

<Date>

<sub_full_name>

<sub_addr_line_one>

<sub_addr_line_two>

<sub_addr_city>, <sub_addr_state> <sub_addr_zip>

Անդամի ID՝

Rx ID:

Rx GRP:

Rx BIN:

Rx PCN:

<Member #>

<RxID>

E0001002

004336

77993322

**Կարևոր է. Դուք գրանցվել եք Medicare և Medi-Cal ծառայությունների նոր պլանում:
Պահեք այս նամակը՝ որպես ձեր ապահովագրության ապացույց:**

<Name>:

Բարի՛ գալուստ Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan (Medicare-Medicaid Plan):

Սկիզբ **<effective date>**, դուք կունենաք Cal MediConnect առողջապահական ծրագիր, որը նախատեսված է, որպեսզի ձեզ տրամադրի շարունակական, բարձրորակ բուժօգնություն՝ առանց ձեր կողմից լրացուցիչ ծախսերի: Blue Shield of California Promise Health Plan-ը առողջապահական ծրագիր է, որը համագործակցում է Medicare-ի և Medi-Cal-ի հետ՝ այս երկու ծրագրերում ընդգրկված անդամներին օգտակար լինելու համար:

Ձեր նոր ապահովագրական փոխհատուցման մեջ ներառված են՝

- Ձեր Medicare-ի նպաստները, այդ թվում՝ դեղատոմսային դեղերը:
- Ձեր Medi-Cal-ի նպաստները, այդ թվում՝ երկարաժամկետ բուժօգնության և օժանդակության ծրագրերը (LTSS), որոնք օգնում են ձեզ հոգալ շարունակական անձնական խնամքի կարիքները: LTSS-ում ներառված Համայնքային հիմունքներով մեծահասակների կարիքներին ուղղված ծառայությունները (CBAS, Community-Based Adult Services). սրանք ծառայություններ են, որոնք օգնում են ձեզ հնարավորինս երկար մնալ ձեր տանը: Այն նաև ներառում է ծերանոցներում խնամք, եթե դրա կարիքն ունեք:
- Մեր ցանցում ընդգրկված բժիշկների և այլ բժշկական ծառայություններ մատուցողների ընտրություն, որոնք աշխատում են միասին, որպեսզի ձեզ տրամադրեն այն բուժօգնությունը, որի կարիքն ունեք:
- Լրացուցիչ նպաստներն ու ծառայությունները, օրինակ՝ տեսողական խնդիրների հետ կապված բուժօգնությունը, տրանսպորտային ծառայությունները և խնամքի կորոդինատորի ծառայությունները, և այլ ապահովագրված ծառայություններ, ինչպիսիք են լսողական սարքերի տրամադրումը, սպորտային-առողջարարական ակումբներում անդամակցությունը և ֆիթնեսի պարապմունքները, առանց դեղատոմսի բաց թողնվող թույլատրելի դեղաչափերը, արտակարգ

H0148_22_150_ARM_C_Approved08092021

blueshieldca.com/promise

601 Potrero Grande Drive | Monterey Park, CA 91755

իրավիճակների ապահովագրումը ամբողջ աշխարհում և այլն:

- Դիմացկուն բժշկական սարքավորումներ, օրինակ՝ հենակներ, քայլակներ և անվասայլակներ:

Այս նամակը ապացույցն է ձեր նոր ապահովագրության: Խնդրում ենք այս նամակը ձեզ հետ բերել դեղատուն կամ գրասենյակ այցելության, մինչև մեր կողմից կատանաք Անդամի նույնականացման քարտը:

Չարցեր ունենալու դեպքում զանգահարեք Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan-ի Չաճախորդների սպասարկման բաժին՝ (855) 905-3825 (TTY՝ 711), 8:00 - 20:00, շաբաթը յոթ օր:

Ի՞նչ տեղի կունենա հետո:

Դուք կարող եք օգտվել Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan-ի ցանցային առաջնային բուժօգնություն տրամադրողներից և դեղատներից՝ առողջապահական բոլոր ծառայությունների և դեղատոմսային դեղերի համար՝ սկսած <effective date>: Եթե ձեզ անհրաժեշտ է անհապաղ կամ շտապ բուժօգնություն կամ դիալիզի ծառայություններ սպասարկման տարածքից դուրս, կարող եք օգտվել Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan-ի ցանցից դուրս առողջապահական ծառայություններ մատուցողներից:

Որպեսզի հեշտ լինի Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan-ին անցնելը, դուք կարող եք շարունակել օգտվել բժիշկների ծառայություններից, որոնցից օգտվում եք այժմ, մինչև տասներկու (12) ամիս՝ Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan-ին անդամակցության ուժի մեջ մտնելու ամսաթվից սկսած: Տեղեկություններ ստանալու համար, թե ինչպես են դա անում, դիմեք Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan-ի Չաճախորդների սպասարկման բաժին՝ (855) 905-3825 (TTY՝ 711) հեռախոսահամարով, 8:00 - 20:00, շաբաթը յոթ օր:

Դուք նաև հասանելիություն կունենաք դեղատոմսային դեղերին, որոնք այժմ ընդունում եք, 30-օրյա ընդունման համար՝ պլանում ընդգրկվելու առաջին 90 օրվա ընթացքում, եթե ձեր ընդունած դեղը առկա չէ մեր *Ապահովագրված դեղերի ցանկում*, եթե առողջապահական պլանի կանոնները թույլ չեն տալիս ստանալ այն չափաբաժինը, որը նշանակվել է ձեր բժշկի կողմից, կամ եթե դեղի ընդունման համար պահանջվում է Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan-ի կողմից նախնական հաստատում:

Նոր անդամի համար նախատեսված տեղեկատուում ներառված են՝

- Մեր *Ապահովագրված դեղերի ցանկում* ընդգրկված դեղերի մասին լրացուցիչ տեղեկություններ ստանալու ցուցումներ
- Մեր ցանցում ընդգրկված առողջապահական ծառայություններ մատուցողների և դեղատների մասին ավելի շատ տեղեկություններ ստանալու ցուցումներ
- Անդամի ձեռնարկ (Ապահովագիր)

Մինչև <enrollment effective date>, մենք ձեզ կուղարկենք Անդամի նույնականացման քարտը:

Անդամի ձեռնարկի (Ապահովագրի) թարմացված օրինակը միշտ հասանելի է մեր վեբկայքում՝ www.blueshieldca.com/promise/calmedicconnect: Դուք կարող եք նաև զանգահարել Չաճախորդների սպասարկման բաժին՝ (855) 905-3825 հեռախոսահամարով և խնդրել Էլփոստով ուղարկել ձեզ Անդամի ձեռնարկը:

Ինչքա՞ն պետք է վճարեմ Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan-ի համար:

Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan-ի առողջապահական ծառայություններ մատուցողից ծառայություններ ստանալու դեպքում դուք կազատվեք վճարումներ, մուծումներ կամ համավճարներ կատարելուց:

Որքա՞ն պետք է վճարեմ դեղատոմսային դեղերի համար:

Ամեն անգամ ցանցային դեղատնից Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan-ի կողմից փոխհատուցվող ջեներիկ (վերարտադրված) դեղատոմսային դեղամիջոց ձեռք բերելիս դուք կվճարեք ոչ ավելի, քան **\$3.95**, իսկ Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan-ի կողմից փոխհատուցվող բրենդային (օրիգինալ) դեղամիջոցի համար՝ ոչ ավելի, քան **\$9.85**: Դեղատոմսային դեղերի համար նախատեսված համավճարները կարող են տարբեր լինել՝ կախված ձեր ստացած Extra Help-ից (Լրացուցիչ օգնությունից): Մանրամասների համար կապ հաստատեք Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan-ի հետ:

Ինչպե՞ս կարող եմ ընտրել առաջնային բուժօգնություն տրամադրողին:

Առաջնային բուժօգնություն տրամադրողին (PCP) ընտրելու համար կարող եք տեսնել Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan-ի Առողջապահական ծառայություններ մատուցողների և դեղատների տեղեկատու և հետևյալ վեբկայքում՝ www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect կամ զանգահարեք Հաճախորդների սպասարկման բաժին՝ օգնության համար:

