

<Date>

<Member #>	تعريف ID العضو:	
<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>

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

<Name>

مرحباً بك في Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan (Medicare-Medicaid 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 هي خطة صحية بالتعاقد مع كل من برنامج Medicare وبرنامج Medi-Cal لتقديم مزايا كلا البرنامجين للمشاركين.

تشمل تغطيتك الجديدة:

- مزايا Medicare لك، بما في ذلك الصفات الطبية للعاقير.
- مزايا Medi-Cal لك، بما في ذلك الخدمات والدعم طويل الأجل (LTSS) التي تساعدك على الوفاء باحتياجاتك المستمرة من الرعاية الشخصية. وتشمل LTSS خدمات Community-Based Adult Services (CBAS)، الخدمات المجتمعية للبالغين، 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؛ مثل رعاية النظر وخدمات التنقل ومستكشف 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 والمشايات والكراسي المتحركة.

H0148_22_151_AR_C_Approved08092021

blueshieldca.com/promise

601 Potrero Grande Drive | Monterey Park, CA 91755

بعد هذا الخطاب دليلًا على تغطيتك الجديدة. أحضر هذا الخطاب معك إلى الصيدلية أو في الزيارة المكتبية إلى أن تحصل منا على بطاقة تعريف عضويتك. 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 صباحًا حتى الساعة 8 مساءً، طوال أيام الأسبوع.

ماذا سيحدث بعد ذلك؟

يمكنك أن تبدأ في استخدام شبكة مقدمي الرعاية الأولية والصيدليات الخاصة بـ Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan لتتصل على خدمات الرعاية الصحية والعقاقير التي تُصرف بوصفة طبية اعتبارًا من **<effective date>**. إذا احتجت إلى الرعاية الطارئة أو الملحّة، 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) لتتصل 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:

- تعليمات الحصول على المزيد من المعلومات بشأن العقاقير المدرجة في قائمة العقاقير المشمولة
- 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 لتتطلب 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؟

عندما تصرف عقاقيرك الموصوفة من صيدلية شبكتنا، لن تدفع ما يزيد عن **\$3.95** في كل مرة تحصل فيها على عقار مكافئ ومشمول في خطة Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan، ولن تدفع ما يزيد عن **\$9.85** 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 (PCP) في خطتنا تابعين لمجموعات طبية معينة. عند اختيارك لطبيب الرعاية الأولية (PCP)، فإنك تختار أيضًا المجموعة الطبية التي يتبع لها. وذلك يعني أن طبيب 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 التي 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 الأولية 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. وسيبلغ الاختصاصي مقدم الخدمة الأولية (PCP) المسؤول عنك عند إكمالك العلاج أو الخدمة حتى يستأنف مقدم الخدمة الأولية (PCP) 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 بجميع 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 905-3825-855، من الساعة 8 صباحًا إلى 8 مساءً، طوال أيام الأسبوع.
- اتصل برقم 711 إذا كنت من مستخدمي 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 تتلقاها 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 بوليصة Medigap (Medicare التأمين التكميلي).
- اتصل بمسؤول المزاي 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 مستخدمي 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 ص حتى 6 م. اتصل برقم 1-800-430-7077 إذا كنت من مستخدمي TTY.

إذا تركت Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan ولم ترغب في الاشتراك بخطة Cal MediConnect أخرى، ستنتهي تغطيتك بحلول آخر يوم في الشهر بعد أن تبلغنا بذلك. إذا تركت Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan ولم تشارك في خطة Medicare صحية أخرى أو خطة للعقاقير التي تصرف بوصفة طبية، فسيتم تغطيتك وفقاً لـ Original Medicare وسيضمك Medicare في خطة للعقاقير التي تصرف بوصفة طبية تابعة لـ Medicare.

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

إذا كنت ترغب في الاستمرار في تلقي 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 في الاشتراك بها، فيوسعهم إخبارك بشأن الخطة الأخرى المتاحة في منطقتك.

ماذا سيحدث لاشترائي 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 للعقاقير التي تصرف بوصفة طبية، فسيتم تغطيتك وفقاً لـ Original Medicare وسيضمك Medicare في خطة للعقاقير التي تصرف بوصفة طبية تابعة لـ Medicare. إذا كنت ترغب في الاشتراك في خطة Medicare للرعاية الصحية أو للعقاقير 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-MEDICARE (1-800-633-4227)، 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 لاشترائي 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. إذا تركت خطة Cal MediConnect، فستستمر في تلقي خدمات Medi-Cal من خلال Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan ما لم تختار خطة أخرى لخدمات Medi-Cal الخاصة بك.

ستتلقى معلومات بشأن خطط Medi-Cal الصحية عبر البريد. للانضمام في أحد خطط Medi-Cal الصحية، 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.

ماذا لو احتجت إلى المساعدة أو المزيد من المعلومات؟

- إذا كنت ترغب في التحدث مع مستشار التأمين الصحي بشأن تلك التغييرات واختيارك، اتصل 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.
- 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 1-855-501-3077، من الاثنين إلى الجمعة، من الساعة 9 ص حتى 5 م. اتصل برقم

Medi-Cal وبرنامج Medicare هي خطة صحية بالتعاقد مع كل من برنامج Medicare وبرنامج Medi-Cal لتقديم مزايا كلا البرنامجين للمشاركين.

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

يمكنك الحصول على هذه الوثيقة مجانًا بتنسيقات أخرى، مثل الملفات المطبوعة بحجم كبير أو برايل للمكفوفين أو الملفات الصوتية. اتصل بالهاتف 1-855-905-3825 (TTY: 711)، من الساعة 8 صباحًا حتى 8 مساءً، سبعة أيام في الأسبوع. الاتصال مجاني.

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 ਤੱਕ, 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 lorx 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.

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 Promise Cal MediConnect 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 خطة Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan:

- المساعدات والخدمات مجاناً 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 إلى هذه الخدمات، اتصل بـ Civil Rights Coordinator (منسق الحقوق المدنية) لدى Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan.

إذا رأيت أن Blue Shield Promise Cal MediConnect 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 Promise Cal MediConnect Plan
Civil Rights Coordinator
601 Potrero Grande Dr.
Monterey Park, CA 91755
الهاتف: (844) 883-2233 (TTY: 711)
فاكس: 889-2228 (323)

البريد الإلكتروني: BSCPHPCivilRights@blueshieldca.com

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

يمكنك أيضاً تقديم شكوى حقوق مدنية لدى Office for Civil Rights (مكتب الحقوق المدنية) التابع لـ U.S. Department of Health and Human Services (إدارة الصحة والخدمات الإنسانية الأمريكية) إلكترونياً عبر Office for Civil Rights Complaint Portal (بوابة شكاوى مكتب الحقوق المدنية)، المتاح عبر <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>، أو بالبريد أو الهاتف 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 الشكاوى: https://ocrportal.hhs.gov/ocr/cp/wizard_cp.jsf

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