

<Date>
<Member #> تعريـ ID العضو:
<RxID> :Rx ID
E0001002 :Rx GRP
004336 :Rx BIN
77993322 :Rx PCN <sub_full_name>
<sub_addr_line_one>
<sub_addr_line_two>
<sub_addr_city>, <sub_addr_state> <sub_addr_zip>

تنبيه مهم: لقد اشتركت في خطة جديدة لبرنامج Medicare وخدمات Medi-Cal. احتفظ بهذا الخطاب بوصفه دليلاً على تغطيتك.

<Name>

مرحباً بك في (Medicare-Medicaid Plan) Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan!

بدءاً من <effective date>، ستحصل على خطة Cal MediConnect الصحية المخصصة لتوفير رعاية انسيابية عالية الجودة دون أي تكاليف إضافية. Blue Shield of California Promise Health Plan عبارة عن خطة رعاية صحية بالتعاقد مع برنامج Medicare وبرنامج Medi-Cal لتوفير رمزايا كلا البرنامجين للمشاركين.

تشمل تغطيتك الجديدة:

- رمزايا Medicare لك، بما في ذلك الوصفات الطبية للعقاقير
- رمزايا Medi-Cal لك، بما في ذلك الخدمات والدعم طويل الأجل (LTSS) التي تساعدك على الوفاء باحتياجاتك المستمرة من الرعاية الشخصية. وتشمل لبرنامج LTSS برنامج Multipurpose Senior Services Program (MSSP)، برنامج الخدمات متعددة الأغراض لكبار السن) وخدمات (Community-Based Adult Services (CBAS)، الخدمات المجتمعية للبالغين)، وهي خدمات بإمكانها أن تساعدك في البقاء بالمنزل لأطول فترة ممكنة. وتشمل أيضاً رعاية التمريض المنزلي إذا احتجت لها.
- اختيارك للأطباء ومقدمي الخدمات الآخرين في نطاق شبكتنا والذين يعملون معاً لتوفير الرعاية التي تحتاجها.
- المزايا والخدمات الإضافية؛ مثلاً رعاية النظ وخدمات التنفّ لو مستكشف الرعاية والخدمات المشمولة الأخرى؛ مثل المعينات السمعية وعضوية النادي الصحي ودروس اللياقة البدنية وإعانات الأدوية التي تُصرف دون وصفة طبية وتغطية الرعاية الطارئة في جميع أنحاء العالم وغيرها.
- المعدات الطبية المستديمة؛ مثل العكازات أو المشايات أو الكراسي المتحركة.

H0148_20_205_ARA_CMC Approved 09182020

بعد هذا الخطاب دليلًا على تغطيتك الجديدة. أحضر هذا الخطاب معك إلى الصيدلية أو في الزيارة المكتبية إلى أن تحصل منا على بطاقة تعريـد فعضويتك. إذا كان لديك أي أسئلة، اتصل بخدمة العملاء لـ Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan على رقم (855) 905-3825 (TTY: 711)، من الساعة 8:00 صباحًا حتى 8:00 مساءً، سبعة أيام في الأسبوع.

ماذا سيحدث بعد ذلك؟

يمكنك أن تبدأ في استخدام شبكة مقدمي الرعاية الأولية والصيدليات الخاصة بـ Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan لتحصل على خدمات الرعاية الصحية والعقاقير التي تُصرف بوصفة طبية اعتبارًا من **<effective date>**. إذا احتجت إلى الرعاية الطارئة أو الملحة، أو خدمات غسيل الكلى خارج نطاق شبكتنا، يمكنك استخدام مقدمي الخدمات من خارج شبكة Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan.

للمساعدة في الانتقال إلى خطة Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan، يمكنك الاستمرار في تلقي الرعاية من الأطباء الذين تتردد عليهم لمدة أقصاها اثني عشر (12) شهرًا من تاريخ سريان اشتراكك بخطة Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan. اتصل بخدمة العملاء لبرنامج Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan على رقم الهاتف (855) 905-3825 (TTY: 711) لتحصل على المعلومات بشأن كيفية القيام بذلك.