Ձեր PCP-ն ձեզ կտրամադրի առօրյա և հիմնական բուժսպասարկում: Ձեր PCP-ն կարող է նաև համակարգել մնացած ձեզ անհրաժեշտ ապահովագրված ծառայությունները:

Մեր պլանի PCP-ները կցված են որոշակի բժշկական խմբերին: Երբ ընտրում եք ձեր PCP-ին, ընտրում եք նաև փոխկապակցված բժշկական խումբը: Սա նշանակում է, որ ձեր PCP-ն ձեզ ուղեգրելու է մասնագետների մոտ և ծառայություններ ստանալու, որոնք նույնպես կցված են նրա բժշկական խմբին: Այսպիսով, եթե դուք ցանկանում եք օգտվել Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan-ի որոշակի մասնագետի կամ հիվանդանոցի ծառայություններից, կարևոր է տեղեկանալ, թե արդյոք դրանք կցված են ձեր PCP-ի բժշկական խմբին:

Եթե դուք հատուկ խնամքի կամ լրացուցիչ ծառայությունների կարիք ունեք, որոնք ձեր PCP-ն չի կարող տրամադրել, նա ձեզ կուղեգրի: Շատ դեպքերում, նախքան ուրիշ առողջապահական ծառայություններ մատուցողներին դիմելը կամ մասնագետին այցելելը, պետք է դիմեք ձեր PCP-ին՝ ուղեգրի ձեռք բերելու համար: Հենց որ այս ուղեգրումը հաստատվի ձեր PCP-ի բժշկական խմբի կողմից, դուք կարող եք պայմանավորվել մասնագետի կամ այլ առողջապահական ծառայություններ մատուցողի հետ՝ ձեզ անհրաժեշտ բուժումը ստանալու համար: Մասնագետը ձեր PCP-ին կտեղեկացնի, երբ ավարտեք ձեր բուժումը կամ ծառայությունը, որպեսզի ձեր PCP-ն կարողանա շարունակել կառավարել ձեր խնամքը:

Բացի այդ, ձեր PCP-ն պետք է նախապես հաստատում ստանա ձեր պլանի կողմից, որպեսզի դուք կարողանաք որոշակի ծառայություններ ստանալ: Այս նախօրոք հաստատումը կոչվում է «նախնական թույլտվություն»: Օրինակ, նախնական թույլտվությունը պահանջվում է բոլոր ոչ շտապ հիվանդանոցային ստացիոնար բուժօգնության համար: Որոշ դեպքերում ձեր PCP-ին կցված բժշկական խումբը, այլ ոչ թե մեր պլանը, կարող է թույլատրել ձեր ծառայությունը:

Դուք կարող եք որոշակի ծառայություններ ստանալ՝ առանց ձեր PCP-ի կողմից նախապես հաստատման, օրինակ՝ շտապ օգնության ծառայություններ, անհետաձգելի բուժօգնություն, երիկամային դիալիզի ծառայություններ Medicare-ի կողմից հավաստագրված դիալիզի կենտրոնում, գրիպի, հեպատիտ B-ի և թոքաբորբի պատվաստումներ, կանանց առօրյա բուժսպասարկման և ընտանիքի պլանավորման ծառայություններ, և այլն:

Ի՞նչ պետք է անեն Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan-ի ապահովագրության կամ առողջապահական ծառայություններ մատուցողների հետ կապված հարցեր ունենալու դեպքում:

- Չանգահարեք Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan-ի Հաճախորդների սպասարկման բաժին՝ (855) 905-3825, 8:00 - 20:00, շաբաթը յոթ օր:
- Չանգահարեք 711, եթե օգտագործում եք TTY:
- Այցելեք www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect:

Ի՞նչ կլինի, եթե ես ունեմ այլ բժշկական կամ դեղատոմսային դեղերի փոխհատուցման ապահովագրություն:

Եթե ունեք այլ բժշկական կամ դեղամիջոցների փոխհատուցման ապահովագրություն, օրինակ՝ գործատուի կամ արհմիության կողմից, դուք կամ ձեր ինսամակալության տակ գտնվողները կարող եք ամբողջությամբ զրկվել ձեր մյուս բժշկական կամ դեղամիջոցների փոխհատուցման ապահովագրությունից և չվերականգնել այն, եթե միանաք Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan-ին:

- Բժշկական և դեղամիջոցների փոխհատուցման ապահովագրությունը ներառում է TRICARE, Վետերանների գործերի վարչության կամ Medigap (Medicare-ի հավելյալ ապահովագրություն) ծրագրերը:
- Ձեր ապահովագրության վերաբերյալ հարցեր ունենալու դեպքում դիմեք այլ բժշկական/դեղամիջոցների փոխհատուցման ապահովագրության նպաստների տրամադրման ադմինիստրատորին:
- Եթե ցանկանում եք չեղարկել Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan-ի ձեր անդամակցությունը, պետք է զանգահարեք Health Care Options (Բուժօգնության տարբերակներ բաժին)՝ 1-844-580-7272 հեռախոսահամարով, երկուշաբթիից ուրբաթ, 8:00-ից 18:00: Չանգահարեք 1-800-430-7077, եթե օգտագործում եք TTY:

Կարո՞ղ եմ դուրս գալ Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan-ից <effective date>-ից հետո:

Այո: Դուք կարող եք դուրս գալ Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan-ից կամ ընտրել նոր Cal MediConnect տարվա ընթացքում ցանկացած ժամանակ՝ զանգահարելով Health Care Options՝ 1-844-580-7272 հեռախոսահամարով, երկուշաբթիից ուրբաթ, 8:00-ից 18:00: Չանգահարեք 1-800-430-7077, եթե օգտագործում եք TTY:

Եթե դուք դուրս եք գալիս Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan-ից և չեք ցանկանում գրանցվել այլ Cal MediConnect պլանում, ձեր ապահովագրությունը կավարտվի ամսվա վերջին օրը՝ մեզ տեղեկացնելուց հետո: Եթե դուք դուրս եք գալիս Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan-ից և չեք միանում Medicare-ի բժշկական կամ դեղատոմսային դեղերի պլանին, ձեզ կապահովագրեն Original Medicare ծրագրով, և Medicare-ը ձեզ կգրանցի Medicare-ի դեղատոմսային դեղերի պլանում:

Ի՞նչ կլինի, եթե ցանկանամ միանալ Cal MediConnect-ի այլ պլանի:

Եթե ցանկանում եք շարունակել ստանալ ձեր Medicare-ի և Medi-Cal-ի նպաստները մեկ պլանում, կարող եք միանալ Cal MediConnect-ի մեկ այլ պլանի: Գրանցվելու համար Cal MediConnect-ի մեկ այլ պլանի զանգահարեք Health Care Options՝ 1-844-580-7272 հեռախոսահամարով, երկուշաբթիից ուրբաթ, 8:00-ից 18:00: Չանգահարեք 1-800-430-7077, եթե օգտագործում եք TTY: Տեղեկացրեք, որ ցանկանում եք

դուրս գալ ներկայիս Cal MediConnect-ի պլանից և միանալ ուրիշ Cal MediConnect-ի պլանի: Եթե համոզված չեք, թե որ պլանին եք ցանկանում միանալ, նրանք կարող են տեղեկություններ հաղորդել ձեր շրջանում գործող այլ ծրագրերի մասին:

Ի՞նչ կպատահի իմ Medicare պլանի հետ, եթե ես դուրս գամ Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan-ից:

Եթե դուք դուրս եք գալիս Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan-ից և չեք միանում Medicare-ի բժշկական կամ դեղատոմսային դեղերի պլանին, ձեզ կապահովագրեն Original Medicare ծրագրով, և Medicare-ը ձեզ կգրանցի Medicare-ի դեղատոմսային դեղերի պլանում: Եթե դուք ցանկանում եք միանալ Medicare-ի բժշկական կամ դեղատոմսային դեղերի պլանին, ցանկանում եք իմանալ ավելի ձեր շրջանում գործող Medicare-ի ծրագրերի մասին, կամ հարցեր ունեք Medicare-ի հետ կապված,

