

<Date>

<Member #>	شماره شناسایی عضو:	
<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 **Medi-Cal** و **Medicare** شماسست ثبت‌نام کرده‌اید. این نامه را به‌عنوان 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 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 ثبت‌نام شدگان ارائه بدهد.

پوشش بیمه جدید شما شامل موارد زیر است:

- مزایای Medicare شما، 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 خدمات اجتماع-محور برای بزرگسالان (CBAS) است، که به شما کمک می‌کند تا حد امکان در خانه خود بمانید. در صورت نیاز، مراقبت‌های آسایشگاهی را نیز شامل می‌شوند.

- انتخاب پزشکان و سایر ارائه‌دهندگان در شبکه ما که با همکاری یکدیگر مراقبت‌های مورد نیازتان را به شما ارائه می‌دهند.

- مزایا و خدمات اضافه مانند مراقبت‌های چشم، خدمات حمل‌ونقل و مشاور مراقبت‌های بهداشتی و سایر 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 غیره.

- تجهیزات پزشکی بادوام، مانند عصای زیر بغل، واکر و صندلی چرخدار.

H0148\_22\_150\_FA\_C\_Approved08092021

[blueshieldca.com/promise](https://blueshieldca.com/promise)

601 Potrero Grande Drive | Monterey Park, CA 91755

این نامه مدرک پوشش جدید شماست. لطفاً تا زمانی که «کارت شناسایی عضویت» خود را از ما دریافت نکرده‌اید، این نامه را هنگام مراجعه به داروخانه یا مطب پزشک همراه داشته باشید. اگر سوالی دارید، با مرکز پشتیبانی مشتریان Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan با شماره (855) 905-3825 (TTY: 711)، از 8 صبح تا 8 شب در هفت روز هفته تماس بگیرید.

### سپس چه اتفاقی می‌افتد؟

می‌توانید از تاریخ **<effective date>** برای دریافت کلیه خدمات مراقبت درمانی و داروهای نسخه‌ای خود شروع به استفاده از داروخانه‌ها و خدمات‌دهندگان درمانی اصلی شبکه Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan کنید. اگر به مراقبت‌های اضطراری یا فوری یا خدمات دیالیز در خارج از محدوده خدماتی نیاز دارید، می‌توانید از ارائه‌دهندگان خارج از شبکه Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan استفاده کنید.

برای کمک به شما در انتقال به Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan، می‌توانید که برای یک دوره دوازده (12) ماهه از تاریخ اجرای عضویت خود در Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan، همچنان نزد پزشکان فعلی خود بروید. برای اطلاع از نحوه انجام این کار، با مرکز پشتیبانی مشتریان Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan به شماره (855) 905-3825 (TTY: 711) از 8 صبح تا 8 شب در هفت روز هفته 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 مقررات 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.

### کیت جدید اعضا شامل موارد زیر است:

- دستورالعمل‌ها برای کسب اطلاعات بیشتر در مورد داروی موجود در فهرست داروهای تحت پوشش ما
- دستورالعمل‌ها برای کسب اطلاعات بیشتر در مورد خدمات‌دهندگان و داروخانه‌ها در شبکه ما
- کتابچه راهنمای اعضا (مدرک پوشش بیمه)

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

یک نسخه به‌روز شده از کتابچه راهنمای اعضا (مدرک پوشش بیمه) همیشه در وبسایت ما به نشانی [www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect](http://www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect) موجود می‌باشد. همچنین، می‌توانید با «مرکز مراقبت از مشتریان» به شماره (855) 905-3825 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 را 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؟

وقتی داروهای نسخه‌ای خود را در داروخانه‌ای از شبکه ما تحویل می‌گیرید، با هر بار دریافت داروی ژنریک تحت پوشش Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan حداکثر تا **\$3.95** و با هر بار داروی برند تحت پوشش Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan تا حداکثر **\$9.85** خواهید پرداخت. 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 ارائه‌دهنده مراقبت‌های اولیه (PCP) می‌توانید راهنمای داروخانه‌ها و ارائه‌دهندگان Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan را در وبسایت ما به نشانی [www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect](http://www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect) ببینید یا برای دریافت راهنمایی با مرکز پشتیبانی 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 اضافه‌ای 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 نام 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 به طور کامل دریافت کردید، پزشک متخصص این موضوع را به PCP شما اطلاع می‌دهد تا بتواند همچنان مراقبت‌های شما را انجام دهد.

همچنین، PCP باید از قبل تأییدیه‌ای از طرح بیمه‌تان بگیرد تا بتواند خدمات خاصی را دریافت کند. این تأییدیه قبلی را «مجوز قبلی» می‌نامند. مثلاً، برای تمام موارد بستری غیراضطراری در بیمارستان به مجوز قبلی نیاز دارید. در بعضی موارد، گروه پزشکی وابسته به PCP ممکن است بتواند، به جای طرح بیمه ما، 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 باشم چه کاری باید انجام دهم؟

- با مرکز پشتیبانی مشتریان Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan از طریق شماره (855) 905-3825 از 8 صبح تا 8 شب در هفت روز هفته تماس بگیرید.
- اگر کاربر TTY هستید با شماره 711 تماس بگیرید.
- به [www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect](http://www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect) مراجعه کنید.

