

Mẫu đơn Yêu cầu Chăm sóc Liên tục

Chăm sóc liên tục là quy trình cho phép tiếp tục chăm sóc cho các thành viên thay đổi chương trình, hoặc (các) chương trình hoặc nhà cung cấp dịch vụ của họ đã bị chấm dứt khỏi mạng lưới nhà cung cấp tham gia. Phạm vi bảo hiểm phụ thuộc vào các điều khoản và điều kiện trong chương trình của quý vị.

Nếu quý vị đáp ứng các tiêu chí nhất định, quý vị có thể đủ điều kiện để tiếp tục điều trị với bác sĩ hiện tại của mình. Vui lòng xem lại tài liệu về Chăm sóc Liên tục của Blue Shield tại blueshieldca.com/forms.

Quý vị cũng có thể xem lại thông tin bên dưới để xem mình có đủ điều kiện hay không. Nếu quý vị cần hỗ trợ, vui lòng gọi số Dịch vụ Thành viên trên thẻ ID thành viên Blue Shield.

Hướng dẫn:

Xem lại Phần 1 của mẫu đơn này, đây là phần tổng quan về cách đủ điều kiện nhận các dịch vụ chăm sóc liên tục. Xin lưu ý: Điều này tùy thuộc vào tính đủ điều kiện và các điều khoản, điều kiện trong chương trình của quý vị.

Hoàn thành Phần 2 của mẫu đơn này, trong đó yêu cầu thông tin về cách điều trị mà thành viên đang trải qua và (các) nhà cung cấp liên quan đến việc chăm sóc thành viên.

Hoàn thành Phần 3 bằng cách đính kèm tài liệu điều trị được yêu cầu:

- ghi chú từ cuộc tư vấn ban đầu với (các) nhà cung cấp của thành viên
- ba ghi chú tiến độ cuối cùng từ (các) nhà cung cấp của thành viên
- kế hoạch điều trị của thành viên

Xem lại Phần 4, bao gồm cả ô chứng nhận và ủy quyền

Phần 1 – Tình trạng y tế đủ điều kiện:

Tùy thuộc vào các điều khoản và điều kiện của chương trình, các thành viên có thể đủ điều kiện để được chăm sóc liên tục đối với một số dịch vụ nhất định, chẳng hạn như:

- chăm sóc nội trú
- điều trị bệnh giai đoạn cuối
- quá trình điều trị tích cực cho tình trạng y tế cấp tính hoặc sức khỏe tâm thần hoặc rối loạn sử dụng chất kích thích, bao gồm cả tình trạng sức khỏe tâm thần của bà mẹ
- điều trị cho tình trạng nghiêm trọng và phức tạp, hoặc là một phần của quá trình điều trị tích cực cho tình trạng mãn tính nghiêm trọng
- chăm sóc thai kỳ, bao gồm cả chăm sóc trong các kỳ ba tháng và chăm sóc sau sinh
- chăm sóc trẻ từ sơ sinh đến 36 tháng tuổi
- phẫu thuật không tự chọn theo lịch

Phần 2 – Thông tin về các phương pháp điều trị và nhà cung cấp hiện tại

Thông tin Bệnh nhân

Tên:	ID Người đăng ký:	
Địa chỉ:		
Thành phố:	Tiểu bang:	Mã ZIP:
Ngày sinh:	Mối quan hệ với Người đăng ký:	
Số điện thoại chính:	Số điện thoại phụ:	
Chủ lao động của quý vị có thay đổi chương trình bảo hiểm sức khỏe của quý vị không? <input type="checkbox"/> Có hoặc <input type="checkbox"/> Không		
Công ty bảo hiểm sức khỏe trước đây (nếu có):		

Số hồ sơ y tế của Kaiser (nếu có):

Ngày bảo hiểm kết thúc:	Chương trình bảo hiểm sức khỏe trước đây có còn được cung cấp không? <input type="checkbox"/> Có hoặc <input type="checkbox"/> Không
-------------------------	--

Tên của chương trình bảo hiểm sức khỏe mới:

Ngày có hiệu lực của chương trình bảo hiểm sức khỏe mới:

Thông tin Y tế Bệnh nhân

Nếu mang thai, ngày dự sinh là ngày bao nhiêu?