- Չանգահարեք 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), օրը 24 ժամ, շաբաթը 7 օր:
- Չանգահարեք 1-877-486-2048, եթե օգտագործում եք TTY:
- Լյցելեք Medicare-ի գլխավոր էջ հետևյալ հասցեով՝ www.medicare.gov:

Ի՞նչ կլինի իմ Medi-Cal-ի հետ, եթե դուրս գամ Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan-ից:

Դուք պետք է ունենաք Medi-Cal առողջապահական պլան, որպեսզի շարունակեք ստանալ ձեր Medi-Cal ծառայությունները, ներառյալ՝ երկարաժամկետ բուժօգնության և օժանդակության ծրագրերը (LTSS), որոնք օգնում են ձեզ հոգալ շարունակական անձնական խնամքի կարիքները: Եթե ցանկանում եք դուրս գալ Cal MediConnect պլանից, դուք պետք է տեղեկացնեք Health Care Options բաժնին, թե Medi-Cal-ի կողմից կառավարվող բուժօգնության որ պլանին եք ցանկանում միանալ:

Դա անելու համար զանգահարեք Health Care Options՝ 1-844-580-7272 հեռախոսահամարով, երկուշաբթիից ուրբաթ, 8:00-ից 18:00: Չանգահարեք 1-800-430-7077, եթե օգտագործում եք TTY: Տեղեկացրեք, որ ցանկանում եք գրանցվել Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan-ում և ցանկանում եք միանալ Medi-Cal-ի կողմից կառավարվող բուժօգնության պլանին: Եթե դուք համոզված չեք, թե որ պլանին եք ցանկանում միանալ, նրանք կարող են ձեզ տեղեկություններ հաղորդել ձեր տարածքում գործող այլ ծրագրերի մասին:

Ի՞նչ անել, եթե օգնության կամ ավելի շատ տեղեկատվության կարիք ունենամ:

- Եթե ցանկանում եք խորհրդակցել բժշկական ապահովագրության խորհրդատուի հետ այս փոփոխությունների և ձեր ընտրության մասին, զանգահարեք Կալիֆոռնիայի Բժշկական ապահովագրության հարցերով խորհրդատվության և պաշտպանության ծրագիր (HICAP)՝ 1-800-434-0222 հեռախոսահամարով, երկուշաբթիից ուրբաթ, 8:00-ից 17:00: Չանգահարեք 711, եթե օգտագործում եք TTY:
- Եթե ձեզ հարկավոր է օգնություն՝ Cal MediConnect կամ Medi-Cal պլանում գրանցվելու համար, զանգահարեք Health Care Options բաժնին՝ 1-844-580-7272 հեռախոսահամարով, երկուշաբթիից ուրբաթ, 8:00-ից 18:00: Չանգահարեք 1-800-430-7077, եթե օգտագործում եք TTY:
- Եթե դուք Cal MediConnect պլանի անդամ եք և լրացուցիչ օգնության կարիք ունեք, զանգահարեք Cal MediConnect Ombuds Program՝ 1-855-501-3077 հեռախոսահամարով, երկուշաբթիից ուրբաթ, 9:00-ից 17:00: Չանգահարեք (855) 847-7914, եթե օգտագործում եք TTY:

Blue Shield of California Promise Health Plan-ը առողջապահական ծրագիր է, որը համագործակցում է Medicare-ի և Medi-Cal-ի հետ՝ այս երկու ծրագրերում ընդգրկված անդամներին օգտակար լինելու համար:

Սա ամբողջական ցանկը չէ: Նպաստների մասին տեղեկատվությունը նպաստների վերաբերյալ համառոտ ակնարկ է, այլ ոչ թե դրանց ամբողջական նկարագրությունը: Լրացուցիչ տեղեկությունների համար դիմեք ծրագրին կամ կարդացեք Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan-ի Անդամի ձեռնարկը:

Դուք կարող եք այս տեղեկությունները ստանալ անվճար այլ ձևաչափերով՝ խոշոր տպագիր, բրայլյան կամ աուդիո: Չանգահարեք (855) 905-3825 (TTY՝ 711) անվճար հեռախոսահամարով, շաբաթը յոթ օր, 8:00-ից 20:00: Չանգն անվճար է:

English:

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

中文 (Chinese):

请留意：如果您说中文，可以免费获得语言协助服务。请拨打 1-855-905-3825（听障和语障 专线：711），每周七天办公，早上 8:00 至晚上 8:00。此电话为免付费专线。

한국어 (Korean):

주: 귀하가 한국어를 사용하시는 경우, 무료로 언어 지원 서비스를 이용하실 수 있습니다. 1-855-905-3825 (TTY: 711)번으로 주 7일, 오전 8시부터 오후 8시까지 전화하실 수 있습니다. 이 전화는 무료입니다.

Русский (Russian):

ОБРАТИТЕ ВНИМАНИЕ! Если Вы говорите по-русски, мы можем предложить Вам бесплатные услуги языковой поддержки. Звоните по телефону 1-855-905-3825 (TTY: 711) с 8:00 до 20:00 без выходных. Звонок бесплатный.

فارسی (Farsi):

توجه: اگر به زبان فارسی صحبت می کنید، خدمات امداد زبانی بدون اخذ هزینه در اختیار شما می باشد. با شماره 1-855-905-3825 (TTY: 711)، از ساعت 8:00 صبح تا 8:00 شب در هفت روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است.

भाषा (Hindi):

ध्यान: यदि आप भाषा बोलते हैं, तो आपके ललए भाषा सहायता सेवाएं ननि:शुल्क उपलब्ध हैं। फोन करना 1-855-905-3825 (TTY: 711), सुबह 8:00 बजे से शाम 8:00 बजे तक, सप्ताह के सातों दिन। फोन करना फ्री है।

Lus Hmoob (Hmong):

LUS CEEV: Yog koj hais Lus Hmoob, muaj kev pab txhais lus pub dawb rau koj.Hu rau 1-855-905-3825 (TTY: 711), 8:00 teev sawv ntxov txog 8:00 teev tsaus ntuj, xya hnuv hauv ib lub as thiv.Qhov hu xov tooj no yog hu dawb xwb.

Español (Spanish):

ATENCIÓN: Si usted habla español, hay a su disposición servicios de asistencia de idiomas sin costo. Llame al 1-855-905-3825 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los siete días de la semana. La llamada es gratuita.

Tiếng Việt (Vietnamese):

LƯU Ý: Nếu quý vị nói tiếng Việt, chúng tôi sẽ cung cấp miễn phí dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ cho quý vị. Gọi số 1-855-905-3825 (TTY: 711), 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, bảy ngày y trong tuầ n. Cuộc gọi na y miễn phí.

Tagalog (Tagalog):

PAUNAWA: Kung nagsasalita kayo ng Tagalog, may mga available na libreng serbisyo ng tulong sa wika para sa inyo. Tumawag sa 1-855-905-3825 (TTY: 711), 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m., pitong araw sa isang linggo. Libre ang tawag.

العربية (Arabic):

تنبيه: إذا كنت تتحدث اللغة العربية، يتوفر لك خدمات المساعدة اللغوية المجانية. اتصل على الرقم (1-855-905-3825 (TTY: 711)، من الساعة 8:00 صباحًا إلى 8:00 مساءً طوال أيام الأسبوع. علمًا بأن هذه المكالمة مجانية.

ພາສາລາວ (Laotian):

ສິ່ງລຳຄັນ: ຖ້າທ່ານເວົ້າພາສາລາວແມ່ນມີບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອທາງດ້ານພາສາບໍ່ເສຍຄ່າໃຫ້ທ່ານ. ໂທຫາເບີ 1-855-905-3825 (TTY: 711), 8:00 ໂມງເຊົ້າ ຫາ 8:00 ໂມງແລງ, ເຈັດວັນຕໍ່ອາທິດ. ການໂທແມ່ນບໍ່ເສຍຄ່າ.

