

Yêu cầu Dịch vụ Chăm sóc Liên tục

Blue Shield of California cung cấp dịch vụ chăm sóc liên tục cho các thành viên mới và thành viên hiện có của chương trình Blue Shield of California. Kể từ ngày 1 tháng 1 năm 2018, có một số giới hạn áp dụng cho những thành viên đăng ký mới của Chương trình Bảo hiểm Cá nhân và Gia đình (IFP, Individual and Family Plan) của Blue Shield. Quý vị có thể liên hệ bộ phận Dịch vụ Thành viên hoặc số điện thoại Chăm sóc Khách hàng trên thẻ ID thành viên Blue Shield để biết thêm thông tin.

Tiêu chí đầu tiên phải đáp ứng:

- **Hiện đang là thành viên của Blue Shield** – Hiện tại quý vị đang được nhận dịch vụ chăm sóc và nhà cung cấp của quý vị không còn thuộc mạng lưới của chương trình.

Nếu quý vị hiện đang là thành viên của Blue Shield, quý vị sẽ đủ điều kiện nhận dịch vụ chăm sóc liên tục khi quý vị đang nhận các dịch vụ cho một đợt điều trị cụ thể từ một nhà cung cấp thuộc Blue Shield, và nhà cung cấp đó rời khỏi mạng lưới. Nếu nhà cung cấp của quý vị đã rời khỏi mạng lưới sau ngày bảo hiểm của quý vị có hiệu lực hoặc quý vị cần hỗ trợ để tìm nhà cung cấp, vui gọi số điện thoại Dịch vụ Thành viên trên thẻ ID thành viên Blue Shield.

- **Thành viên mới đăng ký** – Quý vị hiện đang nhận dịch vụ chăm sóc và nhà cung cấp trước đây của quý vị không chấp nhận chương trình bảo hiểm sức khỏe mới của quý vị.

Các thành viên của Chương trình Bảo hiểm Cá nhân và Gia đình (IFP) mới đăng ký theo các đơn bảo hiểm Blue Shield có hiệu lực kể từ ngày 1 tháng 1 năm 2018 có thể sẽ đủ điều kiện nhận các dịch vụ chăm sóc liên tục khi nhà cung cấp trước đây không còn nằm trong mạng lưới Blue Shield IFP.

- Mọi tình trạng Sức khỏe Tâm thần của Bà mẹ

Tiêu chí phụ phải đáp ứng:

- **Bệnh cấp tính** – Tình trạng y tế có liên quan đến đợt ngộ xuất hiện các triệu chứng do bệnh tật, tổn thương, hoặc các vấn đề y tế khác đòi hỏi phải kịp thời chăm sóc y tế và có thời gian giới hạn.
- **Phẫu thuật/thủ thuật theo kế hoạch** – Phẫu thuật hoặc thủ thuật khác được đề xuất và ghi nhận bởi nhà cung cấp của quý vị và được lên lịch thực hiện trong vòng 180 ngày kể từ ngày có bảo hiểm của quý vị có hiệu lực hoặc kể từ ngày chấm dứt hợp đồng của nhà cung cấp, và được Blue Shield cho phép tiếp tục chăm sóc.
- **Trẻ sơ sinh/trẻ nhỏ** – Trẻ sơ sinh đến dưới 36 tháng tuổi, khám tổng quát nhi khoa hoặc chăm sóc chuyên gia cho đến thời điểm sớm hơn giữa 12 tháng kể từ ngày có hiệu lực/ngày chấm dứt hợp đồng của nhà cung cấp, hoặc ngày trẻ tròn 36 tháng tuổi.
- **Thai nghén** – Thời gian mang thai và chăm sóc sau khi sinh nở.
- **Bệnh mãn tính nghiêm trọng** – Tình trạng y tế do bệnh tật, ốm đau, các vấn đề y tế hoặc rối loạn y tế nghiêm trọng về tính chất và vẫn tiếp tục tồn tại mà không được chữa khỏi hoàn toàn hoặc nặng hơn theo thời gian hoặc đòi hỏi phải liên tục điều trị giúp thuyên giảm hoặc tránh chuyển biến xấu.
- **Bệnh ở giai đoạn cuối** – Tình trạng bệnh không thể chữa khỏi hoặc không thể đảo ngược có khả năng gây tử vong trong vòng một năm hoặc ít hơn. Bệnh ở giai đoạn cuối được bảo hiểm trong toàn bộ giai đoạn cuối.
- **Tình trạng Sức khỏe Tâm thần của Bà mẹ** – Tình trạng sức khỏe tâm thần có thể ảnh hưởng đến phụ nữ trước, trong hay sau thời kỳ mang thai, hoặc phát sinh trước, trong hay sau thời kỳ mang thai, lên đến một năm sau khi sinh.