Tên của bệnh viện/cơ sở phụ sản:	Tên của OB/GYN (Khoan sản/Phụ khoa):
----------------------------------	--------------------------------------

Thành viên hiện đang nằm viện? <input type="checkbox"/> Có hoặc <input type="checkbox"/> Không	Tên bệnh viện:
--	----------------

Thành viên hiện có đang được chăm sóc sức khỏe tại nhà hoặc tại viện điều dưỡng không? Có hoặc Không

Tên của nhà cung cấp dịch vụ Chăm sóc sức khỏe tại nhà hoặc Viện điều dưỡng:

ID thuế của nhà cung cấp dịch vụ Chăm sóc sức khỏe tại nhà hoặc Viện điều dưỡng:

Số điện thoại:	Số fax:
----------------	---------

Thành viên có mắc bệnh ở giai đoạn cuối hay không?

Thông tin bổ sung cần được xem xét

Xin vui lòng liệt kê bất kỳ thông tin bổ sung nào cần được xem xét:

Thông tin Nhà cung cấp 1

Họ và tên Nhà cung cấp được yêu cầu:

Mã định danh nhà cung cấp quốc gia (NPI):	Mã số thuế thanh toán
---	-----------------------

Thành phố:	Tiểu bang:	Mã ZIP:
------------	------------	---------

Số điện thoại:	Số fax:
----------------	---------

Chuyên môn của Nhà cung cấp:

Tình trạng/chẩn đoán đang được điều trị (mã ICD-10, nếu có):

Điều trị ((các) mã CPT, nếu có):

Ngày bắt đầu đầu tiên với Nhà cung cấp:

Ngày cuối cùng khám/điều trị tại văn phòng:

Ngày hẹn khám/điều trị tiếp theo:

Thông tin Nhà cung cấp 2

Họ và tên Nhà cung cấp được yêu cầu:

Mã định danh nhà cung cấp quốc gia (NPI):	Mã số thuế thanh toán
---	-----------------------

Thành phố:	Tiểu bang:	Mã ZIP:
------------	------------	---------

Số điện thoại:	Số fax:
----------------	---------

Chuyên môn của Nhà cung cấp:

Tình trạng/chẩn đoán đang được điều trị (mã ICD-10, nếu có):

Điều trị ((các) mã CPT, nếu có):

Ngày bắt đầu đầu tiên với Nhà cung cấp:

Ngày cuối cùng khám/điều trị tại văn phòng:

Ngày hẹn khám/điều trị tiếp theo:

Thông tin Nhà cung cấp 3

Họ và tên Nhà cung cấp được yêu cầu:

Mã định danh nhà cung cấp quốc gia (NPI):	Mã số thuế thanh toán
---	-----------------------

Thành phố:	Tiểu bang:	Mã ZIP:
------------	------------	---------

Số điện thoại:	Số fax:
----------------	---------

Chuyên môn của Nhà cung cấp:

Tình trạng/chẩn đoán đang được điều trị (mã ICD-10, nếu có):

Điều trị ((các) mã CPT, nếu có):

Ngày bắt đầu đầu tiên với Nhà cung cấp:

Ngày cuối cùng khám/điều trị tại văn phòng:

Ngày hẹn khám/điều trị tiếp theo:

Thông tin Nhà cung cấp 4

Họ và tên Nhà cung cấp được yêu cầu:

Mã định danh nhà cung cấp quốc gia (NPI):	Mã số thuế thanh toán
---	-----------------------

Thành phố:	Tiểu bang:	Mã ZIP:
------------	------------	---------

Số điện thoại:	Số fax:
----------------	---------

Chuyên môn của Nhà cung cấp:

Tình trạng/chẩn đoán đang được điều trị (mã ICD-10, nếu có):

Điều trị ((các) mã CPT, nếu có):

Ngày bắt đầu đầu tiên với Nhà cung cấp:

Ngày cuối cùng khám/điều trị tại văn phòng:

Ngày hẹn khám/điều trị tiếp theo:

Phần 3 – Vui lòng đính kèm các tài liệu sau cho từng nhà cung cấp

- Báo cáo tham vấn sơ bộ từ (các) nhà cung cấp dịch vụ điều trị
- Kế hoạch điều trị hiện tại
- 3 hồ sơ ghi chép tiến triển gần nhất

Phần 4 – Đánh giá

Xin lưu ý: Blue Shield chỉ có thể phê duyệt các dịch vụ Chăm sóc Liên tục khi nhận được thỏa thuận đã ký của nhà cung cấp dịch vụ điều trị về việc:

- 1) chấp nhận mức giá tiêu chuẩn theo hợp đồng đã ký kết với nhà cung cấp tham gia mạng lưới của Blue Shield
- 2) chỉ thu các khoản đồng chi trả/đồng bảo hiểm từ thành viên của Blue Shield
- 3) không ghi hóa đơn số dư cho thành viên của Blue Shield đối với mọi khoản tiền phát sinh từ các bất đồng về tài chính