يمكنك أيضًا الحصول على حصة من العقاقير التي تُصرف بموجب وصفة طبية والتي تتلقاها حاليًا تكفي لمدة 30 يومًا والتي ليست مدرجة في قائمة العقاقير المشمولة، وذلك على مدار أول 90 يومًا في الخطة، إذا كانت قواعد الخطة الصحية لا تتيح لك الحصول على الكمية التي حددها طبيبك، أو إذا كان الحصول على العقار يتطلب موافقة مسبقة من Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan.

تشمل حزمة الأعضاء الجدد ما يلي:

- قائمة بالعقاقير المشمولة (كتيب الوصفات) تعليمات الحصول على المزيد من المعلومات بشأن العقاقير المدرجة في قائمة العقاقير المشمولة.
- دليل مقدمي الخدمات والصيدليات تعليمات الحصول على المزيد من المعلومات بشأن مقدمي الخدمات والصيدليات في شبكتنا.
- كتيب الأعضاء (إثبات التغطية)

قبل **<enrollment effective date>**، سنتلقى بطاقة تعريف العضوية.

تتوفر دائمًا نسخة حديثة من كتيب الأعضاء (إثبات التغطية) على موقعنا الإلكتروني على www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect. يمكنك أيضًا الاتصال برعاية العملاء على هاتف (855) 905-3825 لتطلب منا إرسال كتيب الأعضاء لك بالبريد.

ما مقدار ما يجب أن أدفعه نظير خطة Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan؟

لن تضطر إلى دفع قيمة اشتراك متميز في الخطة، ولن تُخصم مبالغ من راتبك، ولن تدفع مدفوعات مشتركة عند الحصول على الخدمات الصحية من خلال مقدم الخدمة التابع لـ Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan.

ما مقدار ما أدفعه نظير العقاقير التي تُصرف بوصفة طبية؟

عند استلام العقاقير التي تُصرف بوصفة طبية من الصيدلية التابعة لشبكتنا، لن تدفع ما يزيد عن **\$3.70** في كل مرة تحصل فيها على عقار مكافئ ومشمول في خطة Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan، ولن تدفع ما يزيد عن **\$9.20** في كل مرة تحصل فيها على عقار ذي اسم تجاري ومشمول في خطة Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan. قد تتفاوت المدفوعات المشتركة للعقاقير الموصوفة على أساس Extra Help (المساعدة الإضافية) التي تحصل عليها. يرجى الاتصال بـ Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan لمزيد من المعلومات.

كيف يمكنني اختيار مقدم الرعاية الأولية؟

لاختيار مقدم الرعاية الأولية (PCP)، يمكنك مراجعة دليل مقدمي الخدمات والصيدليات التابعة لـ Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan على موقعنا الإلكتروني www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect أو الاتصال

برعاية العملاء لطلب المساعدة.

ستحصل على الرعاية المعتادة أو الأساسية من مقدم الرعاية الأولية (PCP) المسؤول عنك. كما ينسق مقدم الرعاية الأولية (PCP) المسؤول عنك بقية الخدمات المشمولة التي تحتاجها.

يكون مقدمو الرعاية الأولية (PCPs) في خطتنا تابعين لمجموعات طبية معينة. عند اختيارك لمقدم الرعاية الأولية (PCP)، فإنك تختار أيضًا المجموعة الطبية التي يتبع لها. وذلك يعني أن مقدم الرعاية الأولية (PCP) سيحيلك للاختصاصيين ومقدمي الخدمات التابعين لنفس مجموعته الطبية. ومن ثم، إذا كان هناك أحد الاختصاصيين أو إحدى المستشفيات التابعة لـ Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan الذي ترغب في استخدام خدماتهم، من الضروري أن تتأكد من أنهم تابعون للمجموعة الطبية التي يتبع لها مقدم الخدمة الأولية (PCP).

عندما تحتاج إلى الرعاية المتخصصة أو الخدمات الأخرى التي لا يستطيع مقدم الخدمة الأولية (PCP) تقديمها لك، فإنه يتولى إحالتك. في معظم الأحوال، يجب أن ترى مقدم الخدمة الأولية (PCP) المسؤول عن إحالتك قبل أن تقابل مقدمي الخدمات الآخرين أو زيارة اختصاصي. عند موافقة المجموعة الطبية لمقدم الخدمة الأولية (PCP) على إحالتك، يمكنك حجز موعد مع الاختصاصي أو مقدمي الرعاية الآخرين للحصول على العلاج الذي تحتاجه. وأبلغ مقدم الخدمة الأولية (PCP) المسؤول عنك عند إكمالك العلاج أو الخدمة حتى يستأنف متابعة رعايتك.