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

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.

- انواع دیگر پوشش بیمه دارو و سلامت عبارتند از: TRICARE، Department of Veterans Affairs (دپارتمان امور کهنه‌سربازان)، یا خط مشی Medigap (بیمه تکمیلی Medicare).
- اگر درباره پوشش بیمه‌تان سوالی دارید، با مجری سایر مزایای پوشش بیمه دارو/سلامت تماس بگیرید.
- اگر می‌خواهید ثبت‌نام 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 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. شما می‌توانید در هر زمانی از سال از **Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan** خارج شوید یا برنامه **Cal MediConnect** جدیدی انتخاب کنید. برای این کار روزهای دوشنبه تا جمعه از ساعت 8 صبح تا 6 عصر 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 **Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan** را لغو کنید و مایل نباشید در **Cal MediConnect Plan** دیگری ثبت نام کنید، پوشش بیمه شما در آخرین روز از همان ماهی که درباره این موضوع به ما اطلاع داده‌اید پایان می‌یابد. اگر **Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan** را لغو 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** ثبت‌نام 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 ثبت‌نام 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 لغو 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** ثبت‌نام 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** سوآلی دارید:

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

**اگر Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan را لغو 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 لغو کنید، باید به **Health Care Options** اطلاع دهید که می‌خواهید در کدامیک از طرح‌های مراقبت تحت **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** ثبت‌نام کنید و می‌خواهید در یک طرح مراقبت تحت **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؟**

- برای صحبت با مشاور بیمه درمانی درباره این تغییرات و انتخاب‌هایتان، روزهای دوشنبه تا جمعه، از ساعت 8 صبح تا 5 عصر، 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 ثبت‌نام 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 عضو یک برنامه Cal MediConnect هستید و نیاز به کمک بیشتر دارید، از دوشنبه تا جمعه ساعت 9 صبح تا 5 عصر با Cal MediConnect Ombuds Program به شماره 1-855-501-3077 تماس بگیرید. اگر کاربر TTY هستید با شماره (855) 847-7914 تماس بگیرید.

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 ثبت‌نام‌شده‌ها ارائه دهد.

این فهرست کامل نیست. در اطلاعات مزایا فقط خلاصه مختصری ارائه می‌شود، 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.

می‌توانید این سند را به‌صورت رایگان در قالب‌های 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 تماس رایگان است.

### 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):

请注意：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 می‌کنید، خدمات امداد زبانی بدون اخذ هزینه در اختیار شما می‌باشد. 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 tuần. 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.

### :(Arabic) العربية

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 المكالمات مجانية.

### ພາສາລາວ (Laotian):

ສິ່ງສຳຄັນ: 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):

ਸਾਹਧਾਨ : 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 ਰਾਤ 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):**

ՈՒՇԱՂՈՒԹՅՈՒՆ՝ Եթե խոսում եք հայերեն, Ձեզ տրամադրելի են անվճար լեզվակազմի օգնություն ծառայություններ: 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 lungh ndorm mingh taux 8:00 ziangh hoc lungh 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.

If you need help understanding this page, please call 1-800-430-7077 (TTY: 711) or visit [blueshieldca.com/promise](https://www.blueshieldca.com/promise). We are here to help you understand your health care options. If you are deaf or hard of hearing, please call 1-800-430-7077 (TTY: 711) or visit [blueshieldca.com/promise](https://www.blueshieldca.com/promise). We are here to help you understand your health care options.

## رفتار تبعیض آمیز برخلاف قانون است

Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan از قوانین حقوق مدنی فدرال و قوانین ایالتی حاکم تبعیت می‌کند و بر اساس نژاد، رنگ پوست، خاستگاه ملی، قومیت، وضعیت پزشکی، اطلاعات ژنتیکی، تبار، مذهب، جنس، وضعیت تأهل، جنسیت، هویت جنسی، گرایش جنسی، سن، معلولیت روانی یا جسمانی تبعیض قائل نمی‌شود، افراد را مستثنی نمی‌کند یا با آن‌ها متفاوت رفتار نمی‌کند.

آنچه Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan ارائه می‌دهد:

- به افراد کم‌توان که قادر به برقراری ارتباط مؤثر با ما نیستند مساعدت‌ها و خدمات رایگان ارائه می‌دهد؛ خدماتی نظیر:
  - 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

در صورت نیاز به این خدمات، با هماهنگ‌کننده حقوق مدنی Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan تماس بگیرید.

اگر فکر می‌کنید Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan در ارائه این خدمات کوتاهی کرده یا بر اساس نژاد، رنگ پوست، ملیت، تبار، مذهب، جنس، وضعیت تأهل، جنسیت، هویت جنسی، گرایش جنسی، سن یا معلولیت ذهنی یا جسمی افراد تبعیضی علیه آن‌ها قائل شده است، می‌توانید شکایت خود را به مرجع زیر ارائه دهید:

Blue Shield Promise Cal MediConnect 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](mailto:BSCPHPCivilRights@blueshieldca.com)

می‌توانید شکایت خود را حضوری یا از طریق نامه، نامبر 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 «پورتال 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](https://ocrportal.hhs.gov/ocr/cp/wizard_cp.jsf)

فرم‌های شکایت در آدرس <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html> موجود است.