Chú ý: Các thông tin sau đây phải được cung cấp để xử lý đơn yêu cầu này. Để đơn yêu cầu được xem xét đầy đủ, các tiêu chí trên phải được đáp ứng và yêu cầu phải bao gồm thông tin cụ thể về bệnh nhân và các nhà cung cấp như sau:

Tài liệu cần thiết:

- Báo cáo tham vấn sơ bộ từ (các) nhà cung cấp dịch vụ điều trị
- Kế hoạch điều trị hiện tại
- 3 hồ sơ ghi chép tiến triển gần nhất
- Nếu quý vị từng là thành viên của Kaiser, vui lòng cung cấp Số Hồ sơ Y tế của Kaiser
- Tất cả mã ICD-10 (Phân loại Quốc tế về Bệnh tật (ấn bản thứ 10)) và CPT (Thuật ngữ Thủ thuật Hiện hành)

Thông tin Người đăng ký

Tên của Người đăng ký:

Địa chỉ:

Thành phố:

Tiểu bang:

Mã ZIP:

Ngày sinh:

Số ID Người đăng ký:

Số điện thoại nhà riêng:

Số điện thoại di động:

Tên nhóm chủ lao động:

Tên của công ty và chương trình bảo hiểm sức khỏe trước đây:

Ngày bảo hiểm kết thúc:

Chương trình bảo hiểm sức khỏe trước đây mà quý vị nhắc đến ở trên hiện không còn được cung cấp phải không? Có hoặc Không

Thông tin bệnh nhân

Tên của thành viên (nếu khác):

Địa chỉ:

Thành phố:

Tiểu bang:

Mã ZIP:

Ngày sinh:

Mối quan hệ với Người đăng ký:

Số điện thoại nhà riêng:

Số điện thoại di động:

Tên của công ty và chương trình bảo hiểm sức khỏe trước đây:

Ngày bảo hiểm kết thúc:

Chương trình bảo hiểm sức khỏe trước đây mà quý vị nhắc đến ở trên hiện không còn được cung cấp phải không? Có hoặc Không

Thông tin Nhà cung cấp 1

Họ và tên Nhà cung cấp được yêu cầu:

NPI:

Địa chỉ Nhà cung cấp:

Thành phố:

Tiểu bang:

Mã ZIP:

Chuyên môn của Nhà cung cấp:

Số điện thoại của Nhà cung cấp:

Số fax của Nhà cung cấp:

Tình trạng bệnh lý/chẩn đoán đang được điều trị, bao gồm mã ICD-10 và/hoặc mã CPT:

Ngày bắt đầu đầu tiên với Nhà cung cấp:

Ngày cuối cùng khám/điều trị tại văn phòng:

Ngày hẹn khám/điều trị tiếp theo:

Xin lưu ý: Trước khi Blue Shield phê duyệt chăm sóc liên tục cho quý vị hoặc người phụ thuộc của quý vị, Blue Shield phải nhận được bản thỏa thuận có chữ ký của nhà cung cấp dịch vụ điều trị, đồng ý về việc:

- 1) Chấp nhận mức giá tiêu chuẩn đã ký kết với nhà cung cấp tham gia mạng lưới của Blue Shield
- 2) Chỉ thu các khoản đồng chi trả/đồng bảo hiểm từ thành viên của Blue Shield
- 3) Không ghi hóa đơn số dư cho thành viên của Blue Shield đối với mọi khoản tiền phát sinh từ các bất đồng về tài chính

Thông tin Nhà cung cấp 2

Họ và tên Nhà cung cấp được yêu cầu:		NPI:
Địa chỉ Nhà cung cấp:		
Thành phố:	Tiểu bang:	Mã ZIP:
Chuyên môn của Nhà cung cấp:		
Số điện thoại của Nhà cung cấp:	Số fax của Nhà cung cấp:	
Tình trạng bệnh lý/chẩn đoán đang được điều trị, bao gồm mã ICD-10 và/hoặc mã CPT:		