Xác nhận, Ủy quyền và Chữ ký của Thành viên

Theo hiểu biết và sự tin tưởng của mình, tôi xác nhận rằng tất cả lời khai trên đây và tất cả tài liệu đi kèm là đúng, chính xác và đầy đủ. Bằng văn bản này, tôi ủy quyền cho bác sĩ, cơ sở chăm sóc y tế và nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc y tế khác, hãng bảo hiểm, bệnh viện hoặc chương trình dịch vụ y tế cung cấp cho Blue Shield, hoặc các đại lý hoặc nhân viên của Blue Shield tất cả thông tin liên quan đến bệnh tật mà bệnh nhân này đã được nhận vào bất kỳ thời điểm nào. Thông tin này được thu thập để đánh giá và xử lý yêu cầu này.

Tên của thành viên trả lời:

Chữ ký của thành viên

Ngày ký

Số điện thoại mà chúng tôi có thể liên hệ với thành viên:

Gửi lại mẫu đơn này qua đường bưu điện tới địa chỉ:
Blue Shield of California
Attn: Continuity of Care Team
P.O. Box 629005
El Dorado Hills, CA 95762

Gửi mẫu đơn này qua đường fax tới:
(855) 895-3506

Việc gửi fax có thể bao gồm các thông tin y tế tuyệt mật, được bảo vệ và ưu tiên, Thông tin Cá nhân hoặc Thông tin Sức khỏe (PHI) và/hoặc thông tin pháp lý. Các thông tin chỉ nhằm mục đích sử dụng của cá nhân hay tổ chức có tên ở trên.

Nếu quý vị không phải là người chỉ định nhận tài liệu này, quý vị không được phép sử dụng, xuất bản, thảo luận, phổ biến, hoặc phân phối tài liệu này. Nếu quý vị không phải là người nhận chỉ định hoặc nếu quý vị nhận được tài liệu này do sai sót, xin vui lòng thông báo cho người gửi ngay lập tức và **bí mật** hủy bỏ các thông tin gửi nhầm qua fax.

Cảm ơn sự giúp đỡ của quý vị trong việc duy trì tính bảo mật thích hợp.

Đã sửa đổi: 03/2022

Có hiệu lực: 01/2022

Blue Shield Promise Health Plan of California

Thông Báo Dành Cho Các Cá Nhân Về Yêu Cầu Không Phân Biệt Đối Xử Và Khả Năng Tiếp Cận

Phân biệt đối xử là hành vi vi phạm pháp luật

Blue Shield Promise Health Plan of California Promise Health Plan tuân thủ luật pháp tiểu bang và luật dân quyền liên bang hiện hành, và không phân biệt đối xử, loại trừ mọi người hoặc đối xử khác biệt với mọi người theo chủng tộc, màu da, nguồn gốc quốc gia, nhóm dân tộc, tình trạng y tế, thông tin di truyền, tổ tiên, tôn giáo, tình dục, tình trạng hôn nhân, giới tính, bản dạng giới, thiên hướng tình dục, tuổi tác, tình trạng khuyết tật tâm thần hoặc khuyết tật thể chất.

Blue Shield Promise Health Plan of California Promise Health Plan cung cấp:

- Các hỗ trợ và dịch vụ miễn phí cho người khuyết tật để có thể giao tiếp hiệu quả với chúng tôi, ví dụ:
 - Phiên dịch viên ngôn ngữ ký hiệu đủ năng lực
 - Thông tin bằng văn bản theo nhiều định dạng khác (bản in khổ lớn, âm thanh, định dạng điện tử có thể truy cập, các định dạng khác)
- Dịch vụ ngôn ngữ miễn phí cho các người sử dụng ngôn ngữ chính không phải là tiếng Anh, ví dụ:
 - Phiên dịch viên đủ năng lực
 - Thông tin được viết bằng các ngôn ngữ khác

Nếu quý vị cần các dịch vụ này, hãy liên hệ Điều Phối Viên Quyền Công Dân của Blue Shield Promise Health Plan of California Promise Health Plan.