وكذلك، يجب على مقدم الخدمة الأولية (PCP) المسؤول عنك أن يحصل على الموافقة مسبقًا من الخطة لكي تحصل على خدمات معينة. ويُطلق على هذه الموافقة المسبقة "التصريح المسبق". فعلى سبيل المثال، يكون التصريح المسبق مطلوبًا لجميع حالات بقاء المريض في المستشفى لتلقي العلاج في الحالات غير الطارئة. في بعض الحالات، يجوز للمجموعة الطبية التي يتبع لها مقدم الخدمة الأولية (PCP) المسؤول عنك أن يصرح بالخدمة التي تتلقاها بدلًا من خطتك.

يمكنك الحصول على خدمات معينة دون الحصول على موافقة من مقدم الخدمة الأولية (PCP) المسؤول عنك؛ مثل: خدمات الطوارئ، والرعاية ذات الضرورة الملحة، وخدمات غسيل الكلى من منشأة غسيل الكلى المعتمدة من Medicare، وتطعيمات الإنفلونزا والالتهاب الكبدي الوبائي B والالتهاب الرئوي، الرعاية الصحية المعتادة للمرأة، وخدمات تنظيم الأسرة، وغيرها.

ماذا إذا كان لدي أسئلة بشأن تغطية Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan أو مقدمي الخدمات؟

- اتصل بخدمة رعاية العملاء Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan على هاتف 905-382-7555 (855)، من الساعة 8:00 صباحًا حتى 8:00 مساءً، سبعة أيام في الأسبوع.
- اتصل برقم 711 إذا كنت من مستخدم TTY.
- تفضل بزيارة www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect

ماذا لو كانت لدي تغطية صحية أو دوائية أخرى تُصرف بوصفة طبية؟

إذا كان لديك تغطية صحية أو دوائية أخرى؛ مثل تلك التي يتلقاها من صاحب العمل أو الاتحاد العمالي، فمن الممكن أن تخسر أنت أو من تعولهم التغطية الصحية أو الدوائية الأخرى تمامًا إذا انضمت إلى برنامج Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan.

- وتشمل أنواع التغطية الصحية أو الدوائية الأخرى TRICARE أو Department of Veterans Affairs أو بوليصه (Medigap/Medicare التأمين التكميلي).

- اتصل بمسؤول المزايا للتغطية الصحية/الدوائية الأخرى إذا كان لديك أسئلة بشأن تغطيتك.

- إذا كنت ترغب في إلغاء اشتراكك بـ Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan، يجب الاتصال بـ Health Care Options على هاتف 1-844-580-7272، من الاثنين إلى الجمعة، من الساعة 8:00 ص حتى 6:00 م. اتصل برقم 1-800-430-7077 إذا كنت من مستخدم TTY.

هل يمكنني ترك Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan بعد <effective date>؟

نعم. يجوز لك ترك Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan أو اختيار خطة Cal MediConnect جديدة في أي وقت في أثناء العام من خلال الاتصال بـ Health Care Options على هاتف 1-844-580-7272، من الاثنين إلى الجمعة، من الساعة 8:00 ص حتى 6:00 م. اتصل برقم 1-800-430-7077 إذا كنت من مستخدم TTY.

إذا ترك Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan ولم ترغب في الاشتراك بخطة Cal MediConnect

أخرى، سنتتبع تغطيتك بحلول آخر يوم في الشهر بعد أن تبلغنا بذلك. إذا تركت Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan ولم تشارك في خطة Medicare الصحية أخرى أو خطة للعقائير التي تصرف بوصفة طبية، سيتم تغطيتك وفقاً لبرنامج Original Medicare وبرنامج Medicare وستشارك في إحدى خطط العقائير التي تصرف بوصفة طبية.

ماذا لو كنت أرغب في الاشتراك في خطة Cal MediConnect أخرى.

