

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

مهم: شما در برنامه‌ای جدید که مرتبط با خدمات **Medicare** و **Medi-Cal** شماست ثبت‌نام کرده‌اید. این نامه را به عنوان مدرک پوشش بیمه‌تان نگه دارید.

<Name>:

به Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan (Medicare-Medicaid Plan) خوش آمدید!

از آغاز **<effective date>**، یک طرح بیمه سلامت Cal MediConnect دریافت می‌کنید که مراقبت‌های پزشکی یکپارچه و با کیفیت بالا را بدون هیچ هزینه اضافی به شما ارائه می‌دهد. Blue Shield of California Promise Health Plan یک طرح بیمه سلامت است که با Medicare و Medi-Cal قرارداد بسته است تا مزایای هر دو برنامه را به ثبت نام‌شده‌ها ارائه بدهد.

پوشش بیمه جدید شما شامل موارد زیر است:

- مزایای Medicare، شامل داروهای نسخه‌ای
- مزایای Medi-Cal، شامل خدمات و پشتیبانی‌های بلندمدت (LTSS) که در تأمین نیازهای مداوم مراقبت شخصی به شما کمک می‌کنند. LTSS شامل Multipurpose Senior Services Program (MSSP)، برنامه خدمات چندمنظوره سالمندان و Community-Based Adult Services (CBAS)، خدمات محلی مخصوص بزرگسالان است که به شما کمک می‌کنند تا حد امکان در خانه بمانید. در صورت نیاز، مراقبت‌های آسایشگاهی نیز ارائه می‌شوند.
- انتخاب پزشک: سایر ارائه‌دهندگان عضو شبکه ما که با همکاری یکدیگر مراقبت‌های مورد نیازتان را به شما ارائه می‌دهند.
- مزایا و خدمات اضافه مانند مراقبت‌های چشم، خدمات حمل و نقل و مشاور راهنمای مراقبت‌های بهداشتی و دیگر خدمات تحت پوشش مانند سمعک، عضویت در باشگاه سلامت و کلاس‌های تناسب اندام، کمک هزینه داروهای بدون نسخه، پوشش بیمه خدمات اضطراری در سرتاسر جهان و موارد دیگر.
- تجهیزات پزشکی بادوام، مانند عصای زیر بغل، رامبر (واکر) و صندلی چرخدار.

H0148_20_205_FA_CMC Approved 09182020

blueshieldca.com/promise

601 Potrero Grande Drive | Monterey Park, CA 91755

این نامه مدرکی برای پوشش بیمه جدیدتان است. لطفاً تا زمانی که «کارت شناسایی عضویت» خود را از ما دریافت می‌کنید، این نامه را هنگام مراجعه به داروخانه یا مطب پزشک همراه داشته باشید. اگر سؤالی دارید، می‌توانید در هفت روز هفته و از ساعت 8 صبح الی 8 شب، با مرکز مراقبت از مشتریان Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan به شماره 905-3825 (855) تماس بگیرید. (TTY: 711)

سپس چه اتفاقی می‌افتد؟

از تاریخ **<effective date>** می‌توانید از خدمات ارائه‌دهندگان مراقبت‌های اولیه و داروخانه‌های عضو شبکه Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan برای دریافت کلیه خدمات مراقبت‌های بهداشتی و داروهای نسخه‌ای خود استفاده کنید. اگر به مراقبت‌های اضطراری یا فوری یا خدمات دیالیز ارائه‌دهندگان خارج از محدوده خدماتی نیاز دارید، می‌توانید از ارائه‌دهندگان خارج از شبکه Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan استفاده کنید.

برای اینکه در زمینه انتقال به Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan به شما کنیم، می‌توانید تا حداکثر دوازده (12) ماه پس از تاریخ ثبت نام در Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan به پزشک فعلی خود مراجعه کنید. برای کسب اطلاعات بیشتر درباره نحوه انجام دادن این کار، با خدمات «مراقبت از مشتریان» Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan به شماره (855) 905-3825 (TTY: 711) تماس بگیرید.