Nếu quý vị cho rằng Blue Shield Promise Health Plan of California Promise Health Plan không cung cấp các dịch vụ này hoặc có sự phân biệt đối xử theo cách khác về chủng tộc, màu da, nguồn gốc quốc gia, nhận dạng nhóm dân tộc, tình trạng y tế, thông tin di truyền, tổ tiên, tôn giáo, giới tính, tình trạng hôn nhân, giới tính, bản dạng giới, thiên hướng tình dục, tuổi tác, khuyết tật tâm thần hoặc khuyết tật thể chất, quý vị có thể gửi khiếu nại tới:

Blue Shield Promise Health Plan of California Promise Health Plan
Civil Rights Coordinator
601 Potrero Grande Dr.
Monterey Park, CA 91755
Điện thoại: (844) 883-2233 (TTY: 711)
Fax: (323) 889-2228
Email: BSCPHPCivilRights@blueshieldca.com

Quý vị có thể gửi khiếu nại trực tiếp, hoặc gửi bằng thư, fax hoặc email. Nếu quý vị cần trợ giúp trong quá trình gửi khiếu nại, Điều Phối Viên Quyền Công Dân sẽ luôn sẵn sàng trợ giúp.

Quý vị cũng có thể nộp đơn khiếu nại về quyền công dân lên U.S. Department of Health and Human Services (Bộ Y Tế Và Dịch Vụ Nhân Sinh Hoa Kỳ), Phòng Dân Quyền theo phương thức điện tử thông qua Cổng Thông Tin Khiếu Nại của Phòng Dân Quyền tại địa chỉ <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, hoặc qua thư hoặc điện thoại tới địa chỉ:

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)
Cổng Thông Tin Khiếu Nại: https://ocrportal.hhs.gov/ocr/cp/wizard_cp.jsf

Biểu mẫu khiếu nại có tại <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

Hoặc quý vị có thể nộp đơn khiếu nại về quyền công dân lên California Department of Health Care Services (Sở Dịch Vụ Chăm Sóc Sức Khỏe California), Phòng Dân Quyền bằng văn bản, qua điện thoại hoặc qua email;

Deputy Director, Office of Civil Rights
Department of Health Care Services
Office of Civil Rights
P.O. Box 997413, MS 0009
Sacramento, CA 95899-7413

1-916-440-7370 (TTY 711 Dịch vụ Tiếp âm Tiểu bang California)
Email: CivilRights@dhcs.ca.gov

Quý vị có thể lấy các mẫu đơn khiếu nại tại đây http://www.dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx.

Notice of the Availability of Language Assistance Services

Blue Shield of California

IMPORTANT: Can you read this letter? If not, we can have somebody help you read it. You may also be able to get this letter written in your language. For help at no cost, please call right away at the Member/Customer Service telephone number on the back of your Blue Shield ID card, or (866) 346-7198.

IMPORTANTE: ¿Puede leer esta carta? Si no, podemos hacer que alguien le ayude a leerla. También puede recibir esta carta en su idioma. Para ayuda sin cargo, por favor llame inmediatamente al teléfono de Servicios al miembro/cliente que se encuentra al reverso de su tarjeta de identificación de Blue Shield o al (866) 346-7198. (Spanish)

重要通知： 您能讀懂這封信嗎？如果不能，我們可以請人幫您閱讀。這封信也可以用您所講的語言書寫。如需免費幫助，請立即撥打登列在您的Blue Shield ID卡背面上的會員/客戶服務部的電話，或者撥打電話 (866) 346-7198。(Chinese)

QUAN TRỌNG: Quý vị có thể đọc lá thư này không? Nếu không, chúng tôi có thể nhờ người giúp quý vị đọc thư. Quý vị cũng có thể nhận lá thư này được viết bằng ngôn ngữ của quý vị. Để được hỗ trợ miễn phí, vui lòng gọi ngay đến Ban Dịch vụ Hội viên/Khách hàng theo số ở mặt sau thẻ ID Blue Shield của quý vị hoặc theo số (866) 346-7198. (Vietnamese)

MAHALAGA: Nababasa mo ba ang sulat na ito? Kung hindi, maari kaming kumuha ng isang tao upang matulungan ka upang mabasa ito. Maari ka ring makakuha ng sulat na ito na nakasulat sa iyong wika. Para sa libreng tulong, mangyaring tumawag kaagad sa numerong telepono ng Miyembro/Customer Service sa likod ng iyong Blue Shield ID kard, o (866) 346-7198. (Tagalog)

Baa' ákohwiindzindooígí: Díí naaltsoosish yíiniłta'go bíniǵhah? Doo bíniǵhahgóó éí, naaltsoos nich'í' yiidóoltaǵíí ła' nihee hółó. Díí naaltsoos áldó' t'áá Diné k'ehjí ádoonííł nínízingo bíǵhah. Doo ɓaąh ílínígó shíká' adoowoł nínízingó nihich'í' béesh bee hodíłnih dóó námboo éí díí Blue Shield bee néího' díłzinígí bine'dée' bikáá' éí doodagó éí (866) 346-7198 jí' hodíłnih. (Navajo)

