 가족 플랜(IFP, Individual and Family Plan)의 신규 가입자에게 적용되는 이용 자격 제한사항이 있습니다. Blue Shield 가입자 ID 카드에 있는 고객 관리 부서 번호로 전화하여 더 많은 정보를 얻을 수 있습니다.

초기 기준은 다음을 충족해야 합니다.

- **현 Blue Shield 가입자** – 현재 진료 서비스를 받고 있으며, 의료진이 더는 해당 플랜의 네트워크에 속하지 않는 경우.

  귀하가 현 Blue Shield 가입자이고, Blue Shield 의료진에게서 특정 과정의 치료 서비스를 받고 있으나 해당 의료진이 네트워크에서 제외되는 경우 진료 연속성 서비스를 이용할 자격이 있습니다. 만일 의료 서비스 제공자가 귀하의 보장 발효일 이후 네트워크를 탈퇴했거나, 의료진을 찾는 데 도움이 필요하신 경우 Blue Shield 가입자 ID 카드에 있는 가입자 서비스 부서 번호로 전화해주세요.

- **신규 가입자** – 현재 진료 서비스를 받고 있으며, 이전 의료진이 새로운 건강 플랜을 받아들이지 않는 경우.

  2018년 1월 1일에 발효된 Blue Shield 정책으로 신규 가입한 개인 및 가족 플랜(IFP) 가입자의 경우, 가입자의 이전 의료진이 Blue Shield IFP 네트워크 가맹 의료진이 아니라면 진료 연속성 서비스를 이용할 수 있습니다.

- 모든 임산부 정신 건강 문제

부차적인 기준은 다음을 충족해야 합니다:

- **심각한 질환** – 즉각적 치료가 필요하며 제한된 기간을 가진 질병, 부상, 또는 기타 의학적 문제로 인해 급작스레 발생한 통증과 연관된 건강 상태.
- **예정된 수술/시술** – 귀하의 의료진이 권고하여 문서화하고, 보장 발효일 180일 이내 또는 의료 제공 종료일 이내에 예정되어 있으며 Blue Shield가 계속 진료를 승인한 수술 또는 기타 시술.
- **신생아/유아** – 신생아부터 36개월까지 아동의 일반 소아과 또는 전문의 진료. 발효일/의료 제공 종료일부터 12개월과 아동이 36개월이 되는 날 중 먼저 도래하는 날까지.
- **임신** – 출산 직후 기간을 포함한 임신 기간.
- **심각한 만성 질환** – 질병, 질환, 또는 기타 의학적 문제 또는 심각한 상태. 완전히 치료되지 않고 지속되거나 악화되는 상태로, 차도를 보이거나 악화를 방지하기 위하여 계속적인 치료가 요구되는 질병.
- **말기 질환** – 1년 이내에 사망에 이를 가능성이 있으며 치료나 회복이 불가능한 질환. 해당 말기 질환이 지속되는 동안 보장됩니다.
- **임산부 정신 건강 문제** – 임신 중이나 분만 전후 기간에 있는 여성에게 영향을 주거나 임신 중, 분만 전후 기간, 출산 이후 최대 일 년 사이에 발생할 수 있는 정신 건강 문제.

주의: 본 신청을 진행하기 위하여 다음 정보를 제출해야 합니다. 본 신청을 완료하려면, 상단의 기준을 충족하여야 하며 환자와 의료 제공자에 관한 다음 정보를 제출하여야 합니다:

필요한 서류:

- 치료 의료진이 발행한 초기 상담 기록
- 현재 치료 계획
- 최근 경과 기록물 3회분
- 만일 이전 Kaiser 가입자라면, Kaiser 의료 기록 번호를 제공해주세요
- ICD-10(국제 질병 분류(제10판)) 및 CPT(현행 시술 용어) 코드 전체

주 가입자 정보

주 가입자 이름:		
주소:		
도시:	주:	우편번호:
생년월일:	주 가입자 ID 번호:	
유선전화:	휴대전화:	
고용주 그룹명:		
이전 건강 보험회사명 및 플랜명:		
보장 종료일:		
위에 작성하신 이전 건강 보장 플랜이 더는 제공되지 않습니까? ☐ 예 또는 ☐ 아니요		