ما یک ذخیره موقت 30 روزه از داروی فعلی شما را در طول 90 روز اولی که عضو این طرح سلامت می‌شوید در شرایط زیر پوشش می‌دهیم: اگر دارویی مصرف می‌کنید که در فهرست داروهای تحت پوشش ما نیست، اگر مقرر است نظر طرح بیمه سلامت به شما اجازه دریافت مقدار تجویز شده توسط پزشکتان را نمی‌دهد یا اگر دارو به اخذ تأییدیه قبلی از Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan نیاز دارد.

کدام تجدید اعضا شامل موارد زیر است:

- فهرست داروهای تحت پوشش (دستورنامه) دستورالعمل‌هایی برای کسب اطلاعات بیشتر درباره داروهای موجود در «فهرست داروهای تحت پوشش»
- کتابچه راهنمای داروخانه‌ها و ارائه‌دهنده‌ها دستورالعمل‌هایی برای کسب اطلاعات بیشتر درباره داروخانه‌ها و ارائه‌دهندگان عضو شبکه.
- کتابچه راهنمای اعضا (مدرک پوشش بیمه)

قبل از **<enrollment effective date>**، یک «کارت شناسه عضو» برای شما ارسال می‌کنیم.

نسخه به‌روزرسانی‌شده «کتابچه راهنمای اعضا» (مدرک پوشش بیمه) همیشه در وبسایت ما به نشانی www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect موجود است. همچنین، می‌توانید با «مرکز مراقبت از مشتریان» به شماره 905-3825 (855) تماس بگیرید و از ما بخواهید نسخه‌ای از «کتابچه راهنمای اعضا» را برایتان ارسال کنیم.

چقدر باید برای Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan بپردازم؟

وقتی خدمات سلامت بتواند از طریق ارائه‌دهنده Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan دریافت می‌کنید، لازم نیست هزینه‌ای بابت حق بیمه طرح، هزینه کسرپذیر یا سهم بیمه‌شده بپردازید.

چقدر باید بابت داروهای نسخه‌ای بپردازم؟

هر بار که داروهای نسخه‌ای را از داروخانه‌های عضو شبکه ما تهیه می‌کنید، هزینه هر دارو معمولی تحت پوشش Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan بیش از \$3.70 و هزینه هر داروی تجاری تحت پوشش نیز بیش از \$9.20 نمی‌شود. سهم بیمه‌شده برای داروهای نسخه‌ای ممکن است بر حسب سطح Extra Help (کمک اضافه) که دریافت می‌کنید متغیر باشد. لطفاً جهت کسب اطلاعات بیشتر با Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan تماس بگیرید.

چگونه می‌توانم ارائه‌دهنده مراقبت‌های اولیه‌ام را انتخاب کنم؟

برای انتخاب Primary Care Provider (PCP)، ارائه‌دهنده مراقبت‌های اولیه، می‌توانید کتاب راهنمای داروخانه‌ها و ارائه‌دهندگان عضو Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan را در وبسایت ما به نشانی

www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect ببینید یا برای دریافت راهنمایی با «مرکز مراقبت از مشتریان» تماس بگیرید.

مراقبت‌های معمول یا اصلی خود را از طریق PCP دریافت می‌کنید. همچنین، PCP می‌تواند سایر خدمات تحت پوشش و مورد نیاز شما را هماهنگ کند.

PCP‌های طرح بیمه ما به گروه‌های پزشکی خاصی وابسته هستند. وقتی PCP را انتخاب می‌کنید، گروه پزشکی وابسته به آن نیز انتخاب می‌شود. این بدان معناست که PCP شما را به متخصصان و خدماتی ارجاع می‌دهد که به گروه پزشکی خودش وابسته هستند. بنابراین، اگر می‌خواهید از خدمات یکی از متخصصان یا بیمارستان‌های خاص عضو Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan استفاده کنید، باید بدانید که آیا آنها به گروه پزشکی PCP شما وابسته هستند یا خیر.

