



Promise Health Plan

<Date>

<sub_full_name>

<sub_addr_line_one>

<sub_addr_line_two>

<sub_addr_city>, <sub_addr_state> <sub_addr_zip>

가입자 ID: <Member #>

Rx ID: <RxID>

Rx GRP: E0001002

Rx BIN: 004336

Rx PCN: 77993322

중요: 귀하께서는 Medicare 및 Medi-Cal 서비스를 위해 새로운 플랜에 가입이 되셨습니다. 본 서신은 보장 증명서이니 보관하세요.

<Name>:

Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan (Medicare-Medicaid Plan)

가입을 환영합니다!

<effective date>부터, 추가 비용 없이 중단 없는 고품질 케어를 제공하기 위해 설계된 Cal MediConnect 건강 플랜을 보유하시게 됩니다. Blue Shield of California Promise Health Plan은 Medicare와 Medi-Cal 양측과 계약을 통해 가입자에게 두 프로그램의 혜택을 모두 제공하기 위한 건강 플랜입니다.

귀하의 새로운 보장에는 다음이 포함됩니다:

- 처방 의약품을 포함한 Medicare 혜택
- 지속적인 개인 의료적 필요를 지원하는 장기 서비스 및 지원(LTSS)을 포함한 Medi-Cal 혜택. LTSS는 Community-Based Adult Services (CBAS, 커뮤니티 기반 성인 서비스)를 포함하며, 가능한 한 오래 자택에 머무실 수 있도록 도움을 드리는 서비스입니다. 필요하신 경우 요양원 케어도 포함됩니다.
- 귀하에게 필요한 서비스를 협력하여 제공할 네트워크 내 의사 및 기타 의료진 선택권.
- 안과 진료, 교통 서비스, 케어 내비게이터 및 보청기, 피트니스 클럽 멤버십, 피트니스 강좌, 처방전 없이 살 수 있는 품목 보상, 전 세계 응급 보장 등 기타 보장되는 서비스 포함 추가 혜택 및 서비스.
- 목발, 워커, 휠체어 등 가정용 의료 기구.

H0148_22_143_C_KO_091222

blueshieldca.com/promise

601 Potrero Grande Drive | Monterey Park, CA 91755

본 서신은 신규 보장 증명서입니다. 저희가 가입자 ID 카드를 보내드리기 전까지는 약국이나 진료소 방문 시 본 서신을 가져가세요. 문의 사항이 있으시면, 주 7일 오전 8 시~오후 8 시 운영하는 Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan 고객 관리 부서에 (855) 905-3825 (TTY: 711)번으로 전화해주세요.

다음으로 무엇을 해야 하나요?

모든 의료 서비스 및 처방 의약품은 Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan 네트워크 1차 진료 의사 및 약국에서 <effective date>부터 이용하실 수 있습니다. 응급 또는 긴급 치료가 필요하시거나 지역 외 투석 서비스가 필요하신 경우, Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan의 네트워크 외 의료진을 이용하실 수 있습니다.

Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan으로 이전하는데 도움을 드리기 위해, Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan 가입 발효일로부터 최대 십이(12)개월간 현재 담당 의사를 계속 이용하실 수 있습니다. 이용 방법을 알아보시려면 주 7일 오전 8시~오후 8시 운영하는 Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan 고객 관리 부서에 (855) 905-3825 (TTY: 711)번으로 전화해주세요.

중요 정보:

2023년 1월 1일부로, 귀하의 플랜이 Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan에서 Blue Shield TotalDual Plan (HMO D-SNP)으로 변경됩니다. 새로운 플랜은 현재 플랜과 동일한 회사에서 제공합니다. 새로운 플랜명은 Medicare Medi-Cal Plan이며, Medicare 및 Medi-Cal을 모두 보유하고 계신 분의 케어를 조정하기 위해 고안되었습니다. 이 플랜은 “Medi-Medi”로도 알려져 있습니다. 동일한 의료 서비스 혜택을 계속 이용하실 수 있습니다.

2022년 12월 31일까지는 Cal MediConnect를 통해 모든 서비스를 받게 되십니다. 그 후 2023년 1월 1일부터는 Medicare Medi-Cal Plan을 통한 서비스를 받게 되십니다.