Ngày bắt đầu đầu tiên với Nhà cung cấp:

Ngày cuối cùng khám/điều trị tại văn phòng:

Ngày hẹn khám/điều trị tiếp theo:

Xin lưu ý: Trước khi Blue Shield phê duyệt chăm sóc liên tục cho quý vị hoặc người phụ thuộc của quý vị, Blue Shield phải nhận được bản thỏa thuận có chữ ký của nhà cung cấp dịch vụ điều trị, đồng ý về việc:

- 1) Chấp nhận mức giá tiêu chuẩn đã ký kết với nhà cung cấp tham gia mạng lưới của Blue Shield
- 2) Chỉ thu các khoản đồng chi trả/đồng bảo hiểm từ thành viên của Blue Shield
- 3) Không ghi hóa đơn số dư cho thành viên của Blue Shield đối với mọi khoản tiền phát sinh từ các bất đồng về tài chính

Thông tin Nhà cung cấp 3

Họ và tên Nhà cung cấp được yêu cầu:		NPI:
Địa chỉ Nhà cung cấp:		
Thành phố:	Tiểu bang:	Mã ZIP:
Chuyên môn của Nhà cung cấp:		
Số điện thoại của Nhà cung cấp:	Số fax của Nhà cung cấp:	
Tình trạng bệnh lý/chẩn đoán đang được điều trị, bao gồm mã ICD-10 và/hoặc mã CPT:		

Ngày bắt đầu đầu tiên với Nhà cung cấp:

Ngày cuối cùng khám/điều trị tại văn phòng:

Ngày hẹn khám/điều trị tiếp theo:

Xin lưu ý: Trước khi Blue Shield phê duyệt chăm sóc liên tục cho quý vị hoặc người phụ thuộc của quý vị, Blue Shield phải nhận được bản thỏa thuận có chữ ký của nhà cung cấp dịch vụ điều trị, đồng ý về việc:

- 1) Chấp nhận mức giá tiêu chuẩn đã ký kết với nhà cung cấp tham gia mạng lưới của Blue Shield
- 2) Chỉ thu các khoản đồng chi trả/đồng bảo hiểm từ thành viên của Blue Shield
- 3) Không ghi hóa đơn số dư cho thành viên của Blue Shield đối với mọi khoản tiền phát sinh từ các bất đồng về tài chính

Thông tin Nhà cung cấp 4

Họ và tên Nhà cung cấp được yêu cầu:		NPI:
Địa chỉ Nhà cung cấp:		
Thành phố:	Tiểu bang:	Mã ZIP:
Chuyên môn của Nhà cung cấp:		
Số điện thoại của Nhà cung cấp:	Số fax của Nhà cung cấp:	
Tình trạng bệnh lý/chẩn đoán đang được điều trị, bao gồm mã ICD-10 và/hoặc mã CPT:		

Ngày bắt đầu đầu tiên với Nhà cung cấp:
Ngày cuối cùng khám/điều trị tại văn phòng:
Ngày hẹn khám/điều trị tiếp theo:

Xin lưu ý: Trước khi Blue Shield phê duyệt chăm sóc liên tục cho quý vị hoặc người phụ thuộc của quý vị, Blue Shield phải nhận được bản thỏa thuận có chữ ký của nhà cung cấp dịch vụ điều trị, đồng ý về việc:

- 1) Chấp nhận mức giá tiêu chuẩn đã ký kết với nhà cung cấp tham gia mạng lưới của Blue Shield
- 2) Chỉ thu các khoản đồng chi trả/đồng bảo hiểm từ thành viên của Blue Shield
- 3) Không ghi hóa đơn số dư cho thành viên của Blue Shield đối với mọi khoản tiền phát sinh từ các bất đồng về tài chính

Thông tin y tế

Nếu mang thai, ngày dự sinh là ngày bao nhiêu?	
Tên Bệnh viện phụ sản:	Tên của OB/GYN (Khoan sản/Phụ khoa):
Thành viên hiện có đang nằm viện hay không? <input type="checkbox"/> Có hoặc <input type="checkbox"/> Không	Tên bệnh viện:
Thành viên hiện có đang được chăm sóc sức khỏe tại nhà hoặc tại viện điều dưỡng hay không? <input type="checkbox"/> Có hoặc <input type="checkbox"/> Không	
Tên Nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc y tế hoặc viện điều dưỡng:	
Mã số Thuế nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc y tế hoặc viện điều dưỡng:	
Số điện thoại:	
Thành viên có mắc bệnh ở giai đoạn cuối hay không? <input type="checkbox"/> Có hoặc <input type="checkbox"/> Không	ICD-10:

Thông tin bổ sung cần được xem xét

Xin vui lòng liệt kê bất kỳ thông tin bổ sung nào cần được xem xét:

Xác nhận, Ủy quyền và Chữ ký của Thành viên

Theo hiểu biết và sự tin tưởng của mình, tôi xác nhận rằng tất cả lời khai trên đây và tất cả tài liệu đi kèm là đúng, chính xác và đầy đủ. Bằng văn bản này, tôi ủy quyền cho bác sĩ, cơ sở chăm sóc y tế và nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc y tế khác, hãng bảo hiểm, bệnh viện hoặc chương trình dịch vụ y tế cung cấp cho Blue Shield, hoặc các đại lý hoặc nhân viên của Blue Shield tất cả thông tin liên quan đến bệnh tật mà bệnh nhân này đã được nhận vào bất kỳ thời điểm nào. Thông tin này được thu thập để đánh giá và xử lý yêu cầu này.

Tên của thành viên trả lời:

Chữ ký của thành viên

Ngày ký

Số điện thoại mà chúng tôi có thể liên hệ với quý vị:

Gửi lại mẫu đơn này qua đường bưu điện tới địa chỉ:
Blue Shield of California
Attn: Continuity of Care Team
P.O. Box 629005
El Dorado Hills, CA 95762

Gửi mẫu đơn này qua đường fax tới:
(855) 895-3506

Việc gửi fax có thể bao gồm các thông tin y tế tuyệt mật, được bảo vệ và ưu tiên, Thông tin Cá nhân hoặc Thông tin Sức khỏe (PHI) và/hoặc thông tin pháp lý. Các thông tin chỉ nhằm mục đích sử dụng của cá nhân hay tổ chức có tên ở trên.

Nếu quý vị không phải là người chỉ định nhận tài liệu này, quý vị không được phép sử dụng, xuất bản, thảo luận, phổ biến, hoặc phân phối tài liệu này. Nếu quý vị không phải là người nhận chỉ định hoặc nếu quý vị nhận được tài liệu này do sai sót, xin vui lòng thông báo cho người gửi ngay lập tức và **bí mật** hủy bỏ các thông tin gửi nhầm qua fax.

Cảm ơn sự giúp đỡ của quý vị trong việc duy trì tính bảo mật thích hợp.

Đã sửa đổi: 9/2020

Ngày hiệu lực: 01/2018

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

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.

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 bíniǰhah? Doo bíniǰhahgóó éí, naaltsoos nich'í' yiidóoltaǰíí ła' nihee hółó. Díí naaltsoos áldó' t'áá Diné k'ehjí ádoolníí' nínízingo bíǰhah. Doo ɓaąh ílínígó shíká' adoowoł nínízingó nihich'í' béésh bee hodílnih dóó námboo éí díí Blue Shield bee néího' díłzinígí bine'déé' 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 បានដើរឬទេ? 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 hólíqódoo 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'ááh naa'nil bíł haz'áají' 1-800-927-4357jí' hodílnih. Navajo

ບໍລິການແປພາສາໂດຍບໍ່ເສຍຄ່າ. ທ່ານສາມາດຂໍເອົາຜູ້ແປພາສາໄດ້. ທ່ານສາມາດຂໍໃຫ້ອ່ານເອກະສານໃຫ້ທ່ານຟັງ ແລະ ສົ່ງເອກະສານບາງຢ່າງທີ່ເປັນພາສາຂອງທ່ານ. ສໍາລັບຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອ, ໃຫ້ໂທຫາພວກເຮົາຕາມເບີໂທລະສັບທີ່ມີ ໃນບັດປະຈໍາຕົວຂອງທ່ານ ຫຼື ໂທຫາເບີ 1-866-346-7198. ສໍາລັບຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອເພີ່ມເຕີມໂທຫາ ພະແນກ ປະກັນໄພຂອງ ລັດຄາລິຟໍເນຍໄດ້ທີ່ເບີ 1-800-927-4357. Laotian