اگر به مراقبت‌های تخصصی یا خدمات اضافی نیاز دارید که PCP قادر به ارائه آن نیست، شما را ارجاع می‌دهد. در اغلب موارد، قبل از مراجعه به دیگر ارائه‌دهندگان مراقبت‌های بهداشتی یا متخصصان، باید از PCP خود نامه ارجاع بگیرید. وقتی این ارجاع توسط گروه پزشکی PCP شما تأیید شود، می‌توانید برای دریافت درمان مورد نیازتان از دیگر ارائه‌دهندگان مراقبت‌های بهداشتی یا متخصصان وقت ملاقات بگیرید. وقتی درمان یا خدمات مورد نیازتان را به‌طور کامل دریافت کردید، پزشک متخصص طبق موضوع را به PCP شما اطلاع می‌دهد تا بتواند مدیریت مراقبت‌های شما را ادامه دهد.

همچنین، PCP باید پیشاپیش شرایطی را که می‌توانید تا بتوانید خدمات تخصصی را دریافت کنید، از تأییدیه را «مجوز قبلی» می‌نامند. مثلاً، برای تمام موارد بستری غیر اضطراری در بیمارستان به مجوز قبلی نیاز دارید. در بعضی موارد، گروه پزشکی وابسته به PCP ممکن است به جای طرح بیمه ما بتواند برای دریافت خدمات به شما مجوز بدهد.

می‌توانید خدمات خاصی را بدون تأییدیه قبلی از PCP دریافت کنید، مانند: خدمات اضطراری، مراقبت‌های فوری، خدمات دیالیز کلیه از مرکز مجاز دیالیز Medicare، واکسن آنفولانزا، هپاتیت B و ذات‌الریه، مراقبت‌های بهداشتی معمول زنان و خدمات تنظیم خانواده و غیره.

اگر درباره ارائه‌دهندگان یا پوشش Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan پرسش‌هایی داشته باشیم چه کاری باید انجام دهیم؟

- می‌توانید در هفت روز هفته و از ساعت 8 صبح الی 8 شب، با مرکز مراقبت از مشتریان Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan به شماره (855) 905-3825 تماس بگیرید.

- اگر کاربر TTY هستید با شماره 711 تماس بگیرید.

- به www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect مراجعه کنید

چه می‌شود اگر پوشش بیمه سلامت یا داروی نسخه‌ای دیگری داشته باشیم؟

اگر پوشش بیمه دارو یا سلامت دیگری مانند بیمه کارفرما یا اتحادیه دارید، ممکن است شما یا افراد تحت تکفل شما پس از عضویت در Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan، آن پوشش دارو یا سلامت را کاملاً از دست بدهید و دیگر نتوانید آن را پس بگیرید.

- انوا عیگ ریو شد شریبه دارو و سلام تشام ل TRICARE، Department of Veterans Affairs (وزارت امور کهنه‌سربازان) یا خدمت Medigap (بیمه تکمیل Medicare) هستند.

- اگر درباره پوشش بیمه‌تان سوالی دارید، با مدیر مزایای پوشش بیمه دارو/سلامت دیگران تماس بگیرید.

- اگر می‌خواهید ثبت نام خود را در Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan لغو کنید، باید از دوشنبه تا جمعه و از ساعت 8:00 صبح الی 6:00 بعد از ظهر با برنامه Health Care Options (گزینه‌های مراقبت بهداشتی) به شماره تلفن 1-844-580-7272 تماس بگیرید. اگر کاربر TTY هستید با شماره 1-800-430-7077 تماس بگیرید.