Medicare Medi-Cal Plan은 Cal MediConnect 플랜과 매우 유사합니다.

- 지금 받고 계시는 의료 서비스 혜택을 계속 받으실 수 있습니다.
- Cal MediConnect 플랜의 의료진 중 많은 수가 포함된 의료진 네트워크를 이용하실 수 있습니다.
- 이 플랜에 귀하는 보험료를 지급하지 않습니다. 또한, 가입하신 의료 플랜의 의료진 네트워크에 속한 의료진을 이용하실다면 의사 방문 또는 기타 의료 서비스에 대한 비용을 내지 않습니다.
- 현재 1차 진료 의사(PCP)가 새로운 플랜의 네트워크에 속해 있다면 의료 서비스가 필요할 때 계속 해당 의사를 이용하실 수 있습니다. 담당 PCP가 새로운 플랜의 네트워크에 속해 있지 않다면 새로운 플랜에 연락하여 현재 PCP를 최대 1년까지 계속 이용할 수 있는지 문의하실 수 있습니다. 담당 PCP가 플랜의 네트워크에 가입하지 않는다면 원하시는 다른 PCP를 찾으러 플랜에서 도움을 드립니다.

Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan에서 Medicare Medi-Cal Plan 관련 추가 정보를 담은 안내서를 별도로 보내드립니다.

새로운 Medicare Medi-Cal Plan 가입을 위해 아무것도 하실 필요가 없습니다. 변경에 관한 자세한 정보를 확인하시려면 Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan에 (855) 905-3825 (TTY: 711)번으로 전화해주세요. 매일 오전 8 시에서 오후 8 시까지 운영합니다.

복용 중인 의약품이 당사의 보장되는 의약품 목록에 없거나 건강 플랜 규칙에 따라 담당의가 주문한 양을 받아보실 수 없거나 Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan의 사전 승인이 필요한 의약품인 경우, 플랜 가입 후 최초 90일간 현재 복용 중인 처방 의약품의 30일 제공분도 받아보실 수 있습니다.

신규 가입자 키트 포함 사항:

- 혜택 요약
- 보장되는 의약품 목록의 의약품 정보를 자세히 확인할 수 있는 방법
- 네트워크 내 의료진 및 약국 정보를 자세히 확인할 수 있는 방법 안내
- 가입자 핸드북(보장범위 증서)

<enrollment effective date> 이전에 가입자 ID 카드를 보내드립니다.

최신 가입자 핸드북(보장범위 증서) 사본은 당사 웹사이트 www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect 에서 언제든지 확인하실 수 있습니다. 가입자 핸드북을 우편으로 요청하시려면 매일 오전 8 시에서 오후 8 시까지 운영하는 고객 관리 부서에 (855) 905-3825 (TTY: 711)번으로 전화해주세요.

Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan에 얼마를 납부해야 하나요?

Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan 의료진을 통해 의료 서비스를 받는 경우 플랜 보험료, 공제액, 또는 코페이를 납부할 필요가 없습니다.

처방 의약품에 얼마를 납부해야 하나요?

네트워크 약국에서 처방 의약품을 받으시면, Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan이 보장하는 제네릭 의약품인 경우 회당 **\$3.95**, Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan이 보장하는 브랜드 의약품인 경우 회당 **\$9.85** 이하를 납부하시게 됩니다. Extra Help(저소득 보조금) 등급에 따라 처방 의약품 코페이는 달라질 수 있습니다. Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan에 연락하여 자세한 내용을 알아보세요.

1차 진료 의사를 어떻게 선택하나요?

1차 진료 의사(PCP)를 선택하려면, 당사 웹사이트 www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect에서 Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan 의료진 및 약국 명부를 둘러보시거나, 고객 관리 부서에 연락하여 도움을 받으실 수 있습니다.

정기 또는 기본 진료를 담당 PCP에게서 받으실 수 있습니다. 담당 PCP는 필요한 기타 보장되는 서비스를 조율할 수도 있습니다.