중요: 이 서신을 읽을 수 있으세요? 읽으실 수 경우, 도움을 드릴 수 있는 사람이 있습니다. 또한 다른 언어로 작성된 이 서신을 받으실 수도 있습니다. 무료로 도움을 받으시려면 Blue Shield ID 카드 뒷면의 회원/고객 서비스 전화번호 또는 (866) 346-7198로 지금 전환하세요. (Korean)

ԿԱՐԵՎՈՐ Է: Կարողանում ե՞ք կարդալ այս նամակը: Եթե ոչ, ապա մենք կօգնենք ձեզ: Դուք պետք է նաև կարողանաք ստանալ այս նամակը ձեր լեզվով: Ծառայությունն անվճար է: Խնդրում ենք անմիջապես զանգահարել Հաճախորդների սպասարկման բաժնի հեռախոսահամարով, որը նշված է ձեր Blue Shield ID քարտի ետևի մասում, կամ (866) 346-7198 համարով: (Armenian)

ВАЖНО: Не можете прочесть данное письмо? Мы поможем вам, если необходимо. Вы также можете получить это письмо написанное на вашем родном языке. Позвоните в Службу клиентской/членской поддержки прямо сейчас по телефону, указанному сзади идентификационной карты Blue Shield, или по телефону (866) 346-7198, и вам помогут совершенно бесплатно. (Russian)

重要： お客様は、この手紙を読むことができますか？もし読むことができない場合、弊社が、お客様をサポートする人物を手配いたします。また、お客様の母国語で書かれた手紙をお送りすることも可能です。無料のサポートを希望される場合は、Blue Shield IDカードの裏面に記載されている会員/お客様サービスの電話番号、または、(866) 346-7198にお電話をおかけください。(Japanese)

مهم: آیا می‌توانید این نامه را بخوانید؟ اگر پاسختان منفی است، می‌توانیم کسی را برای کمک به شما در اختیاراتان قرار دهیم. حتی می‌توانید نسخه مکتوب این نامه را به زبان خودتان دریافت کنید. برای دریافت کمک رایگان، لطفاً بدون فوت وقت از طریق شماره تلفنی که در پشت کارت شناسایی Blue Shield تان درج شده است و یا از طریق شماره تلفن (866) 346-7198 با خدمات اعضا/مشتری تماس بگیرید. (Persian)

ਮਹੱਤਵਪੂਰਨ: ਕੀ ਤੁਸੀਂ ਇਸ ਪੱਤਰ ਨੂੰ ਪੜ੍ਹ ਸਕਦੇ ਹੋ? ਜੇ ਨਹੀਂ ਤਾਂ ਇਸ ਨੂੰ ਪੜ੍ਹਨ ਵਿਚ ਮਦਦ ਲਈ ਅਸੀਂ ਕਿਸੇ ਵਿਅਕਤੀ ਦਾ ਪ੍ਰਬੰਧ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹਾਂ। ਤੁਸੀਂ ਇਹ ਪੱਤਰ ਆਪਣੀ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿਚ ਲਿਖਿਆ ਹੋਇਆ ਵੀ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ। ਮੁਫਤ ਵਿਚ ਮਦਦ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰਨ ਲਈ ਤੁਹਾਡੇ Blue Shield ID ਕਾਰਡ ਦੇ ਪਿੱਛੇ ਦਿੱਤੇ ਮੈਂਬਰ/ਕਸਟਮਰ ਸਰਵਿਸ ਟੈਲੀਫੋਨ ਨੰਬਰ ਤੇ, ਜਾਂ (866) 346-7198 ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ। (Punjabi)

ប្រការសំខាន់៖ តើអ្នកអាចលិខិតនេះ បានដែរឬទេ? បើមិនអាចទេ យើងអាចឲ្យគេជួយអ្នកក្នុងការអានលិខិតនេះ។ អ្នកក៏អាចទទួលបានលិខិតនេះជាភាសារបស់អ្នកផងដែរ។ សម្រាប់ជំនួយដោយឥតគិតថ្លៃ សូមហៅទូរស័ព្ទភ្លាមៗទៅកាន់លេខទូរស័ព្ទសេវាសមាជិក/អតិថិជនដែលមាននៅលើខ្ទង់ប័ណ្ណសម្គាល់ Blue Shield របស់អ្នក ឬតាមរយៈលេខ (866) 346-7198។ (Khmer)

المهم: هل تستطيع قراءة هذا الخطاب؟ أن لم تستطع قراءته، يمكننا إحضار شخص ما ليساعدك في قراءته. قد تحتاج أيضاً إلى الحصول على هذا الخطاب مكتوباً بلغتك. للحصول على المساعدة بدون تكلفة، يرجى الاتصال الآن على رقم هاتف خدمة العملاء/أحد الأعضاء المدون على الجانب الخلفي من بطاقة الهوية Blue Shield أو على الرقم (866) 346-7198. (Arabic)

TSEEM CEEB: Koj pos tuaj yeem nyeem tau tsab ntawv no? Yog hais tias nyeem tsis tau, peb tuaj yeem nrhiav ib tug neeg los pab nyeem nws rau koj. Tej zaum koj kuj yuav tau txais muab tsab ntawv no sau ua koj hom lus. Rau kev pab txhais dawb, thov hu kiag rau tus xov tooj Kev Pab Cuam Tub Koom Xeeb/Tub Lag Luam uas nyob rau sab nraum nrob qaum ntawm koj daim npav Blue Shield ID, los yog hu rau tus xov tooj (866) 346-7198. (Hmong)

สำคัญ: คุณอ่านจดหมายฉบับนี้ได้หรือไม่ หากไม่ได้ โปรดขอความช่วยเหลือจากผู้อ่านได้ คุณอาจได้รับจดหมายฉบับนี้เป็นภาษาของคุณ หากต้องการความช่วยเหลือโดยไม่มีค่าใช้จ่าย โปรดติดต่อฝ่ายบริการลูกค้า/สมาชิกทางเบอร์โทรศัพท์ในบัตรประจำตัว Blue Shield ของคุณ หรือโทร (866) 346-7198 (Thai)

महत्वपूर्ण: क्या आप इस पत्र को पढ़ सकते हैं? यदि नहीं, तो हम इसे पढ़ने में आपकी मदद के लिए किसी व्यक्ति का प्रबंध कर सकते हैं। आप इस पत्र को अपनी भाषा में भी प्राप्त कर सकते हैं। निःशुल्क मदद प्राप्त करने के लिए अपने Blue Shield ID कार्ड के पीछे दिए गये मँबर/कस्टमर सर्विस टेलीफोन नंबर, या (866) 346-7198 पर कॉल करें। (Hindi)

ສິ່ງສໍາຄັນ: ທ່ານສາມາດອ່ານຈົດໝາຍນີ້ໄດ້ບໍ່? ຖ້າອ່ານບໍ່ໄດ້, ພວກເຮົາສາມາດໃຫ້ບາງຄົນຊ່ວຍອ່ານໃຫ້ທ່ານຟັງໄດ້. ທ່ານຍັງສາມາດຂໍໃຫ້ແປຈົດໝາຍນີ້ເປັນພາສາຂອງທ່ານໄດ້. ສໍາລັບຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອແບບບໍ່ເສຍຄ່າ, ກະລຸນາ ໂທຫາເບີໂທຂອງຝ່າຍບໍລິການສະມາຊິກ/ລູກຄ້າໃນທັນທີເບີໂທລະສັບຢູ່ດ້ານຫຼັງບັດສະມາຊິກ Blue Shield ຂອງທ່ານ, ຫຼືໂທໄປຫາເບີ(866) 346-7198. (Laotian)

Notice of the Availability of Language Assistance Services

Blue Shield of California Life & Health Insurance Company

No Cost Language Services. You can get an interpreter. You can get documents read to you and some sent to you in your language. For help, call us at the number listed on your ID card or 1-866-346-7198. For more help call the CA Dept. of Insurance at 1-800-927-4357. English

Servicios de idiomas sin costo. Puede obtener un intérprete. Le pueden leer documentos y que le envíen algunos en español. Para obtener ayuda, llámenos al número que figura en su tarjeta de identificación o al 1-866-346-7198. Para obtener más ayuda, llame al Departamento de Seguros de CA al 1-800-927-4357. Spanish

免費語言服務。 您可獲得口譯員服務。可以用中文把文件唸給您聽，有些文件有中文的版本，也可以把這些文件寄給您。欲取得協助，請致電您的保險卡所列的電話號碼，或撥打 1-866-346-7198 與我們聯絡。欲取得其他協助，請致電 1-800-927-4357 與加州保險部聯絡。Chinese

Các Dịch Vụ Trợ Giúp Ngôn Ngữ Miễn Phí. Quý vị có thể được nhận dịch vụ thông dịch. Quý vị có thể được người khác đọc giúp các tài liệu và nhận một số tài liệu bằng tiếng Việt. Để được giúp đỡ, hãy gọi cho chúng tôi tại số điện thoại ghi trên thẻ hội viên của quý vị hoặc 1-866-346-7198. Để được trợ giúp thêm, xin gọi Sở Bảo Hiểm California tại số 1-800-927-4357. Vietnamese

무료 통역 서비스. 귀하는 한국어 통역 서비스를 받으실 수 있으며 한국어로 서류를 낭독해주는 서비스를 받으실 수 있습니다. 도움이 필요하신 분은 귀하의 ID 카드에 나와있는 안내 전화: 1-866-346-7198번으로 문의해 주십시오. 보다 자세한 사항을 문의하실 분은 캘리포니아 주 보험국, 안내 전화 1-800-927-4357번으로 연락해 주십시오. Korean

Walang Gastos na mga Serbisyo sa Wika. Makakakuha ka ng interpreter o tagasalin at maipababasa mo sa Tagalog ang mga dokumento. Para makakuha ng tulong, tawagan kami sa numerong nakalista sa iyong ID card o sa 1-866-346-7198. Para sa karagdagang tulong, tawagan ang CA Dept. of Insurance sa 1-800-927-4357 Tagalog

Անվճար Լեզվական Ծառայություններ: Դուք կարող եք թարգման ձեռք բերել և փաստաթղթերը ընթերցել տալ ձեզ համար հայերեն լեզվով: Օգնության համար մեզ զանգահարեք ձեր ինքնության (ID) տոմսի վրա նշված կամ 1-866-346-7198 համարով: Լրացուցիչ օգնության համար 1-800-927-4357 համարով զանգահարեք Կալիֆորնիայի Ապահովագրության Բաժանմունք: Armenian

Бесплатные услуги перевода. Вы можете воспользоваться услугами переводчика, и ваши документы прочтут для вас на русском языке. Если вам требуется помощь, звоните нам по номеру, указанному на вашей идентификационной карте, или 1-866-346-7198. Если вам требуется дополнительная помощь, звоните в Департамент страхования штата Калифорния (Department of Insurance), по телефону 1-800-927-4357. Russian

無料の言語サービス 日本語で通訳をご提供し、書類をお読みします。サービスをご希望の方は、IDカード記載の番号または1-866-346-7198までお問い合わせください。更なるお問い合わせは、カリフォルニア州保険庁、1-800-927-4357までご連絡ください。Japanese

خدمات مجانی مربوط به زبان. میتوانید از خدمات یک مترجم شفاهی استفاده کنید و بگوئید مدارک به زبان فارسی برایتان خوانده شوند. برای دریافت کمک، با ما از طریق شماره تلفنی که روی کارت شناسائی شما قید شده است و یا این شماره 1-866-346-7198 تماس بگیرید. برای دریافت کمک بیشتر، به CA Dept. of Insurance (اداره بیمه کالیفرنیا) به شماره 1-800-927-4357 تلفن کنید. Persian

ਮੁਫਤ ਭਾਸ਼ਾ ਸੇਵਾਵਾਂ: ਤੁਸੀਂ ਦੁਬਾਰੀਏ ਦੀਆਂ ਸੇਵਾਵਾਂ ਹਾਸਲ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ ਅਤੇ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ਾਂ ਨੂੰ ਪੰਜਾਬੀ ਵਿੱਚ ਸੁਣ ਸਕਦੇ ਹੋ। ਕੁਝ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ ਤੁਹਾਨੂੰ ਪੰਜਾਬੀ ਵਿੱਚ ਭੇਜੇ ਜਾ ਸਕਦੇ ਹਨ। ਮਦਦ ਲਈ ਤੁਹਾਡੇ ਆਈਡੀ (ID) ਕਾਰਡ 'ਤੇ ਦਿੱਤੇ ਨੰਬਰ 'ਤੇ ਜਾਂ 1-866-346-7198 'ਤੇ ਸਾਨੂੰ ਫੋਨ ਕਰੋ। ਵਧੇਰੇ ਮਦਦ ਲਈ ਕੈਲੀਫੋਰਨੀਆ ਡਿਪਾਰਟਮੈਂਟ ਆਫ ਇਨਸੂਰੈਂਸ ਨੂੰ 1-800-927-4357 'ਤੇ ਫੋਨ ਕਰੋ। Punjabi

សេវាកម្មភាសាភូតភូតថ្មីៗ អ្នកអាចទទួលបានអ្នកបកប្រែភាសា និងអានឯកសារជូនអ្នកជា ភាសាខ្មែរ ។ សម្រាប់ជំនួយសូមទូរស័ព្ទមកយើងខ្ញុំតាមលេខដែលមានបង្ហាញលើប័ណ្ណសំគាល់ខ្លួនរបស់អ្នក ឬលេខ 1-866-346-7198 ។ សម្រាប់ជំនួយបន្ថែមទៀត សូមទូរស័ព្ទទៅក្រសួងធានារ៉ាប់រងរដ្ឋកាលីហ្វ័រញ៉ា តាមលេខ 1-800-927-4357 Khmer

خدمات ترجمة بدون تكلفة. يمكنك الحصول علي مترجم و قراءة الوثائق لك باللغة العربية. للحصول علي المساعدة، اتصل بنا علي الرقم المبين علي بطاقة عضويتك أو علي الرقم 1-866-346-7198. للحصول علي المزيد من المعلومات، اتصل بإدارة التأمين لولاية كاليفورنيا علي الرقم 1-800-927-4357 Arabic.

Cov Kev Pab Txhais Lus Tsis Them Nqi. Koj yuav thov tau kom muaj neeg los txhais lus rau koj thiab kom neeg nyeem cov ntawv ua lus Hmoob. Yog xav tau kev pab, hu rau peb ntawm tus xov tooj nyob hauv koj daim yuaj ID los sis 1-866-346-7198. Yog xav tau kev pab ntxiv hu rau CA lub Caj Meem Fai Muab Kev Tuav Pov Hwm ntawm 1-800-927-4357 Hmong

บริการทางภาษาอย่างไม่เสียค่าใช้จ่าย คุณสามารถรับบริการจากสาม รวมถึงให้เจ้าหน้าที่อ่านเอกสารให้คุณฟัง หรือส่งเอกสารบางส่วนในภาษาของคุณไปหาคุณได้ หากต้องการความช่วยเหลือ กรุณาโทรศัพท์ตามหมายเลขที่ระบุอยู่ด้านหลังบัตรประจำตัวของคุณ หรือ ที่หมายเลข 1-866-346-7198 หากต้องการความช่วยเหลือเพิ่มเติม โปรดโทรมาที่ กรมการประกันภัยแห่งมลรัฐแคลิฟอร์เนียที่หมายเลข 1-800-927-4357 Thai

निःशुल्क भाषा सेवाएँ। आप एक दुभाषिया की सेवा प्राप्त कर सकते हैं। आप दस्तावेजों को पढ़वा के सुन सकते हैं और कुछ को अपनी भाषा में स्वयं को भिजवा सकते हैं। सहायता के लिए, अपने ID कार्ड पर दिए गए नंबर पर, या 1-866-346-7198 पर हमें फ़ोन करें। अधिक सहायता के लिए कैलीफोर्निया बीमा विभाग (CA Dept. of Insurance) को 1-800-927-4357 पर फ़ोन करें। Hindi

Doo bááh ílínígó saad bee yát'i' bee aná'áwo'. Díí shá ata'halne'dooígí hólíqodoo nínízingo éí bííghah. Naaltsoos naanínáhájeehígí shich'í' yíidooltah éí doodagó ła' shich'í' ádoolníí nínízingo bííghah. Shíká a'doowoł nínízingo nihich'í' béesh bee hodílnih dóo námbóo éí díí ninaaltsoos dootł'ízhígí bee néiho'dílníngí bine'déé' bikáá' éí doodagó éí (866)346-7198jí' hodílnih. Hózhó shíká anáá'doowoł nínízingo éí díí béeso ách'áah naa'nil bíł haz'áají' 1-800-927-4357jí' hodílnih. Navajo

ບໍລິການແປພາສາໂດຍບໍ່ເສຍຄ່າ. ທ່ານສາມາດຂໍເອົາຜູ້ແປພາສາໄດ້. ທ່ານສາມາດຂໍໃຫ້ອ່ານເອກະສານໃຫ້ທ່ານຟັງ ແລະ ສົ່ງເອກະສານບາງຢ່າງທີ່ເປັນພາສາຂອງທ່ານ. ສໍາລັບຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອ, ໃຫ້ໂທຫາພວກເຮົາຕາມເບີໂທລະສັບທີ່ມີ ໃນບັດປະຈໍາຕົວຂອງທ່ານ ຫຼື ໂທຫາເບີ1-866-346-7198. ສໍາລັບຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອເພີ່ມເຕີມໂທຫາ ພະແນກ ປະກັນໄພຂອງ ລັດຄາລິຟໍເນຍໄດ້ທີ່ເບີ1-800-927-4357. Laotian