آیا می‌توانم Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan را بعد از تاریخ <effective date> ترک کنم؟

بله. می‌توانید در هر زمانی از سال Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan را ترک کنید یا Cal MediConnect جدیدی را انتخاب کنید و برای انجام این کار می‌توانید از دوشنبه تا جمعه از ساعت 8 صبح الی 6 بعد از ظهر با Health Care Options به شماره 1-844-580-7272 (844) 580-7272 تماس بگیرید. اگر کاربر TTY هستید با شماره 1-800-430-7077 (800) 430-7077 تماس بگیرید.

اگر Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan را ترک کنید و مایل نباشید در Cal MediConnect Plan دیگر ثبت نام کنید، پوشش بیمه شما در آخر روز از همان ماهی که درباره این موضوع به ما اطلاع داده‌اید پایان می‌یابد. اگر Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan را ترک کنید و عضو هیچ طرح بیمه سلامت یا داروی نسخه‌ای Medicare نشوید، تحت پوشش Original Medicare قرار می‌گیرید و در طرح بیمه داروی نسخه‌ای Medicare ثبت نام می‌شوید.

اگر بخواهم عضو Cal MediConnect Plan متفاوتی بشوم، چه کار باید بکنم؟

اگر می‌خواهید هر دو مزایای Medicare و Medi-Cal خود را از یک طرح بیمه واحد دریافت کنید، می‌توانید در یک Cal MediConnect Plan دیگر عضو شوید. برای ثبت نام در یک Cal MediConnect Plan دیگر، می‌توانید از دوشنبه تا جمعه و از ساعت 8:00 صبح الی 6:00 بعد از ظهر با Health Care Options به شماره 1-844-580-7272 تماس بگیرید. اگر کاربر TTY هستید با شماره 1-800-430-7077 تماس بگیرید. به آنها بگویید که می‌خواهید Cal MediConnect Plan فعلی خود را ترک کنید و در یک Cal MediConnect Plan دیگر عضو شوید. اگر مطمئن نیستید که در چه طرح بیمه‌ای عضو شوید، آنها درباره دیگر طرح‌های بیمه موجود در منطقه‌تان به شما اطلاعات می‌دهند.

اگر Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan را ترک کنم، برای Medicare من چه اتفاقی می‌افتد؟

اگر Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan را ترک کنید و عضو هیچ طرح بیمه سلامت یا داروی نسخه‌ای Medicare نشوید، تحت پوشش Original Medicare قرار می‌گیرید و در طرح بیمه داروی نسخه‌ای Medicare ثبت نام می‌شوید. اگر می‌خواهید عضو طرح بیمه سلامت یا داروی نسخه‌ای Medicare شوید، یا می‌خواهید درباره طرح‌های بیمه Medicare موجود در منطقه‌تان بیشتر بدانید یا درباره Medicare سوالی دارید:

- در 24 ساعت شبانه‌روز و 7 روز هفته با شماره 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) تماس بگیرید.
- اگر کاربر TTY هستید با شماره 1-877-486-2048 تماس بگیرید.
- به صفحه اصلی Medicare به نشانی www.medicare.gov بروید.

اگر Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan را ترک کنم، برای Medi-Cal من چه اتفاقی می‌افتد؟

باید طرح بیمه سلامت Medi-Cal را داشته باشید تا بتوانید خدمات Medi-Cal را دریافت کنید، از جمله خدمات و پشتیبانی‌های بلندمدت (LTSS) که در تأمین نیازهای مداوم مراقبت شخصی به شما کمک می‌کنند. اگر Cal MediConnect Plan خود را ترک کنید، باید به Health Care Options اطلاع دهید که می‌خواهید در کدامیک از طرح‌های مراقبت مدیریت‌شده Medi-Cal عضو شوید.