إذا كنت ترغب في الاستمرار في تلقى مزايا Medicare و Medi-Cal معاً من خطة واحدة، يمكنك الاشتراك في خطة Cal MediConnect مختلفة. للاشتراك في خطة Cal MediConnect أخرى، اتصل بـ Health Care Options على هاتف 1-844-580-7272، من الاثنين إلى الجمعة، من الساعة 8:00 ص حتى 6:00 م. اتصل برقم 1-800-430-7077 إذا كنت من مستخدمي TTY. وأخبرهم بأنك ترغب بترك خطة Cal MediConnect الحالية والاشتراك في خطة Cal MediConnect أخرى. إذا كنت غير متأكد من الخطة التي ترغب الاشتراك بها، فبوسعهم إخبارك بشأن الخطة الأخرى المتاحة في منطقتك.

ماذا سيحدث لاشتراك في Medicare إذا تركت Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan؟

إذا تركت Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan ولم تشارك في خطة Medicare صحية أخرى أو خطة للعقائير التي تصرف بوصفة طبية، فسيتم تغطيتك وفقاً لـ Original Medicare وسيضمك Medicare في خطة للعقائير التي تصرف بوصفة طبية تابعة لـ Medicare. إذا كنت ترغب في الاشتراك في خطة Medicare للرعاية الصحية أو للعقائير التي تصرف بوصفة طبية، أو ترغب في معرفة المزيد عن خطط Medicare الأخرى في منطقتك، أو لديك أسئلة بشأن Medicare:

- اتصل على هاتف (1-800-633-4227) (1-800-MEDICARE)، على مدار 24 ساعة، طوال أيام الأسبوع.

- اتصل برقم 1-877-486-2048 إذا كنت من مستخدمي TTY.

- يرجى زيارة الصفحة الرئيسية لـ Medicare على www.medicare.gov.

ماذا سيحدث لاشتراك في Medi-Cal إذا تركت Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan؟

يجب أن يكون لديك خطة Medi-Cal صحية حتى تستمر في تلقي خدمات Medi-Cal، بما في ذلك الخدمات والدعم طويل الأجل (LTSS) الذي يساعدك في تلبية احتياجاتك الشخصية المستمرة. فإذا تركت خطة Cal MediConnect، يجب أن تخبر Health Care Options بأنك تخطط لـ Medi-Cal إدارة الرعاية ترغب في الاشتراك بها.

للقيام بذلك، اتصل بـ Health Care Options على هاتف 1-844-580-7272، من الاثنين إلى الجمعة، من الساعة 8:00 ص حتى 6:00 م. اتصل برقم 1-800-430-7077 إذا كنت من مستخدمي TTY. وأخبرهم بأنك لا ترغب بالاشتراك في خطة Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan وترغب في الاشتراك في خطة أخرى من خطط Medi-Cal لإدارة الرعاية. إذا كنت غير متأكد من الخطة التي ترغب في الاشتراك بها، فبوسعهم إخبارك بشأن الخطة الأخرى المتاحة في منطقتك.

ماذا لو احتجت إلى المساعدة أو المزيد من المعلومات؟

- إذا كنت ترغب في التحدث مع مستشار التأمين الصحي بشأن تلك التغييرات، اتصلي بـ كاليفورنيا Health Insurance Counseling and Advocacy Program (HICAP)، برنامج استشارات التأمين الصحي والدعوة) على هاتف 1-800-434-0222 من الاثنين إلى الجمعة، من الساعة 8 ص حتى 5 م. اتصلي برقم 711 إذا كنت من مستخدمي TTY.

- إذا احتجت للمساعدة في الاشتراك بخطة Cal MediConnect أو Medi-Cal، اتصل بـ Health Care Options على هاتف 1-844-580-7272، من الاثنين إلى الجمعة، من الساعة 8:00 ص حتى 6:00 م. اتصل برقم 1-800-430-7077 إذا كنت من مستخدمي TTY.

- إذا كنت مشترك بخطة Cal MediConnect وترغب في المزيد من المساعدة، اتصل بـ Cal MediConnect Ombuds Program على هاتف 1-855-501-3077، من الاثنين إلى الجمعة، من الساعة 9 ص حتى 5 م. اتصل برقم 847-7914 (855) إذا كنت من مستخدمي TTY.

Blue Shield of California Promise Health Plan هي خطة صحية متعاقد مع كلا من البرنامج Medicare وبرنامج Medi-Cal لتوفير رمزايا كلا البرنامجين للمشتريين.

هذه ليست قائمة شاملة. المعلومات بشأن المزايا هي ملخص موجز، وليست وعد. فشامل لجميع المزايا. لمزيد من المعلومات، اتصل بالخطة أو اقرأ كتيب الأعضاء الصادر عن Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan.