당사 플랜의 PCP는 특정 의료 그룹에 소속되어 있습니다. 담당 PCP 선택 시, 소속 의료 그룹 역시 선택되는 것입니다. 즉 담당 PCP는 본인이 소속된 의료 그룹 내의 전문의 및 서비스를 대상으로 추천서를 작성합니다. 그러므로 이용을 원하시는 특정 Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan 전문의 또는 병원이 있는 경우, 해당 전문의나 병원이 담당 PCP의 의료 그룹에 소속되었는지 확인하는 것이 중요합니다.

담당 PCP가 제공할 수 없는 전문 치료 또는 추가 서비스가 필요하실 때, PCP는 추천서를 드릴 것입니다. 대부분의 경우, 다른 의료 서비스 제공자 또는 전문의 방문 이전에 PCP를 만나 추천서를 받으셔야 합니다. 담당 PCP의 의료 그룹에서 추천서의 승인을 받으면, 전문의 또는 기타 의료 서비스 제공자와 예약을 잡고 필요한 치료를 받으실 수 있습니다. 이 전문의는 치료나 서비스가 완료되는 시기를 담당 PCP에게 알려 귀하의 진료를 계속할 수 있도록 할 것입니다.

또한, 담당 PCP는 특정한 서비스를 제공하기 전 플랜에서 미리 승인을 받아야 합니다. 이렇게 미리 받는 승인을 “사전 승인”이라고 합니다. 예를 들어, 모든 비응급 병원 입원 시에 사전 승인이 필요합니다. 당사 플랜 대신 PCP가 소속된 의료 그룹이 서비스 승인을 할 수 있는 경우가 일부 있습니다.

먼저 담당 PCP의 승인 없이도 받으실 수 있는 특정 서비스가 있습니다. 응급 서비스, 긴급 치료, Medicare가 인증한 투석 시설에서 받는 신장 투석 서비스, 독감 예방접종, B형 간염 및 폐렴 예방접종, 정기 여성 의료 서비스 및 가족계획 서비스 등이 여기에 포함됩니다.

Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan의 보장 또는 의료 서비스 제공자에 관해 문의 사항이 있으면 어떻게 하나요?

- 주 7일 오전 8시~오후 8시 운영하는 Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan 고객 관리 부서에 (855) 905-3825번으로 전화해주세요.
- TTY 사용자는 711번으로 전화하시면 됩니다.
- www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect에 방문하세요.

다른 의료 또는 처방 의약품 보장이 있는 경우 어떻게 되나요?

직장 또는 조합이 제공하는 보장 등 다른 의료 또는 의약품 보장이 있는 경우, Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan에 가입하시면 귀하 또는 귀하의 피부양자는 다른 의료 또는 의약품 보장을 완전히 탈퇴하게 되며 되돌릴 수 없습니다.

- TRICARE, Department of Veterans Affairs(보훈처), 또는 Medigap(Medicare 보충 보험) 정책 등이 다른 의료 및 처방 의약품 보장 유형에 포함됩니다.
- 보장에 관한 문의 사항이 있으시면 해당 의료/의약품 보장 혜택

관리자에게 연락해주세요.

- Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan 가입 취소를 원하시면 월요일~금요일 오전 8시에서 오후 6시까지 운영하는 Health Care Options에 1-844-580-7272번으로 전화하셔야 합니다. TTY 사용자는 1-800-430-7077번으로 전화하시면 됩니다.

<effective date> 이후에 Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan을 탈퇴할 수 있나요?

예. 연중 어느 때나 월요일~금요일 오전 8시에서 오후 6시까지 운영하는 Health Care Options에 1-844-580-7272번으로 전화하시면 Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan을 탈퇴하시거나 새로운 Cal MediConnect를 선택하실 수 있습니다. TTY 사용자는 1-800-430-7077번으로 전화하시면 됩니다.

Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan을 탈퇴하고 다른 Cal MediConnect 플랜에 가입을 원하지 않으시면, 당사에 알려주신 달의 마지막 날 보장이 종료됩니다.

Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan을 탈퇴하고 Medicare 의료 또는 처방 의약품 플랜에 가입하지 않으시면, Original Medicare로 보장받게 되며 Medicare가 귀하를 Medicare 처방 의약품 플랜에 등록할 것입니다.