برای این کار، می‌توانید از دوشنبه تا جمعه و از ساعت 8:00 صبح الی 6:00 بعد از ظهر با Health Care Options به شماره 1-844-580-7272 تماس بگیرید. اگر کاربر TTY هستید با شماره 1-800-430-7077 تماس بگیرید. به آنها بگویید که نمی‌خواهید در Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan ثبت نام کنید و می‌خواهید در یک طرح مراقبت مدیریت‌شده Medi-Cal عضو شوید. اگر مطمئن نیستید که در کدام طرح بیمه عضو شوید، آنها درباره دیگر طرح‌های بیمه موجود در منطقه‌تان به شما اطلاعات می‌دهند.

اگر به راهنمایی یا اطلاعات بیشتری نیاز داشته باشم، چه کاری باید بکنم؟

- اگر می‌خواهید درباره این تغییرات و گزینه‌های انتخابی خود با مشاور بیمه سلامت نصیبت کنید، می‌توانید از دوشنبه تا جمعه و از ساعت 8 صبح الی 5 بعد از ظهر با California Health Insurance Counseling and Advocacy Program (HICAP، برنامه مشاوره و مدافعه بیمه سلامت کالیفرنیا) به شماره 1-800-434-0222 تماس بگیرید. اگر کاربر TTY هستید با شماره 711 تماس بگیرید.
- اگر برای ثبت نام در طرح بیمه Medi-Cal یا Cal MediConnect به کمک نیاز دارید، می‌توانید از دوشنبه تا جمعه و از ساعت 8:00 صبح الی 6:00 بعد از ظهر با Health Care Options به شماره 1-844-580-7272 تماس بگیرید. اگر کاربر TTY هستید با شماره 1-800-430-7077 تماس بگیرید.
- اگر در Cal MediConnect Plan عضو هستید و به راهنمایی بیشتری نیاز دارید، می‌توانید از دوشنبه تا جمعه و از ساعت 9 صبح

ال 5 بعد از ظهر با برنامه Cal MediConnect Ombuds Program به شماره 1-855-501-3077 تماس بگیرید. اگر کاربر TTY هستید با شماره 847-7914 (855) تماس بگیرید.

Blue Shield of California Promise Health Plan یک طرح بیمه سلامت است که با Medicare و Medi-Cal قرارداد بسته است تا مزایا هر دو برنامه را به ثبت نام شده ها ارائه دهد.

این فهرست تکامل نیست. در اطلاعات مزایا فقط خلاصه مختصری ارائه می شود، نه شرح کامل مزایا. برای کسب اطلاعات بیشتر با طرح بیمه تماس بگیرید یا کتابچه راهنمای اعضای Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan را بخوانید.

می توانید این سند را به صورت رایگان در قالب های دیگر مانند حروف چاپی درشت، خط بریل یا قالب صوتی دریافت کنید. هفت روز هفته از ساعت 8 صبح تا 8 عصر با شماره رایگان (855) 905-3825 (TTY: 711) تماس بگیرید. این تنها برای رایگان است.

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 8 시, 7 일 주일 오전 8 시.
- Հայերեն (Armenian): ՈՒՇԱԴՐՈՒԹՅՈՒՆ՝ Եթե խոսում եք հայերեն, ապա ձեզ անվճար կարող են տրամադրվել լեզվական աջակցության ծառայություններ: Զանգահարեք Cal-MediConnect 1-855-905-3825 (TTY (հեռախոսի)՝ 711)
- فارسی (Persian/Farsi for Cal-MediConnect Members): توجه: اگر به زبان فارسی گفتگو می کنید، تسهیلات زبانی بصورت رایگان برای شما فراهم می باشد. 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 (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, សេវាជំនួយផ្នែកភាសាដោយមិនគិតថ្លៃ គឺអាចមានសំរាប់អ្នក។ 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).
- Urdu (اردو): اگر آپ اردو بولتے ہیں، تو آپ کو زبان کی مدد کی خدمات مفت میں دستیاب ہیں۔ کال کریں: 1-855-905-3825 (TTY:711)۔

اگر می خواہید این سند را به زبان یا قالب دیگری مانند حروف چاپی درشت، خط بریل یا قالب صوتی دریافت کنید، یا اگر برای درک این نامه به کمک نیاز دارید، لطفاً از دوشنبه تا جمعه و از ساعت 8:00 صبح الی 6:00 بعد از ظهر با Health Care Options به شماره 1-844-580-7272 تماس بگیرید. اگر کاربر TTY هستید با شماره 1-800-430-7077 تماس بگیرید. می توانید این اطلاعات را رایگان دریافت کنید.