يمكنك الحصول على هذه المعلومات مجانًا بتنسيقات أخرى؛ مثل الملفات المطبوعة بحجم كبير أو برايل للمكفوفين أو الملفات الصوتية. اتصل ل (TTY: 711) 905-3825 (855) مجانًا، على مدار أيام الأسبوع من الساعة 8 صباحًا حتى 8 مساءً. المكالمات مجانية.

ATTENTION: If you speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call Cal MediConnect Plan at 1-855-905-3825 (TTY: 711), 8:00 a.m. to 8:00 p.m., seven days a week. The call is free.

- Español (Spanish): ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al Cal-MediConnect 1-855-905-3825 (TTY: 711) de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los 7 días de la semana.
- 繁體中文 (Chinese): 注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電Cal-MediConnect 1-855-905-3825 (TTY: 711) 每週七天辦公，早上8:00 點至晚上8:00 點。
- Tiếng Việt (Vietnamese): CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số Cal-MediConnect 1-855-905-3825 (TTY: 711) 8 giờ sáng–8 giờ tối, 7 ngày trong tuần. HOẶC Ban.
- Tagalog (Tagalog – Filipino): PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa Cal-MediConnect 1-855-905-3825 (TTY: 711)
- 한국어 (Korean): 주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. Cal-MediConnect 1-855-905-3825 (TTY: 711) 번으로 전화해 주십시오, 오후 8시, 7 일 주일 오전 8시.
- Հայերեն (Armenian): Ուշադրություն՝ եթե խոսում եք հայերեն, ապա ձեզ անվճար կարող են տրամադրվել լեզվական աջակցության ծառայություններ: Զանգահարեք Cal-MediConnect 1-855-905-3825 (TTY (հեռատիպ)՝ 711)
- فارسی (Persian/Farsi for Cal-MediConnect Members): توجه: اگر به زبان فارسی می‌گفتگو می‌کنید، تسهیلات زبانی بصورت رایگان برای شما فراهم می‌باشد. با 1-855-905-3825 تماس بگیرید (TTY: 711)
- Русский (Russian): ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните Cal-MediConnect 1-855-905-3825 (телетайп: 711).
- 日本語 (Japanese): 注意事項：日本語を話される場合、無料の言語支援をご利用いただけます。Cal-MediConnect 1-855-905-3825 (TTY:711) まで、お電話にてご連絡ください。
- العربية (Arabic): ملحوظة: إذا كنت تتحدث اذكر اللغة، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم هاتف الصم والبكم: 1-855-905-3825 Cal-MediConnect (TTY: 711) (رقم هاتف الصم والبكم)
- ਪੰਜਾਬੀ (Punjabi): ਧਿਆਨ ਦਿਓ: ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਪੰਜਾਬੀ ਬੋਲਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਸਹਾਇਤਾ ਸੇਵਾ ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਮੁਫਤ ਉਪਲਬਧ ਹੈ। Cal-MediConnect 1-855-905-3825 (TTY:711) 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ।
- ខ្មែរ (Cambodian/Khmer): ប្រយ័ត្ន: បើសិនជាអ្នកនិយាយ ភាសាខ្មែរ, សេវាជំនួយផ្នែកភាសា

ដោយមិនគិតល្អល គឺអាចមានសំរាប់បំរើអ្នក។ ចូរ ទូរស័ព្ទ Cal-MediConnect 1-855-905-3825 (TTY:711)។

- Hmoob (Hmong): LUS CEEV: Yog tias koj hais lus Hmoob, cov kev pab txog lus, muaj kev pab dawb rau koj. Hu rau Cal-MediConnect 1-855-905-3825 (TTY:711).
- हिंदी (Hindi): ध्यान दें: यदि आप हिंदी बोलते हैं तो आपके लिए मुफ्त में भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध हैं। Cal-MediConnect 1-855-905-3825 (TTY:711) पर कॉल करें।
- ภาษาไทย (Thai): เรียน: ถ้าคุณพูดภาษาไทยคุณสามารถใช้บริการช่วยเหลือทางภาษาได้ฟรี โทร Cal-MediConnect 1-855-905-3825 (TTY:711).
- اُردُو (Urdu): اگر آپ اردو بولتے ہیں، تو آپ کو زبان کی مدد کی خدمات مفت میں دستیاب ہیں۔ کال کریں: (Urdu) Cal-MediConnect 1-855-905-3825 (TTY:711).