다른 Cal MediConnect 플랜에 가입하고 싶으면 어떻게 하나요?

단일 플랜으로 계속해서 Medicare 및 Medi-Cal 혜택을 함께 받고 싶으시면, 다른 Cal MediConnect 플랜에 가입하실 수 있습니다. 다른 Cal MediConnect에 가입하시려면 월요일~금요일 오전 8시에서 오후 6시까지 운영하는 Health Care Options에 1-844-580-7272번으로 전화해주세요. TTY 사용자는 1-800-430-7077번으로 전화하시면 됩니다. 직원에게 가입 중인 Cal MediConnect 플랜을 탈퇴하고 다른 Cal MediConnect 플랜에 가입하려 하신다고 말씀해주세요. 어떤 플랜에 가입해야 할지 모르시면, 지역에서 제공되는 다른 플랜에 관해 알려드릴 것입니다.

Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan을 탈퇴하면 Medicare 보장은 어떻게 되나요?

Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan을 탈퇴하고 Medicare 의료 또는 처방 의약품 플랜에 가입하지 않으시면, Original Medicare로 보장받게 되며 Medicare가 귀하를 Medicare 처방 의약품 플랜에 등록할 것입니다. Medicare 의료 또는 처방 의약품 플랜에 가입을 원하시거나 지역에서 제공되는 Medicare 플랜에 관해 자세히 알고 싶으시거나 Medicare에 문의 사항이 있으시면:

- 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)번으로 전화해주세요. 주 7일, 하루 24시간 운영합니다.

- TTY 사용자는 1-877-486-2048번으로 전화하시면 됩니다.
- Medicare 홈페이지 www.medicare.gov에 방문하세요.

Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan을 탈퇴하면 Medi-Cal 보장은 어떻게 되나요?

지속적인 개인 의료적 필요를 지원하는 장기 서비스 및 지원(LTSS)을 포함한 Medi-Cal 서비스를 계속 받으시려면 Medi-Cal 건강 플랜을 보유해야 합니다. Cal MediConnect 플랜을 탈퇴하는 경우, Health Care Options에 연락하여 어떤 Medi-Cal 관리 케어 플랜에 가입을 원하시는지 알려주셔야 합니다.

월요일~금요일 오전 8시에서 오후 6시까지 운영하는 Health Care Options에 1-844-580-7272번으로 전화해주세요. TTY 사용자는 1-800-430-7077번으로 전화하시면 됩니다. Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan이 아니라 Medi-Cal 관리 케어 플랜에 가입하려 하신다고 직원에게 말씀해주세요. 어느 플랜에 가입해야 할지 모르시면, 지역에서 제공되는 다른 플랜에 관해 알려드릴 것입니다.

도움이나 추가 정보가 필요하면 어떻게 하나요?

- 보장되는 혜택 관련 자세한 정보를 확인하시려면 Health Insurance Counseling and Advocacy Program (HICAP, 건강보험 상담 및 지원 프로그램) 또는 판매 대리인에게 연락해주세요. HICAP는 캘리포니아의 노인 시민 여러분을 위한 건강 보험 상담을 제공합니다. HICAP의 무료 전화 1-800-434-0222번으로 연락하여 현지 HICAP 사무소의 추천서를 요청하실 수 있습니다. HICAP는 캘리포니아주에서 무료로 제공하는 서비스입니다.
- Cal MediConnect 또는 Medi-Cal 플랜 가입에 도움이 필요하시면 월요일~금요일 오전 8시에서 오후 6시까지 운영하는 Health Care Options에 1-844-580-7272번으로 전화해주세요. TTY 사용자는 1-800-430-7077번으로 전화하시면 됩니다.
- Cal MediConnect 플랜 가입자이고 추가 도움이 필요하시면 월요일~금요일 오전 9시에서 오후 5시까지 운영하는 Medicare Medi-Cal Ombudsman Program(Cal MediConnect Ombuds Program으로도 알려짐)에 1-855-501-3077번으로 전화해주세요. TTY 사용자는 (855) 847-7914번으로 전화하시면 됩니다.