رفتار تبعیض آمیز برخلاف قانون است

Blue Shield of California Promise Health Plan مطابق با قوانین کاربردی حقوق مدنی ایالتی و فدرال است و بر اساس نژاد، رنگ پوست، ملیت، هویت گروه قومی، وضعیت پزشکی، اطلاعات وراثتی، اصل و نسب، مذهب، جنس، وضعیت تأهل، جنسیت، هویت جنسی، گرایش جنسی، سن یا معلولیت ذهنی یا جسمی تبعیضی قائل نمی‌شود، این افراد را از حقوق شما محروم نمی‌کند یا برخورد متفاوتی با آنها ندارد.

Blue Shield of California Promise Health Plan موارد زیر را ارائه می‌دهد:

- کمک‌ها و خدمات رایگان را به افراد دارای معلولیت ارائه می‌دهد تا بتوانند به‌طور مؤثر با ما ارتباط برقرار کنند، مانند:
 - مترجمان مسلط به زبان اشاره
 - اطلاعات نوشتاری در قالب‌های دیگر (حروف چاپی درشت، فایل صوتی، قالب‌های الکترونیکی قابل دسترس، قالب‌های دیگر)
- برای افرادی که زبان اولشان انگلیسی نیست، خدمات زبانی رایگان ارائه می‌دهد، مانند:
 - مترجمان واجد شرایط
 - اطلاعات نوشتاری به زبان‌های دیگر

اگر به این خدمات نیاز دارید، با هماهنگ‌کننده حقوق مدنی Blue Shield of California Promise Health Plan تماس بگیرید.

اگر معتقد هستید که Blue Shield of California Promise Health Plan در ارائه این خدمات به شما کوتاهی کرده است یا به هر طریقی با توجه به نژاد، رنگ پوست، ملیت، هویت گروه قومی، شرایط پزشکی، اطلاعات ژنتیکی، اصالت خانوادگی، مذهب، جنسیت، وضعیت تأهل، هویت جنسیتی، گرایش جنسی، سن، معلولیت ذهنی یا جسمی در مورد شما تبعیض قائل شده است، می‌توانید شکایتی به این نشانی ثبت کنید:

Blue Shield of California Promise Health Plan Civil Rights Coordinator

601 Potrero Grande Dr. Monterey Park, CA 91755

تلفن (844) 883-2233 (TTY: 711)

دورنما: (323) 889-2228

ایمیل BSCPHPCivilRights@blueshieldca.com

می‌توانید شکایت خود را حضوری یا از طریق نامه پستی، دورنما یا ایمیل ارائه دهید. اگر برای تنظیم شکایت به کمک نیاز دارید، Civil Rights Coordinator (هماهنگ‌کننده حقوق مدنی) برای کمک به شما حاضر است.

همچنین، می‌توانید شکایت مربوط به حقوق مدنی را از طریق U.S. Department of Health and Human Services (وزارت بهداشت و خدمات انسانی ایالات متحده آمریکا)، Office for Civil Rights (اداره حمایت از حقوق مدنی) ثبت کنید. دسترسی الکترونیکی به این اداره از طریق وبپورتال شکایت اداره حمایت از حقوق مدنی، به نشانی <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf> یا تماس از طریق تلفن یا نامه پستی به نشانی زیر ممکن است.

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)

پورتال شکایت https://ocrportal.hhs.gov/ocr/cp/wizard_cp.jsf

فرم‌های شکایت در این پیوند موجود هستند www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html.