إذا احتجت لهذه الوثيقة بلغة أخرى أو بتنسيق آخر، مثل الملفات المطبوعة بحجم كبيرة، والملفات الصوتية، أو إذا احتجت المساعدة في فهم هذا الخطاب، يرجى الاتصال بـ Health Care Options على هاتف 1-844-580-7272، من الاثنين إلى الجمعة، من الساعة 8:00 ص حتى 6:00 م. اتصل برقم 1-800-430-7077 إذا كنت من مستخدمي TTY. يمكنك الحصول على هذه المعلومات مجانًا.

التمييز ضد القانون

تلتزم Blue Shield of California Promise Health Plan باتباع قوانين الحقوق المدنية الفيدرالية وقوانين الحقوق المدنية المعمول بها على مستوى الولاية، كما أنها لا تميز بين الأشخاص أو تستبعدهم أو تعاملهم معاملة مختلفة على أساس العرق، أو اللون، أو الأصل القومي، أو الانتماء الطائفي الإثني، أو الحالة الصحية، أو المعلومات الجينية، أو النسب، أو الدين، أو الجنس، أو الحالة الاجتماعية، أو النوع الجنساني، أو الهوية الجنسية، أو الميول الجنسية، أو السن، أو الإعاقة الذهنية أو البدنية.

تقدم Blue Shield of California Promise Health Plan:

- المساعدات والخدمات مجانًا للأفراد ذوي الإعاقة التي تحول دون التواصل معنا بفعالية، مثل:
 - مترجمي لغة إشارة مؤهلين
 - معلومات مكتوبة بتنسيقات أخرى (الملفات المطبوعة بحجم كبيرة، والملفات الصوتية، والتنسيقات الإلكترونية سهلة الوصول، والتنسيقات والمعلومات الأخرى)
- خدمات لغوية مجانية للأشخاص المتحدثين بغير اللغة الإنجليزية، مثل:
 - مترجمي الترجمة الشفهية
 - معلومات مكتوبة بلغات مختلفة

إذا احتجت لهذه الخدمات، اتصل بـ Civil Rights Coordinator التابع لـ Blue Shield of California Promise Health Plan.

إذا رأيت أن Blue Shield of California Promise Health Plan لم تلتزم بتقديم هذه الخدمات أو تميز بين الأشخاص بطريقة أخرى على أساس العرق، أو اللون، أو الأصل القومي، أو الانتماء الطائفي الإثني، أو الحالة الصحية، أو المعلومات الجينية، أو النسب، أو الدين، أو الجنس، أو الحالة الاجتماعية، أو النوع الجنساني، أو الهوية الجنسية، أو الميول الجنسية، أو السن، أو الإعاقة الذهنية أو البدنية، يمكنك تقديم شكوى لـ:

Blue Shield of California Promise Health Plan Civil Rights Coordinator

601 Potrero Grande Dr. Monterey Park, CA 91755

الهاتف: (844) 883-2233 (TTY: 711)

فاكس: (323) 889-2228

بريد إلكتروني: BSCPHPCivilRights@blueshieldca.com

يمكنك تقديم شكوى شخصيًا أو من خلال البريد أو الفاكس أو البريد الإلكتروني. إذا احتجت إلى تقديم شكوى، فـ Civil Rights Coordinator متاح لمساعدتك.

يمكنك أيضًا تقديم شكوى بشأن الحقوق المدنية لدى U.S. Department of Health and Human Services (وزارة الصحة والخدمات البشرية في الولايات المتحدة)، في Office for Civil Rights، إلكترونيًا من خلال بوابة الشكوى Office for Civil Rights، المتاحة على <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>، أو بالبريد أو بالهاتف على:

U.S. Department of Health and Human Services

200 Independence Avenue, SW

Room 509F, HHH Building

Washington, D.C. 20201

1-800-368-1019, (TTY 800-537-7697)

بوابة الشكوى: https://ocrportal.hhs.gov/ocr/cp/wizard_cp.jsf

تتوافر نماذج الشكاوى على الرابط <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.