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。1-855-905-3825 (TTY: 711) まで、お電話にてご連絡ください。毎日午前8時から午後8時まで受け付けています。通話は無料です。

ภาษาไทย (Thai):

เรียน หากคุณพูดภาษา ภาษาไทย เรามีบริการความช่วยเหลือด้านภาษาให้แก่คุณโดยไม่มีค่าใช้จ่าย โทร 1-855-905-3825 (TTY: 711) 8:00 น. ถึง 20:00 น. ได้ตลอดเจ็ดวันต่อสัปดาห์ โทรฟรี ไม่มีค่าใช้จ่าย

ਪੰਜਾਬੀ (Punjabi):

ਸਾਵਧਾਨ : ਜੇ ਤੁਸੀਂ [ਪੰਜਾਬੀ] ਬੋਲਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਮੁਫਤ ਭਾਸ਼ਾ ਸਹਾਇਤਾ ਸੇਵਾਵਾਂ, ਉਪਲਬਧ ਹਨ | ਕਾਲ ਕਰੋ 1-855-905-3825 (TTY: 711), ਸਵੇਰੇ 8:00 ਵਜੇ ਤੋਂ ਸਾਮ 8:00 ਵਜੇ ਤੱਕ, ਹਫ਼ਤੇ ਦੇ ਸੱਤ ਦਿਨ | 711), ਸਵੇਰ ਦੇ 8 ਵਜੇ ਤੋਂ ਲੈ ਕੇ ਸ਼ਾਮ ਦੇ 8 ਵਜੇ ਤਕ, ਹਫ਼ਤੇ ਦੇ ਸੱਤ ਦਿਨ. ਕਾਲ ਫਰੀ ਹੈ |

ខ្មែរ (Khmer):

ចាប់អារម្មណ៍: បើសិនអ្នកនិយាយភាសាខ្មែរ សេវាជំនួយភាសា គឺមានសំរាប់អ្នក ដោយឥតគិតថ្លៃ។ ហៅ 1-855-905-3825 (TTY: 711) ម៉ោង 8:00 ព្រឹក ដល់ 8:00 យប់ ប្រាំពីរថ្ងៃមួយអាទិត្យ។ ហៅគឺឥតគិតថ្លៃទេ។

Հայերեն (Armenian):

blueshieldca.com/promise

ՈՒՇԱԴՐՈՒԹՅՈՒՆ՝ Եթե խոսում եք հայերեն, Ձեզ տրամադրելի են անվճար լեզվական օգնության ծառայու
թյուններ: Չանգահարեք 1-855-905-3825 (TTY՝ 711) համարով, 8:00-
ից 20:00, շաբաթը յոթ օր: Հեռախոսազանգն անվճար է:

Українська (Ukrainian):

ЗВЕРНІТЬ УВАГУ! Якщо Ви розмовляєте українською, ми можемо запропонувати Вам
безкоштовні послуги мовної підтримки. Телефонуйте 1-855-905-3825 (TTY: 711) з 8:00 до 20:00 без
вихідних. Дзвінок безкоштовний.

Mienh (Mien):

TOV JANGX LONGX OC: Beiv taix meih gorngv Mienh waac nor, ninh mbuo gorn zangc duqv mbenc
nzoih wang-henh nzie weih faan waac bun meih muangx maiv zuqc feix liuc cuotv zinh nyaanh.
Douc waac lox taux 1-855-905-3825 (TTY: 711), 8:00 diemv ziangh hoc lungn ndorm mingh taux 8:00
ziangh hoc lungn muonz, yietc norm liv baaz se koi nzoih siec hnoi. Naaiv norm douc waac gorn se
wang-henh longc maiv zuqc feix liuc cuotv zinh nyaanh.