Blue Shield of California Promise Health Plan은 Medicare와 Medi-Cal 양측과 계약을 통해 가입자에게 두 프로그램의 혜택을 모두 제공하기 위한 건강 플랜입니다.

이는 전체 목록이 아닙니다. 본 혜택 정보는 간략히 요약한 것으로, 혜택 전체를 설명한 것이 아닙니다. 자세한 정보를 확인하시려면 플랜에 연락하시거나 **Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan** 가입자 핸드북을 읽어보세요.

본 문서는 큰 활자, 점자 또는 음성 등 다른 형태로도 제공되며 무료로 받아 보실 수 있습니다. 주 7일 오전 8 시에서 오후 8 시까지 운영하는 (855) 905-3825 (TTY: 711)번으로 전화해주세요. 무료 전화입니다.

언어 지원 안내

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 7 일, 오전 8 시부터 오후 8 시까지 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 लिए भाषा सहायता सेवाएं नि:शुल्क उपलब्ध हैं। फ़ोन करना 1-855-905-3825 (TTY: 711), सुबह 8:00 बजे से शाम 8:00 बजे तक, सप्ताह के सातों दिन। फ़ोन करना फ़्री 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 trong tuần. Cuộc gọi này 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 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):

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 ਸ਼ਾਮ 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 ਫ੍ਰੀ ਹੈ |

ខ្មែរ (Khmer):

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

Հայերեն (Armenian):

Ուշադրություն: Եթե խոսում եք հայերեն, Ձեզ տրամադրվելի են անվճար լեզվաբան 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 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.

다른 언어나 큰 활자, 점자, 음성 등 다른 양식으로 된 본 문서가 필요하시거나 본 서신을 이해하는 데 도움이 필요하시면, 월요일~금요일 오전 8시에서 오후 6시까지 운영하는 Health Care Options에 1-844-580-7272번으로 전화해주세요. TTY 사용자는 1-800-430-7077번으로 전화하시면 됩니다. 이러한 정보는 무료로 제공됩니다.

차별은 법에 저촉됩니다

Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan은 해당 주법 및 연방 인권법을 준수하며 인종, 피부색, 출신국, 민족 집단 신원, 의료 질환, 유전 정보, 혈통, 종교, 성별, 결혼 상태, 젠더, 젠더 정체성, 성적 지향, 나이, 정신 장애 또는 신체장애를 이유로 사람을 차별하거나 배제하거나 다르게 대우하지 않습니다.

Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan은 다음을 제공합니다:

- 당사와 효과적인 의사소통을 위하여 장애가 있는 분에게 무료로 제공하는 다음과 같은 도움과 서비스:
 - 공인 수화 통역사
 - 다양한 형식으로 작성된 정보(큰 활자, 음성, 접근 가능한 전자 형식, 기타 형식)
- 주 언어가 영어가 아닌 분들을 위하여 무료로 제공하는 다음과 같은 언어 서비스:
 - 공인 통역사
 - 다른 언어로 작성된 정보

이러한 서비스가 필요하시면, Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan 인권 코디네이터에게 연락해주세요.

Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan이 이러한 서비스를 제공하지 못하거나, 인종, 피부색, 출신국, 민족 집단 신원, 의료 질환, 유전 정보, 혈통, 종교, 성별, 결혼 상태, 젠더, 젠더 정체성, 성적 지향, 나이, 장애를 이유로 차별을 한다고 생각하시면, 다음으로

고충을 제기하실 수 있습니다.

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

대면으로 고충을 제기할 수 있으며 우편, 팩스 또는 이메일로도 가능합니다. 고충 제기에도움이 필요하시면, 인권 코디네이터가 도와드리겠습니다.

또한, U.S. Department of Health and Human Services(미국 연방 보건복지부) 인권 사무소에 인권 사무소 불만 제기 포털 <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>를 통하여 전자 형식으로 인권 불만을 제기하실 수 있습니다. 또한, 우편이나 전화를 이용하실 경우는 다음 정보를 이용하세요.

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)
불만 제기 포털: https://ocrportal.hhs.gov/ocr/cp/wizard_cp.jsf

불만 신고 양식은 <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>에서 이용 가능합니다.