환자 정보

가입자 이름(다른 경우):		
주소:		
도시:	주:	우편번호:
생년월일:	주 가입자와의 관계:	
유선전화:	휴대전화:	
이전 건강 보험회사명 및 플랜명:		
보장 종료일:		
위에 작성하신 이전 건강 보장 플랜이 더는 제공되지 않습니까? ☐ 예 또는 ☐ 아니요		

의료 제공자 정보 1

요청 의료 제공자 성명:		NPI:
의료 제공자 주소:		
도시:	주:	우편번호:
의료 제공자 전문 분야:		
의료 제공자 유선전화:	의료 제공자 팩스:	
ICD-10 및/또는 CPT 코드를 포함한 치료 중인 질환/진단:		
최초 의료 제공 시작일:		
최근 진료소 방문/치료일:		
다음 예약/치료일:		

주의 사항: Blue Shield가 귀하 또는 귀하 피부양자의 진료 연속성 서비스를 승인하기 전, Blue Shield는 반드시 해당 치료 의료진으로부터 다음에 동의하기로 서명한 동의서를 받아야 합니다:

1) Blue Shield 표준 가맹 의료진 계약 요금에 동의함
2) Blue Shield 가입자의 표준 코페이/공동 보험료만을 받음
3) Blue Shield 가입자에게 금액 불일치로 발생한 모든 잔액의 청구를 자제함

의료 제공자 정보 2

요청 의료 제공자 성명:		NPI:
의료 제공자 주소:		
도시:	주:	우편번호:
의료 제공자 전문 분야:		
의료 제공자 유선전화:	의료 제공자 팩스:	

ICD-10 및/또는 CPT 코드를 포함한 치료 중인 질환/진단:

최초 의료 제공 시작일:

최근 진료소 방문/치료일:

다음 예약/치료일:

주의 사항: Blue Shield가 귀하 또는 귀하 피부양자의 진료 연속성 서비스를 승인하기 전, Blue Shield는 반드시 해당 치료 의료진으로부터 다음에 동의하기로 서명한 동의서를 받아야 합니다:

1) Blue Shield 표준 가맹 의료진 계약 요금에 동의함
2) Blue Shield 가입자의 표준 코페이/공동 보험료만을 받음
3) Blue Shield 가입자에게 금액 불일치로 발생한 모든 잔액의 청구를 자제함

의료 제공자 정보 3

요청 의료 제공자 성명:		NPI:
의료 제공자 주소:		
도시:	주:	우편번호:
의료 제공자 전문 분야:		
의료 제공자 유선전화:	의료 제공자 팩스:	

ICD-10 및/또는 CPT 코드를 포함한 치료 중인 질환/진단:

최초 의료 제공 시작일:

최근 진료소 방문/치료일:

다음 예약/치료일:

주의 사항: Blue Shield가 귀하 또는 귀하 피부양자의 진료 연속성 서비스를 승인하기 전, Blue Shield는 반드시 해당 치료 의료진으로부터 다음에 동의하기로 서명한 동의서를 받아야 합니다:

1) Blue Shield 표준 가맹 의료진 계약 요금에 동의함
2) Blue Shield 가입자의 표준 코페이/공동 보험료만을 받음
3) Blue Shield 가입자에게 금액 불일치로 발생한 모든 잔액의 청구를 자제함

의료 제공자 정보 4

요청 의료 제공자 성명:		NPI:
의료 제공자 주소:		
도시:	주:	우편번호:
의료 제공자 전문 분야:		
의료 제공자 유선전화:	의료 제공자 팩스:	

ICD-10 및/또는 CPT 코드를 포함한 치료 중인 질환/진단:

최초 의료 제공 시작일:

최근 진료소 방문/치료일:

다음 예약/치료일:

주의 사항: Blue Shield가 귀하 또는 귀하 피부양자의 진료 연속성 서비스를 승인하기 전, Blue Shield는 반드시 해당 치료 의료진으로부터 다음에 동의하기로 서명한 동의서를 받아야 합니다:

1) Blue Shield 표준 가맹 의료진 계약 요금에 동의함
2) Blue Shield 가입자의 표준 코페이/공동 보험료만을 받음
3) Blue Shield 가입자에게 금액 불일치로 발생한 모든 잔액의 청구를 자제함

의료 정보

임신한 경우, 출산 예정일은 언제입니까?

출산 예정 병원 이름:	OB/GYN(산부인과) 이름:
가입자가 현재 입원해있습니까? ☐ 예 또는 ☐ 아니요	병원 이름:

가입자가 현재 가정 건강 관리 또는 호스피스를 받고 있습니까? ☐ 예 또는 ☐ 아니요

가정 건강 관리 제공자 또는 호스피스 이름:

건강 관리 제공자 또는 호스피스 납세 ID:

전화번호:

가입자가 말기 상태입니까? ☐ 예 또는 ☐ 아니요	ICD-10:

고려해야 할 추가 정보

고려해야 할 추가 정보를 전부 작성해주세요.

가입 증명, 허가, 및 서명

나는 이 모든 내용에 대한 진술과 제출한 모든 서류가 내가 알고 믿는 범위에서 진실이며, 정확하고, 완전함을 증명합니다. 나는 이로써 의사, 의료 시설 및 기타 건강 관리 서비스 제공자, 보험사, 병원, 또는 의료 서비스 플랜이 환자가 수령한 질병 관련 정보 전체를 Blue Shield 또는 대리인 또는 직원에게 언제든 제공할 수 있도록 허가합니다. 본 정보는 본 신청을 처리하고 평가하기 위해 수집됩니다.

응답 가입자 이름:

가입자 서명 서명일

연락 가능한 전화번호:

본 양식을 우편으로 제출하려면:	**본 양식을 팩스로 발송하려면:**
Blue Shield of California **Attn: Continuity of Care Team** **P.O. Box 629005** **El Dorado Hills, CA 95762**	**(855) 895-3506**

본 팩스 전송에는 권한이 지정되고 보호받는 매우 기밀성이 높은 의료, 개인 및 건강 정보(PHI) 및/또는 법적 정보가 포함될 수 있습니다. 본 정보는 상기에 명시된 개인 또는 단체만 사용할 수 있습니다.

만일 본 자료의 지정된 수신인이 아닌 경우, 이를 사용, 출판, 논의, 전파 또는 배포할 수 없습니다. 만일 본 자료의 지정된 수신인이 아니거나, 전송 오류로 인해 수신한 경우, 발송인에게 즉시 알리고 오류로 전송된 본 정보를 **안전하게** 파기해주세요.

기밀을 적절히 관리하도록 도움을 주셔서 감사합니다.

개정일: 2020년 9월 발효일: 2018년 1월

Blue Shield of California is an independent member of the Blue Shield Association C13095-MEM-FF-KO (8/20)

Blue Shield of California

개인 가입자를 위한 차별 금지 및 접근성 요구 사항 안내

차별은 법에 위반됩니다

Blue Shield of California는 해당 주 및 연방 인권법을 준수하며 인종, 피부색, 출신 국가, 혈통, 종교, 성별, 결혼 상태, 젠더, 젠더 정체성, 성적 지향, 나이, 장애에 기반을 둔 차별을 하지 않습니다. Blue Shield of California는 인종, 피부색, 출신 국가, 혈통, 종교, 성별, 결혼 상태, 젠더, 젠더 정체성, 성적 지향, 나이, 장애를 이유로 사람을 배제하거나 다르게 대우하지 않습니다.

Blue Shield of California:

- 당사와 효과적인 의사소통을 위하여 장애가 있는 분들에게 무료로 다음과 같은 도움과 서비스를 제공합니다.
  - 공인 수화 통역사
  - 다양한 형식으로 작성된 정보(큰 활자, 음성, 접근 가능한 전자 형식 및 기타 형식 포함)
- 주 언어가 영어가 아닌 분들을 위하여 무료로 다음과 같은 언어 서비스를 제공합니다.
  - 공인 통역사
  - 다른 언어로 작성된 정보

이러한 서비스가 필요하시면, Blue Shield of California 인권 코디네이터에게 연락해주십시오.

Blue Shield of California가 이러한 서비스를 제공하지 못하거나, 인종, 피부색, 출신 국가, 혈통, 종교, 성별, 결혼 상태, 젠더, 젠더 정체성, 성적 지향, 나이, 장애에 근거한 차별을 한다고 생각하시면, 다음으로 불만을 제기하실 수 있습니다.

Blue Shield of California
Civil Rights Coordinator
P.O. Box 629007
El Dorado Hills, CA 95762-9007
전화: (844) 831-4133 (TTY: 711)
팩스: (844) 696-6070
이메일: BlueShieldCivilRightsCoordinator@blueshieldca.com

직접 불만을 제기할 수 있으며, 서신, 팩스 또는 이메일로도 가능합니다. 불만 제기에 도움이 필요하시면, 저희 인권 코디네이터가 도와드리겠습니다. 또한, U.S. Department of Health and Human Services(미국 연방 보건복지부) 인권 사무소에 인권 사무소 불만 포털 **https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf**를 통하여 전자 형식으로 인권 불만을 제기하실 수 있습니다. 또한, 서신이나 전화를 이용하실 경우는 다음 정보를 이용하십시오.

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

불만 신고 양식은 **www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html** 에서 이용 가능합니다.

Blue Shield of California is an independent member of the Blue Shield Association A20275-KO (12/19)

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。如需免费幫助，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 naaltsoosísh yíiníłta'go bíníghah? Doo bíníghahgóó éí, naaltsoos nich'į' yiidóołtahígíí ła' nihee hóló. Díí naaltsoos ałdó' t'áá Diné k'ehjí ádoolníił nínízingo bíighah. Doo bąąh ílínígó shíká' adoowoł nínízingó nihich'į' béésh bee hodíilnih dóó námboo éí díí Blue Shield bee néího'dílzinígí bine'déé' bikáá' éí doodagó éí (866) 346-7198 jį' hodíilnih. (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 اختیارتان 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 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 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। ਮੁਫ਼ਤ ਵਿਚ ਮਦਦ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰਨ ਲਈ ਤੁਹਾਡੇ Blue Shield ID ਕਾਰਡ ਦੇ ਪਿੱਛੇ ਦਿੱਤੇ ਮੈਂਬਰ/ਕਸਟਮਰ ਸਰਵਿਸ ਟੈਲੀਫ਼ੋਨ ਨੰਬਰ ਤੇ, ਜਾਂ (866) 346-7198 ਤੇ ਕਾੱਲ ਕਰੋ। (Punjabi)

ប្រការសំខាន់ៈ 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 346-7198 (866).(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 โปรดขอความช่วยจากผู้อ่านได้ 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। नि:शुल्क मदद प्राप्त करने के लिए अपने Blue Shield ID कार्ड के पीछे दिए गये मेंबर/कस्टमर सर्विस टेलीफोन नंबर, या (866) 346-7198 पर कॉल करें। (Hindi)

ສິ່ງສຳຄັນ: ທ່ານສາມາດອ່ານຈົດໝາຍນີ້ໄດ້ບໍ? 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

ਮੁਫ਼ਤ ਭਾਸ਼ਾ ਸੇਵਾਵਾਂ: ਤੁਸੀਂ ਦੁਭਾਸ਼ੀਏ 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 ਫ਼ੋਨ ਕਰੋ। ਵਧੇਰੇ ਮਦਦ ਲਈ ਕੈਲੀਫ਼ੋਰਨੀਆ ਡਿਪਾਰਟਮੈਂਟ ਆਫ਼ ਇਨਸ਼ੋਰੈਂਸ ਨੂੰ 1-800-927-4357 'ਤੇ ਫ਼ੋਨ ਕਰੋ। Punjabi

សេវាកម្មភាសាឥតគិតថ្លៃ។ អ្នកអាចទទួលបានអ្នកបកប្រែភាសា និងអានឯកសារជូនអ្នកជា ភាសាខ្មែរ ។ សម្រាប់ជំនួយ សូមទូរស័ព្ទមកយើងខ្ញុំតាមលេខដែលមានបង្ហាញលើប័ណ្ណសំគាល់ខ្លួនរបស់អ្នក 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 คุณสามารถรับบริการจากล่าม 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 hóló̱o̱doo nínízingo éí bíighah. Naaltsoos naaniná́hájeehígí shich'į' yíidooltah éí doodagó ła' shich'į' ádoolníił nínízingo bíighah. Shíká a'doowoł nínízingo nihich'į' béésh bee hodíilnih dóó námboo éí díí ninaaltsoos dootł'ízhígí bee néího'dílzinígí bine'déé' bikáá' éí doodagó éí (866)346-7198jį' hodíilnih. Hózhó shíká aná́á'doowoł nínízingo éí díí béeso ách'a̱a̱h naa'nil bił haz'á̱a̱jį' 1-800-927-4357jį' hodíilnih. Navajo

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