Եթե այս փաստաթուղթը ձեզ անհրաժեշտ է այլ լեզվով կամ այլընտրանքային ձևաչափով՝ խոշոր տպագիր,
բրայլյան կամ աուդիո, կամ եթե այս նամակը հասկանալու համար ձեզ օգնություն է հարկավոր,
զանգահարեք Health Care Options՝ 1-844-580-7272 հեռախոսահամարով, երկուշաբթիից ուրբաթ, 8:00-
ից 18:00: Չանգահարեք 1-800-430-7077, եթե օգտագործում եք TTY: Դուք կարող եք այս
տեղեկատվությունը ստանալ անվճար:

Խտրականությունը դեմ է օրենքին

Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan-ը հետևում է նահանգային և դաշնային քաղաքացիական իրավունքի գործող օրենքներին և խտրականություն չի դնում, մերժում կամ այլ կերպ վերաբերվում մարդկանց՝ ռասայական, մաշկի գույնի, ազգային պատկանելության, էթնիկական, առողջական վիճակի, գենետիկ ինֆորմացիայի, ծագման, կրոնի, սեռի, ամուսնական կարգավիճակի, գենդերի, գենդերային ինքնության, սեռական կողմնորոշման, տարիքի, մտավոր կամ ֆիզիկական հաշմանդամության հիմքերով:

Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan-ը տրամադրում է՝

- Անվճար օգնություն և ծառայություններ հաշմանդամություն ունեցող անձանց՝ մեզ հետ ավելի արդյունավետ հաղորդակցման համար, օրինակ՝
 - Ժեստերի լեզվի որակավորված թարգմանիչներ
 - Գրավոր տեղեկություններ այլ ձևաչափերով (խոշոր տպագիր, աուդիո, մատչելի էլեկտրոնային ձևաչափեր, այլ ձևաչափեր)
- Անվճար լեզվական ծառայություններ այն անձանց համար, ում հիմնական լեզուն անգլերենը չէ, օրինակ՝
 - Որակավորված թարգմանիչներ
 - Այլ լեզուներով գրված տեղեկություններ

Եթե ձեզ անհրաժեշտ են այս ծառայությունները, դիմեք Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan-ի Զաղաքացիական իրավունքների համակարգողին:

Եթե կարծում եք, որ Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan-ը չի կարողացել տրամադրել այս ծառայությունները կամ խտրականություն է դրել ռասայական, մաշկի գույնի, ազգային պատկանելության, էթնիկական, առողջական վիճակի, գենետիկ ինֆորմացիայի, ծագման, կրոնի, սեռի, ամուսնական կարգավիճակի, գենդերի, գենդերային ինքնության, սեռական կողմնորոշման, տարիքի, մտավոր կամ ֆիզիկական հաշմանդամության հիմքով, դուք կարող եք բողոք ներկայացնել՝

Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan
Civil Rights Coordinator
601 Potrero Grande Dr.
Monterey Park, CA 91755
Հեռախոսահամար՝ (844) 883-2233 (TTY՝ 711)
Փաքս՝ (323) 889-2228
Էլփոստ՝ BSCPHPCivilRights@blueshieldca.com

Դուք կարող եք բողոք ներկայացնել անձամբ կամ փոստով, ֆաքսով կամ Էլփոստով: Եթե բողոք ներկայացնելու հետ կապված օգնության կարիք ունեք, Զաղաքացիական իրավունքների համակարգողը պատրաստ է ձեզ օգնել:

Դուք կարող եք նաև ներկայացնել քաղաքացիական իրավունքների ոտնահարման մասին բողոք ԱՄՆ Department of Health and Human Services (առողջապահության և սոցիալական ծառայությունների վարչություն), Զաղաքացիական իրավունքների գրասենյակ, Էլեկտրոնային եղանակով՝ Զաղաքացիական իրավունքների բողոքների գրասենյակի պորտալի միջոցով, որը հասանելի է այստեղ՝ <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, կամ փոստով, կամ հեռախոսով՝

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)

Բողոքների պորտալ՝ https://ocrportal.hhs.gov/ocr/cp/wizard_cp.jsf

Բողոքի ձևերը հասանելի են <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html> հասցեում: