

و Blue Shield of California

Blue Shield of California Life & Health Insurance Company (Blue Shield Life)

لطفاً توجه داشته باشید: پر نکردن این درخواست ثبت نام به صورت خوانا و کامل، ممکن است منجر به تأخیر در روند ثبت نام شود.
دلیل ارائه درخواست:

<input type="checkbox"/> استخدام جدید	<input type="checkbox"/> تاریخ از دست دادن پوشش بیمه	<input type="checkbox"/> ثبت نام دیرهنگام
<input type="checkbox"/> تاریخ استخدام مجدد	<input type="checkbox"/> ثبت نام آزاد	<input type="checkbox"/> نوع دیگری از رویداد که منجر به واجد شرایط شدن می شود
		تاریخ وقوع رویداد فوق _____

بخش 1 - دستورالعمل‌های مهم ثبت نام برای بهره‌مندی از پوشش «مزایای تخصصی»

بیمه دندانپزشکی و چشمپزشکی - کارمند می‌تواند در طرح دندانپزشکی و/یا چشمپزشکی ثبت نام کند، بدون اینکه در یک طرح سلامت ثبت نام کرده باشد. برای اینکه کارمند بتواند افراد تحت تکفل خود را در یک طرح دندانپزشکی یا چشمپزشکی ثبت نام کند، خود او باید در همان طرح دندانپزشکی یا چشمپزشکی ثبت نام کرده باشد.
بخش 2 - طرح(ها) نام(های) طرح مناسب را انتخاب و قسمت مربوط به آن را پر کنید.

مزایای پزشکی بدون گزینه‌های طرح ABHP (طرح سلامت مبتنی بر حساب):

<input type="checkbox"/> Active Choice® Plus	<input type="checkbox"/> Active Choice® Classic	<input type="checkbox"/> Access+ HMO®
<input type="checkbox"/> Access+ HMO® SaveNet SM	<input type="checkbox"/> Local Access+ HMO®	<input type="checkbox"/> Trio HMO
<input type="checkbox"/> Added Advantage POS SM	<input type="checkbox"/> Full PPO	<input type="checkbox"/> Full PPO Savings ⁺
<input type="checkbox"/> Full EPO	<input type="checkbox"/> Tandem PPO	<input type="checkbox"/> Virtual Blue SM
<input type="checkbox"/> Tandem EPO	<input type="checkbox"/> Blue Shield 65 Plus SM (HMO)	<input type="checkbox"/> Tandem PPO Savings ⁺

مزایای پزشکی با گزینه‌های طرح ABHP (طرح سلامت مبتنی بر حساب):

<input type="checkbox"/> Active Choice® Plus	<input type="checkbox"/> FSA	<input type="checkbox"/> HIA	<input type="checkbox"/> HRA	<input type="checkbox"/> Full PPO Savings ⁺
<input type="checkbox"/> Active Choice® Classic	<input type="checkbox"/> FSA	<input type="checkbox"/> HIA	<input type="checkbox"/> HRA	<input type="checkbox"/> Full EPO
<input type="checkbox"/> Access+ HMO®	<input type="checkbox"/> FSA	<input type="checkbox"/> HIA	<input type="checkbox"/> HRA	<input type="checkbox"/> Tandem PPO
<input type="checkbox"/> Access+ HMO® SaveNet SM	<input type="checkbox"/> FSA	<input type="checkbox"/> HIA	<input type="checkbox"/> HRA	<input type="checkbox"/> Virtual Blue SM
<input type="checkbox"/> Local Access+ HMO®	<input type="checkbox"/> FSA	<input type="checkbox"/> HIA	<input type="checkbox"/> HRA	<input type="checkbox"/> Tandem PPO Savings ⁺
<input type="checkbox"/> Trio HMO	<input type="checkbox"/> FSA	<input type="checkbox"/> HIA	<input type="checkbox"/> HRA	<input type="checkbox"/> Tandem EPO
<input type="checkbox"/> Full PPO	<input type="checkbox"/> FSA	<input type="checkbox"/> HIA	<input type="checkbox"/> HRA	<input type="checkbox"/> Blue Shield 65 Plus SM (HMO)

مزایای تخصصی: Dental PPO Dental HMO Dental INO چشمپزشکی* سایر

* هزینه‌ها توسط Blue Shield of California Life & Health Insurance Company (Blue Shield Life) تأمین می‌شود.
+ طرح‌های Full PPO Savings و Tandem PPO Savings طرح‌های سلامت واجد شرایط HSA هستند که هزینه کسری پذیر بالایی دارند.
‡ فقط باید با یک طرح HSA جفت شود.
توجه: Blue Shield مشاوره مالیاتی نمی‌دهد و همچنین طرح‌های HSA، HRA، HIA، FSA یا LPFSA را نیز ارائه نمی‌دهد.

فقط برای استفاده داخلی. در این بخش چیزی ننویسید و به بخش 3 بروید.

کد بخش	شناسه گروه	شناسه زیرگروه	شناسه رده	تاریخ اجرایی شدن
--------	------------	---------------	-----------	------------------

بخش 3 - اطلاعات کارمند

شماره تأمین اجتماعی	نام (گروه) کارفرما
نام خانوادگی	نام
وضعیت استخدام:	تاریخ استخدام:
<input type="checkbox"/> تمام وقت <input type="checkbox"/> پاره وقت <input type="checkbox"/> بازنشسته	عنوان/رده شغلی
نشانی منزل (خیابان، شهر، ایالت، کد پستی)	

نشانی پستی (اگر متفاوت از نشانی منزل است)

شماره تلفن همراه	شماره تلفن ثابت	نشانی ایمیل (برای مکاتبات الکترونیکی لازم است)
------------------	-----------------	--

موافقت می‌کنم که Blue Shield و نهادها و نمایندگان وابسته به آن می‌توانند درباره حساب من و برنامه‌های مختلف سلامتی و تندرستی در دسترس من و سایر اطلاعات تبلیغاتی دیگری که می‌تواند به نفع من و افراد تحت تکفل من باشد با من ارتباط برقرار بکنند، از جمله از طریق تلفن یا پیامک به شماره‌هایی که در این فرم ذکر کرده‌ام، و با استفاده از شماره‌گیر خودکار یا صداهای مصنوعی یا از پیش ضبط‌شده؛ نرخ‌های استاندارد داده ممکن است اعمال شود. بله خیر مشارکت داوطلبانه است و می‌توانید هر زمان که خواستید انصراف دهید؛ برای کسب اطلاعات بیشتر، به [blueshieldca.com/terms](https://www.blueshieldca.com/terms) مراجعه کنید.

راه ارتباطی دلخواه: الکترونیکی کاغذی

تاریخ تولد _____ جنسیت مذکر مؤنث وضعیت تأهل مجرد متأهل هم‌خانه قانونی

زبان دلخواه: انگلیسی اسپانیایی چینی ویتنامی فارسی سایر _____

آیا همسر/هم‌خانه قانونی و/یا فرزندان تحت تکفل خود را ثبت نام می‌کنید؟ بله خیر اگر پاسخ «بله» است، بخش 4 درخواست را پر کنید.

لطفاً در مورد خودتان به ما بگویید. نژاد یا قومیت خود را چگونه توصیف می‌کنید؟ پاسخ دادن به این سؤالات اختیاری است و فقط برای این است که مطمئن شویم همه اعضا به طور یکسان به خدمات مراقبت با بالاترین کیفیت دسترسی دارند.

1. آیا هیسپانیک اسپانیایی‌تبار یا لاتین‌تبار هستید؟	2. اگر پاسخ «بله» است، لطفاً یک مورد را انتخاب کنید:	3. با کدام نژاد(ها) شناخته می‌شوید؟ (یک مورد را انتخاب کنید)
<input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> نامشخص <input type="checkbox"/> رده‌شده	<input type="checkbox"/> کوبایی <input type="checkbox"/> گواتمالایی <input type="checkbox"/> مکزیکی، مکزیکی-آمریکایی، چیکانو (شهروند آمریکایی مکزیکی‌تبار) <input type="checkbox"/> پورتوریکویی <input type="checkbox"/> اهل ال سالوادور <input type="checkbox"/> 2 یا چند قومیت <input type="checkbox"/> سایر نژادهای هیسپانیک، لاتین‌تبار، اسپانیایی:	<input type="checkbox"/> سرخ‌پوست آمریکایی یا بومی آلاسکا <input type="checkbox"/> آسیایی-هندی <input type="checkbox"/> سیاه‌پوست یا آمریکایی-آفریقایی <input type="checkbox"/> کامبوجی <input type="checkbox"/> چینی <input type="checkbox"/> فیلیپینی <input type="checkbox"/> اهل جزیره گوام یا چامورو <input type="checkbox"/> همونگ <input type="checkbox"/> ژاپنی <input type="checkbox"/> کره‌ای <input type="checkbox"/> لائوسی <input type="checkbox"/> بومی هاوایی <input type="checkbox"/> ساموایی <input type="checkbox"/> ویتنامی <input type="checkbox"/> سفیدپوست <input type="checkbox"/> 2 یا چند نژاد <input type="checkbox"/> سایر <input type="checkbox"/> نامشخص <input type="checkbox"/> امتناع از پاسخ

اطلاعات ارائه‌دهنده HMO: وبسایت فهرست راهنمای [blueshieldca.com/fap/app/search.html](https://www.blueshieldca.com/fap/app/search.html) Blue Shield of California:

شماره ارائه‌دهنده:	نام پزشک مراقبت‌های اولیه (PCP):
درحال حاضر بیمار هستید؟ <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر	IPA (انجمن مستقل پزشکی)/نام تیم پزشکی:
شماره ارائه‌دهنده خدمات دندانپزشکی:	نام ارائه‌دهنده خدمات دندانپزشکی:
درحال حاضر بیمار هستید؟ <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر	شماره/آی‌پی‌آ/شماره تیم پزشکی:

بخش 4 - اطلاعات همسر/هم‌خانه قانونی/فرزندان تحت تکفل اگر شما، همسر/هم‌خانه قانونی یا فرزندان تحت تکفل شما از پوشش بیمه امتناع می‌کنید، لطفاً فرم «امتناع از پوشش بیمه» را تکمیل و امضا کنید.

نشانی فرد تحت تکفل، اگر متفاوت از نشانی کارمند است - لطفاً مشخص کنید که این قسمت در مورد کدام فرد (افراد) تحت تکفل صدق می‌کند:

آیا همه افراد تحت تکفل شما نژاد و قومیت یکسانی با فرد مشترک بیمه دارند؟ بله خیر
اگر جواب «خیر» است، لطفاً نژاد و قومیت هر یک از افراد تحت تکفل خود را وارد کنید.

ثبت اطلاعات همسر/ هم‌خانه قانونی	ثبت نام در (لطفاً تمام موارد موردنظران را علامت بزنید)	فقط HMO و Added Advantage POS - نام پزشک مراقبت‌های اولیه	فقط Dental HMO - ارائه‌دهنده خدمات دندانپزشکی
-------------------------------------	---	--	--

این عضو با چه نژاد یا قومیتی شناخته می‌شود:

<input type="checkbox"/> همسر <input type="checkbox"/> هم‌خانه قانونی <input type="checkbox"/> مذکر <input type="checkbox"/> مؤنث نام حرف اول نام میانی نام خانوادگی شماره تأمین اجتماعی تاریخ تولد (سال /روز/ ماه)	نام پزشکی <input type="checkbox"/> دندانپزشکی <input type="checkbox"/> چشم‌پزشکی <input type="checkbox"/> نام پزشک نام خانوادگی شماره ارائه‌دهنده نام/IPA تیم پزشکی شماره تیم پزشکی نام/IPA تیم پزشکی درحال حاضر بیمار هستید؟ <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر	نام ارائه‌دهنده خدمات دندانپزشکی نام نام خانوادگی شماره ارائه‌دهنده خدمات دندانپزشکی درحال حاضر بیمار هستید؟ <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر	نام پزشک نام نام خانوادگی شماره ارائه‌دهنده نام/IPA تیم پزشکی شماره تیم پزشکی نام/IPA تیم پزشکی درحال حاضر بیمار هستید؟ <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر
--	--	--	--

نشانی ایمیل (برای مکاتبات الکترونیکی لازم است)

راه ارتباطی دلخواه
 الکترونیکی کاغذی

ثبت اطلاعات فرزند(ان) تحت تکفل	ثبت نام در (لطفاً تمام موارد موردنظران را علامت بزنید)	فقط HMO و Added Advantage POS - نام پزشک مراقبت‌های اولیه	فقط Dental HMO - ارائه‌دهنده خدمات دندانپزشکی
--------------------------------	---	--	--

این عضو با چه نژاد یا قومیتی شناخته می‌شود:

<input type="checkbox"/> مذکر <input type="checkbox"/> مؤنث نام حرف اول نام میانی نام خانوادگی شماره تأمین اجتماعی تاریخ تولد (سال /روز/ ماه)	نام پزشکی <input type="checkbox"/> دندانپزشکی <input type="checkbox"/> چشم‌پزشکی <input type="checkbox"/> نام پزشک نام خانوادگی شماره ارائه‌دهنده نام/IPA تیم پزشکی شماره تیم پزشکی نام/IPA تیم پزشکی درحال حاضر بیمار هستید؟ <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر	نام ارائه‌دهنده خدمات دندانپزشکی نام نام خانوادگی شماره ارائه‌دهنده خدمات دندانپزشکی درحال حاضر بیمار هستید؟ <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر	نام پزشک نام نام خانوادگی شماره ارائه‌دهنده نام/IPA تیم پزشکی شماره تیم پزشکی نام/IPA تیم پزشکی درحال حاضر بیمار هستید؟ <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر
--	--	--	--

نشانی ایمیل (برای مکاتبات الکترونیکی لازم است)

راه ارتباطی دلخواه
 الکترونیکی کاغذی

ثبت اطلاعات فرزند(ان) تحت تکفل	ثبت نام در (لطفاً تمام موارد موردنظرتان را علامت بزنید)	فقط HMO و Added Advantage POS - نام پزشک مراقبت های اولیه	فقط Dental HMO - ارائه دهنده خدمات دندانپزشکی
--------------------------------	---	---	---

این عضو با چه نژاد یا قومیتی شناخته می شود:

<input type="checkbox"/> مذکر <input type="checkbox"/> مؤنث نام حرف اول نام میانی نام خانوادگی شماره تأمین اجتماعی تاریخ تولد (سال /روز/ ماه) معلولیت دارید؟ <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر	نام پزشک نام نام خانوادگی شماره ارائه دهنده نام/IPA تیم پزشکی شماره تیم پزشکی درحال حاضر بیمار هستید؟ <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر	نام ارائه دهنده خدمات دندانپزشکی نام نام خانوادگی شماره ارائه دهنده خدمات دندانپزشکی درحال حاضر بیمار هستید؟ <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر
--	---	--

نشانی ایمیل (برای مکاتبات الکترونیکی لازم است)

راه ارتباطی دلخواه
 الکترونیکی کاغذی

ثبت اطلاعات فرزند(ان) تحت تکفل	ثبت نام در (لطفاً تمام موارد موردنظرتان را علامت بزنید)	فقط HMO و Added Advantage POS - نام پزشک مراقبت های اولیه	فقط Dental HMO - ارائه دهنده خدمات دندانپزشکی
--------------------------------	---	---	---

این عضو با چه نژاد یا قومیتی شناخته می شود:

<input type="checkbox"/> مذکر <input type="checkbox"/> مؤنث نام حرف اول نام میانی نام خانوادگی شماره تأمین اجتماعی تاریخ تولد (سال /روز/ ماه) معلولیت دارید؟ <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر	نام پزشک نام نام خانوادگی شماره ارائه دهنده نام/IPA تیم پزشکی شماره تیم پزشکی درحال حاضر بیمار هستید؟ <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر	نام ارائه دهنده خدمات دندانپزشکی نام نام خانوادگی شماره ارائه دهنده خدمات دندانپزشکی درحال حاضر بیمار هستید؟ <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر
--	---	--

نشانی ایمیل (برای مکاتبات الکترونیکی لازم است)

راه ارتباطی دلخواه
 الکترونیکی کاغذی

بخش 5 - اطلاعات Medicare

- آیا در حال حاضر شما یا یکی از افراد تحت تکفلتان تحت پوشش Medicare هستید؟ بله خیر
 اگر پاسخ «بله» است، لطفاً یک نسخه چاپی از کارت(های) Medicare خود را ضمیمه کنید و/یا نوع پوشش خود را از بین موارد زیر انتخاب کنید:
 بخش A: تاریخ اجرایی شدن: _____ (سال /روز/ ماه)
 بخش B: تاریخ اجرایی شدن: _____ (سال /روز/ ماه)
- آیا واجد شرایط بودن شما برای Medicare به دلیل ابتلا به بیماری کلیوی در مرحله نهایی (ESRD) است؟ بله خیر
 اگر پاسخ «بله» است، لطفاً به پرسش های زیر پاسخ دهید:
 (a) اولین تاریخ درمان دیالیز چه زمانی بوده است و چه نوع دیالیزی دریافت می کنید؟
 تاریخ _____
 نوع: همودیالیز دیالیز توسط بیمار (صفاقی)
 (b) اگر پیوند کلیه انجام داده اید، تاریخ عمل پیوند چه زمانی بوده است: _____ (سال /روز/ ماه)

بخش 6 - اجازه نامه

بخش اجازه نامه زیر باید توسط همه کارمندانی که برای پوشش بیمه Blue Shield of California یا Blue Shield of Life («Blue Shield Life») درخواست می دهند امضا شود.

این ثبت نام بدون اجازه نامه امضا شده از سوی شما انجام نمی شود.

موافقت خود را با این موارد اعلام می کنم: تا جایی که می دانم و باور دارم، تمام اطلاعات این فرم صحیح و صادقانه است. متوجه هستم که این اطلاعات مبنای صدور پوشش بیمه در این طرح است. متوجه هستم که اگر اقدام به فریب کرده یا هریک از حقایق اساسی مرتبط با این درخواست نامه را عمدتاً اشتباه جلوه داده باشم، Blue Shield of California/Blue Shield Life می تواند یکی از اقدامات جبرانی زیر را ظرف 24 ماه اول پوشش بیمه انجام دهد: ممکن است پوشش بیمه من لغو یا پس از اطلاعیه 30 روزه فسخ شود. متوجه هستم که ممکن است تا زمانی که این درخواست و درخواست کارفرمای من به تأیید Blue Shield of California/Blue Shield Life نرسیده است، این پوشش بیمه اجرایی نشود.

امضای کارمند _____ تاریخ _____

نام کارمند با حروف بزرگ _____

به علاوه، به کارفرمای خود اجازه می دهم هرگونه حق بیمه لازم برای هزینه این طرح را (در صورت لزوم) از حقوق من کسر کند.

امضای کارمند _____ تاریخ _____

نام کارمند با حروف بزرگ _____

قانون کالیفرنیا برای حمایت از شما موارد زیر را در این فرم الزامی می کند: هر شخصی که آگاهانه اطلاعات نادرست یا جعلی را برای به دست آوردن یا اصلاح پوشش بیمه ای ارائه دهد یا ادعای پرداخت خسارت کند، مرتکب جرم شده و ممکن است مشمول جریمه نقدی و حبس در زندان دولتی شود.

افشای اطلاعات سلامت و اطلاعات شخصی

ما در Blue Shield of California/Blue Shield Life، از اهمیت مجرمانه نگه داشتن اطلاعات شخصی شما آگاه هستیم و وظیفه خود می دانیم تا این کار را بسیار سخت گیرانه انجام دهیم. فارغ از اینکه اطلاعات شخصی شما در قالب کاغذی، الکترونیکی یا شفاهی نگهداری شود، ما به لحاظ قانونی ملزم هستیم حریم خصوصی و امنیت اطلاعات شخصی شما را حفظ کنیم. این بیانیه شامل اطلاعات شخصی مربوط به شما و افراد تحت پوشش تحت تکفل شما است که Blue Shield کسب، ایجاد و/یا نگهداری می کند.

ما در طول مدت اداره پوشش Blue Shield شما، اطلاعات مربوط به شما و افراد تحت پوشش تحت تکفل شما را جمع آوری و از آن استفاده و آن را افشا می کنیم و سوابق مربوط به شما، درمان پزشکی تان و خدمات ارائه شده به شما را ایجاد می کنیم. اطلاعات موجود در این سوابق به عنوان اطلاعات محافظت شده مربوط به سلامت («PHI») نامیده می شود و شامل اطلاعات شخصی قابل شناسایی فردی مانند نام، نشانی، شماره تلفن و شماره تأمین اجتماعی شما و همچنین اطلاعات سلامت شما، از قبیل تشخیص مراقبت سلامت یا اطلاعات ادعای خسارت است.

ما PHI مربوط به شما و/یا افراد تحت پوشش تحت تکفل شما را از طریق شما، به دستور شما و/یا با مجوز شما کسب می کنیم. همچنین، PHI شما را از سایر منابع قانونی مجاز، از جمله منابعی مانند ارائه دهنده مراقبت سلامت، بیمه گر، سازمان حمایتی بیمه، تبادل اطلاعات سلامت، طرح سلامت یا نماینده بیمه، کسب می کنیم. هدف ما از استفاده از PHI شما و افشای آن اداره پوشش Blue Shield شما و موارد دیگری است که مطابق قانون، مجاز یا الزامی است. به این منظور، ما PHI شما را برای دیگران، از جمله ارائه دهنده مراقبت سلامت، بیمه گر، سازمان حمایتی بیمه، تبادل اطلاعات سلامت، طرح سلامت یا نماینده بیمه شما افشا می کنیم.

Blue Shield به صورت مداوم یک «اطلاعیه خط مشی های حریم خصوصی» («اطلاعیه») را منتشر می کند که حقوق حریم خصوصی شما، تعهد ما به محافظت از حریم خصوصی شما و نحوه استفاده ما از PHI شما با و بدون مجوز خاص شما در آن شرح داده می شود. ما هنگام استفاده از PHI شما یا افشای آن، تابع مقررات «اطلاعیه» هستیم که روی تمام سوابقی که ما ایجاد، کسب و/یا حفظ می کنیم و حاوی PHI شما هستند، اعمال می شود. وقتی برای پوشش بیمه Blue Shield ثبت نام می کنید، «اطلاعیه» ما را دریافت خواهید کرد. همچنین، می توانید نسخه ای از «اطلاعیه» ما را از طریق تماس با شماره خدمات مشتریان در کارت شناسایی اعضای Blue Shield خود یا مراجعه به وبسایت ما به نشانی زیر، دریافت کنید: blueshieldca.com/bsca/about-blue-shield/privacy/confidentiality.sp.

قانون کالیفرنیا الزام به انجام آزمایش HIV (اچ آی وی) و استفاده از آن توسط شرکت های بیمه سلامت را به عنوان یکی از شرایط دریافت پوشش بیمه سلامت ممنوع کرده است.

گواهی نماینده/کارگزار

گواهی نماینده/کارگزار به ارائه این درخواست کمک می کند: (1) تا جایی که می دانم، اطلاعات این درخواست کامل و دقیق است. و (2) به زبانی ساده و قابل فهم، خطر ارائه اطلاعات نادرست را برای متقاضی توضیح داده ام و او این توضیحات را متوجه شده است.

امضای نماینده/کارگزار _____ تاریخ _____

اگر نماینده/کارگزار از نادرستی هر نوع حقایق اساسی مطلع باشد و عمداً آن را صحیح اعلام کند، آن شخص علاوه بر پرداخت جریمه های قابل اجرا یا جبران خسارت تحت قانون فعلی، به پرداخت جریمه مدنی تا ده هزار دلار (\$10,000) نیز محکوم می شود. هر دادستان عمومی می تواند یک دعوی مدنی را برای اعمال آن جریمه مدنی ارائه دهد. مبلغ این جریمه ها باید به «صندوق بیمه» پرداخت شود.



NOTICES AVAILABLE ONLINE

Nondiscrimination and Language Assistance Services

Blue Shield complies with applicable state and federal civil rights laws. We also offer language assistance services at no additional cost.

View our nondiscrimination notice and language assistance notice: blueshieldca.com/notices. You can also call for language assistance services: **(866) 346-7198 (TTY: 711)**.

If you are unable to access the website above and would like to receive a copy of the nondiscrimination notice and language assistance notice, please call Customer Care at **(888) 256-3650 (TTY: 711)**.

Servicios de asistencia en idiomas y avisos de no discriminación

Blue Shield cumple con las leyes de derechos civiles federales y estatales aplicables. También, ofrecemos servicios de asistencia en idiomas sin costo adicional.

Vea nuestro aviso de no discriminación y nuestro aviso de asistencia en idiomas en blueshieldca.com/notices. Para obtener servicios de asistencia en idiomas, también puede llamar al **(866) 346-7198 (TTY: 711)**.

Si no puede acceder al sitio web que aparece arriba y desea recibir una copia del aviso de no discriminación y del aviso de asistencia en idiomas, llame a Atención al Cliente al **(888) 256-3650 (TTY: 711)**.

非歧視通知和語言協助服務

Blue Shield 遵守適用的州及聯邦政府的民權法。同時，我們免費提供語言協助服務。

如需檢視我司的非歧視通知和語言幫助通知，請造訪 blueshieldca.com/notices。您還可致電尋求語言協助服務：**(866) 346-7198 (TTY: 711)**。

如果您無法造訪上述網站，且希望收到一份非歧視通知和語言幫助通知的副本，請致電客戶服務部，電話：**(888) 256-3650 (TTY: 711)**。