

देखभाल की निरंतरता अनुरोध फ़ॉर्म

देखभाल की निरंतरता एक ऐसी प्रक्रिया है जो योजनाएं बदलने वाले सदस्यों या जिन सदस्यों की योजनाओं या प्रदाता(ओं) को भाग लेने वाले प्रदाता नेटवर्कसे समाप्त कर दिया गया है की निरंतर देखभाल करने देती है। कवरेज आपकी योजना के नियमों और शर्तों पर निर्भर करता है।

यदि आप कुछ मानदंडों को पूरा करते हैं, तो आप अपने वर्तमान चिकित्सक का उपचार जारी रख सकते हैं। कृपया blueshieldca.com/forms पर Blue Shield की देखभाल की निरंतरता बोशर की समीक्षा करें।

आप योग्य हैं या नहीं यह देखने के लिए निम्नलिखित जानकारी की भी समीक्षा कर सकते हैं। यदि आपको सहायता की आवश्यकता है, तो कृपया अपने Blue Shield सदस्य ID कार्ड पर मौजूद मेंबर सर्विसेज के नंबर पर कॉल करें।

निर्देश:

इस फ़ॉर्म के **भाग 1 की समीक्षा करें**, जो कि देखभाल की निरंतरता सेवाओं के लिए अर्हता प्राप्त करने का एक सिंहावलोकन है। कृपया ध्यान दें: यह योग्यता और आपकी योजना के नियम एवं शर्तों के अधीन है।

इस फ़ॉर्म के **भाग 2 को पूर्ण करें**, जो सदस्य को दिए जा रहे उपचार और सदस्य की देखभाल में शामिल प्रदाता(ओं) के बारे में जानकारी का अनुरोध करता है।

अनुरोधित उपचार दस्तावेज संलग्न करते हुए **भाग 3 पूर्ण करें**:

- सदस्य के प्रदाता(ओं) के साथ प्रारंभिक परामर्श द्वारा नोट्स
- सदस्य के प्रदाता(ओं) द्वारा अंतिम तीन प्रगति नोट्स
- सदस्य के उपचार की योजना

प्रमाणीकरण और प्राधिकरण बॉक्स सहित, **भाग 4 की समीक्षा करें**

भाग 1 – योग्य चिकित्सा स्थितियां:

योजना के नियम एवं शर्तों के आधार पर, सदस्य कुछ सेवाओं के लिए देखभाल की निरंतरता के लिए अर्हता प्राप्त कर सकते हैं, जैसे:

- भर्ती किये हुए रोगी की देखभाल
- मरणांतक बीमारी का उपचार
- एक गंभीर चिकित्सा स्थिति, या मानसिक स्वास्थ्य या मादक द्रव्यों के सेवन विकार के लिए उपचार का एक सक्रिय पाठ्यक्रम, जिसमें मातृ मानसिक स्वास्थ्य की स्थिति भी शामिल है
- एक गंभीर और जटिल स्थिति के लिए उपचार, या एक गंभीर पुरानी स्थिति के लिए उपचार के एक सक्रिय पाठ्यक्रम के भाग के रूप में
- गर्भावस्था देखभाल, त्रैमासिक या प्रसवोत्तर देखभाल पर ध्यान दिए बिना
- 36 महीने की आयु तक नवजात शिशु की देखभाल
- अनुसूचित गैर-वैकल्पिक सर्जरी

भाग 2 – वर्तमान उपचारों एवं प्रदाताओं के बारे में जानकारी

रोगी की जानकारी

नाम:	ग्राहक ID:	
पता:		
शहर:	राज्य:	ज़िप कोड:
जन्म तिथि:	ग्राहक के साथ संबंध:	
प्राथमिक फोन नंबर:	द्वितीय फ़ोन नंबर:	
क्या आप का नियोक्ता आपके स्वास्थ्य योजना को बदल रहा है? <input type="checkbox"/> हाँ या <input type="checkbox"/> ना		
पिछली स्वास्थ्य बीमा कंपनी (यदि प्रयोज्य हो):		
केसर चिकित्सा रिकॉर्ड संख्या (यदि प्रयोज्य हो):		
कवरेज समाप्त होने की तारीख:	क्या पिछली स्वास्थ्य योजना की अभी भी पेशकश की जा रही है? <input type="checkbox"/> हाँ या <input type="checkbox"/> ना	
नई स्वास्थ्य योजना का नाम:		
नई स्वास्थ्य योजना के प्रभावी होने की तिथि:		

मरीज़ की मेडिकल जानकारी

गर्भवती होने पर, डिलीवरी की अपेक्षित तिथि क्या है?		
डिलीवरी करने वाले अस्पताल/सुविधा का नाम:	OB/GYN (अब्स्टेट्रिक्स/गाइनकालजी) माहिर का नाम:	
क्या सदस्य वर्तमान में अस्पताल में भर्ती है? <input type="checkbox"/> हाँ या <input type="checkbox"/> ना	अस्पताल का नाम:	
क्या सदस्य वर्तमान में घरेलू या आश्रम में स्वास्थ्य देखभाल प्राप्त कर रहा है? <input type="checkbox"/> हाँ या <input type="checkbox"/> ना		
घरेलू स्वास्थ्य सेवा या आश्रम प्रदाता का नाम:		
घरेलू स्वास्थ्य सेवा या आश्रम प्रदाता की कर ID:		
फ़ोन नंबर:	फैक्स नंबर:	
क्या सदस्य की स्थिति मरणांतक है?		
विचार करने के लिए अतिरिक्त जानकारी		
विचार करने के लिए कोई भी अतिरिक्त जानकारी सूचीबद्ध करें:		

प्रदाता जानकारी 1

अनुरोध करने वाले प्रदाता का पहला और आखिरी नाम:		
राष्ट्रीय प्रदाता पहचानकर्ता (NPI):	बिलिंग टैक्स ID नंबर	
शहर:	राज्य:	ज़िप कोड:
फ़ोन नंबर:	फैक्स नंबर:	
प्रदाता की विशेषता:		
बीमारी/रोग-निदान को उपचारित किया जा रहा है (ICD-10 कोड, यदि उपलब्ध हो):		
उपचार (CPT कोड(स), यदि उपलब्ध हो):		
प्रदाता के साथ आरंभ करने की मूल तिथि:		
पिछले कार्यालय दौरे/उपचार की तिथि:		
अगली मुलाकात/उपचार की तिथि:		

प्रदाता जानकारी 2

अनुरोध करने वाले प्रदाता का पहला और आखिरी नाम:

राष्ट्रीय प्रदाता पहचानकर्ता (NPI):	बिलिंग टैक्स ID नंबर
-------------------------------------	----------------------

शहर:	राज्य:	ज़िप कोड:
------	--------	-----------

फ़ोन नंबर:	फैक्स नंबर:
------------	-------------

प्रदाता की विशेषता:

बीमारी/रोग-निदान को उपचारित किया जा रहा है (ICD-10 कोड, यदि उपलब्ध हो):

उपचार (CPT कोड(स), यदि उपलब्ध हो):

प्रदाता के साथ आरंभ करने की मूल तिथि:

पिछले कार्यालय दौरे/उपचार की तिथि:

अगली मुलाकात/उपचार की तिथि:

प्रदाता जानकारी 3

अनुरोध करने वाले प्रदाता का पहला और आखिरी नाम:

राष्ट्रीय प्रदाता पहचानकर्ता (NPI):	बिलिंग टैक्स ID नंबर
-------------------------------------	----------------------

शहर:	राज्य:	ज़िप कोड:
------	--------	-----------

फ़ोन नंबर:	फैक्स नंबर:
------------	-------------

प्रदाता की विशेषता:

बीमारी/रोग-निदान को उपचारित किया जा रहा है (ICD-10 कोड, यदि उपलब्ध हो):

उपचार (CPT कोड(स), यदि उपलब्ध हो):

प्रदाता के साथ आरंभ करने की मूल तिथि:

पिछले कार्यालय दौरे/उपचार की तिथि:

अगली मुलाकात/उपचार की तिथि:

प्रदाता जानकारी 4

अनुरोध करने वाले प्रदाता का पहला और आखिरी नाम:

राष्ट्रीय प्रदाता पहचानकर्ता (NPI):	बिलिंग टैक्स ID नंबर
-------------------------------------	----------------------

शहर:	राज्य:	ज़िप कोड:
------	--------	-----------

फ़ोन नंबर:	फैक्स नंबर:
------------	-------------

प्रदाता की विशेषता:

बीमारी/रोग-निदान को उपचारित किया जा रहा है (ICD-10 कोड, यदि उपलब्ध हो):

उपचार (CPT कोड(स), यदि उपलब्ध हो):

प्रदाता के साथ आरंभ करने की मूल तिथि:

पिछले कार्यालय दौरे/उपचार की तिथि:

अगली मुलाकात/उपचार की तिथि:

भाग 3 – कृपया प्रत्येक प्रदाता के लिए निम्नलिखित दस्तावेजों को संलग्न करें

- उपचारक प्रदाता(ओं) से प्रारंभिक परामर्श रिपोर्ट
- वर्तमान उपचार योजना
- पिछले तीन प्रगति नोट्स

भाग 4 – समीक्षा

कृपया ध्यान दें: Blue Shield केवल उपचारक प्रदाता के हस्ताक्षरित समझौते की प्राप्ति पर ही देखभाल निरंतरता की सेवाओं को मंजूरी दे सकती है:

- 1) Blue Shield का मानक भागीदारी प्रदाता अनुबंधित दर स्वीकार करें
- 2) केवल Blue Shield के सदस्य का मानक सह-भुगतान/सह-बीमा एकत्र करें
- 3) आर्थिक असमझौतों के परिणामस्वरूप सामने आने वाली किसी भी राशि के लिए Blue Shield के सदस्यों को बैलेंस बिलिंग करने से बचना चाहिए

सदस्य प्रमाणीकरण, प्राधिकरण, और हस्ताक्षर

मैं प्रमाणित करता/करती हूँ कि इस पर दिए सभी कथन और सभी संबंधित दस्तावेज मेरे ज्ञान और विश्वास के अनुसार के मुताबिक सच, सही, और सम्पूर्ण हैं। मैं एतद्वारा एक चिकित्सक, स्वास्थ्य देखभाल सुविधा, और स्वास्थ्य देखभाल के अन्य प्रदाता, बीमा वाहक, अस्पताल, या चिकित्सा सेवा योजना को Blue Shield, या इसके एजेंटों या कर्मचारियों को इस रोगी को किसी भी समय होने वाली किसी भी बीमारी से संबंधित पूरी जानकारी प्रदान करने के लिए अधिकृत करता/करती हूँ। यह जानकारी इस अनुरोध का मूल्यांकन और इसे संसाधित करने के लिए एकत्र की गई है।

उत्तरदायी सदस्य का नाम:

सदस्य के हस्ताक्षर

हस्ताक्षर की तिथि

फोन नंबर जिस पर हम सदस्य से संपर्क कर सकते हैं:

डाक द्वारा इस फार्म को लौटाएँ:

Blue Shield of California
Attn: Continuity of Care Team
P.O. Box 629005
El Dorado Hills, CA 95762

फैक्स द्वारा इस फार्म को भेजें:

(855) 895-3506

इस प्रतिलिपी संचरण में सुरक्षित और विशेषाधिकार प्राप्त, अत्यधिक गोपनीय चिकित्सीय जानकारी, निजी और स्वास्थ्य जानकारी (PHI) और/या कानूनी जानकारी शामिल हो सकती है। यह जानकारी केवल ऊपर दिए व्यक्ति या संस्था द्वारा उपयोग करने के लिए ही वांछनीय है।

यदि आप इस सामग्री के इच्छित प्राप्तकर्ता नहीं हैं, तो आप इसका उपयोग, प्रकाशन, चर्चा, प्रचार-प्रसार, या किसी अन्य ढंग से इसे वितरित नहीं कर सकते। यदि आप इच्छित प्राप्तकर्ता नहीं हैं, या यदि आपने त्रुटि में इस प्रसारण को प्राप्त किया है, तो प्रेषक को तुरंत और **गुप्त ढंग से** इसके बारे में सूचित करें और उस जानकारी को नष्ट कर दें जो गलती से फैक्स की गई थी।

उचित गोपनीयता बनाए रखने में आपकी सहायता के लिए धन्यवाद।

संशोधित: 03/2022

प्रभावी: 01/2022

Blue Shield Promise Health Plan of California

लोगों को गैर भेदभाव और आवश्यकताओं की उपलब्धता का निर्देश देने वाली सूचना

भेदभाव करना कानून के खिलाफ़ है

Blue Shield Promise Health Plan of California Promise Health Plan लागू राज्य कानूनों और संघीय नागरिक अधिकार कानूनों का अनुपालन करती है और नस्ल, रंग, राष्ट्रीय मूल, जातीय समूह की पहचान, चिकित्सा स्थिति, आनुवंशिक जानकारी, वंश, धर्म, लिंग, वैवाहिक स्थिति, लिंग, लिंग पहचान, यौन अभिविन्यास, आयु, मानसिक विकलांगता या शारीरिक अक्षमता के आधार पर भेदभाव नहीं करती है, लोगों को वर्जित नहीं करती है या उनके साथ अलग व्यवहार नहीं करती है।

Blue Shield Promise Health Plan of California Promise Health Plan प्रदान करती है:

- दिव्यांग लोगों को बिना किसी खर्च के साधन और सेवाएँ, ताकि वे हम से प्रभावी ढंग से संवाद कर पाएँ, जैसे कि:
 - सांकेतिक भाषा के योग्य दुभाषिए
 - अन्य फ़ॉर्मेट में लिखित जानकारी (मोटी छपाई, ऑडियो, सुलभ इलेक्ट्रॉनिक फ़ॉर्मेट और अन्य फ़ॉर्मेट)
- जिन लोगों की मातृभाषा अंग्रेज़ी नहीं है उनके लिए बिना किसी खर्च के भाषा सेवाएँ, जैसे कि:
 - योग्य दुभाषिए
 - अन्य भाषाओं में लिखी गई सूचना

यदि आपको इन सेवाओं की आवश्यकता है, तो Blue Shield Promise Health Plan of California Promise Health Plan के नागरिक अधिकार संयोजक से संपर्क करें।

यदि आप मानते हैं कि Blue Shield Promise Health Plan of California Promise Health Plan इन सेवाओं को प्रदान करने में विफल रही है या नस्ल, रंग, राष्ट्रीय मूल, जातीय समूह की पहचान, चिकित्सा स्थिति, आनुवंशिक जानकारी, वंश, धर्म, लिंग, वैवाहिक स्थिति, लिंग, लिंग पहचान, यौन अभिविन्यास, आयु, मानसिक विकलांगता या शारीरिक अक्षमता के आधार पर किसी अन्य तरीके से भेदभाव किया गया है, तो आप इसके साथ शिकायत दर्ज कर सकते हैं:

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

आप व्यक्तिगत रूप से या मेल, फ़ैक्स या ईमेल के द्वारा शिकायत दर्ज कर सकते हैं। यदि आपको शिकायत दर्ज करने में सहायता की आवश्यकता है, तो नागरिक अधिकार संयोजक आपकी सहायता करने के लिए उपलब्ध हैं।

आप U.S. Department of Health and Human Services (अमेरिका के स्वास्थ्य और मानव सेवा विभाग), ऑफिस फॉर सिविल राइट्स के साथ भी नागरिक अधिकार की शिकायत दर्ज कर सकते हैं, ऑफिस फॉर सिविल राइट्स शिकायत पोर्टल के माध्यम से इलेक्ट्रॉनिक रूप से उपलब्ध है: <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, या निम्न पर मेल या फोन के द्वारा:

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)
शिकायत का पोर्टल: https://ocrportal.hhs.gov/ocr/cp/wizard_cp.jsf

शिकायत के फ़ॉर्म <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html> पर उपलब्ध हैं।

या आप कैलिफ़ोर्निया Department of Health Care Services (स्वास्थ्य देखभाल सेवा विभाग) नागरिक अधिकार कार्यालय के साथ लिखित में, फोन के या ईमेल के द्वारा नागरिक अधिकार की शिकायत दर्ज कर सकते हैं;

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 कैलिफोर्निया रिले सेवा)
इमेल: CivilRights@dhcs.ca.gov

आप शिकायत के फ़ॉर्म http://www.dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx पर प्राप्त कर सकते हैं।

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' ákohwiindzindoogí: 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'déé' 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 បានដើរឬទេ? បើមិនអាចទេ យើងអាចឲ្យគេជួយអ្នកក្នុងការអានលិខិតនេះ។ អ្នកក៏អាចទទួលបានលិខិតនេះជាភាសារបស់អ្នកផងដែរ។ សម្រាប់ជំនួយដោយឥតគិតថ្លៃ សូមហៅទូរស័ព្ទភ្លាមៗទៅកាន់លេខទូរស័ព្ទសេវាសមាជិក/អតិថិជនដែលមាននៅលើខ្នងប័ណ្ណសម្គាល់ 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

សេវាកម្មភាសាភាគីតិចថ្លៃ។ 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'dílninígí bine'déé' bikáá' éí doodagó éí (866)346-7198jí' hodílnih. Hózhq' shíká anáá'doowoł nínízingo éí díí béeso ách'áqah naa'nil bíł haz'áají' 1-800-927-4357jí' hodílnih. Navajo

ບໍລິການແປພາສາໂດຍບໍ່ເສຍຄ່າ. ທ່ານສາມາດຂໍເອົາຜູ້ແປພາສາໄດ້. ທ່ານສາມາດຂໍໃຫ້ອ່ານເອກະສານໃຫ້ທ່ານຟັງ ແລະ ສົ່ງເອກະສານບາງຢ່າງທີ່ເປັນພາສາຂອງທ່ານ. ສໍາລັບຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອ, ໃຫ້ໂທຫາພວກເຮົາຕາມເບີໂທລະສັບທີ່ມີ ໃນບັດປະຈໍາຕົວຂອງທ່ານ ຫຼື ໂທຫາເບີ 1-866-346-7198. ສໍາລັບຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອເພີ່ມເຕີມໂທຫາ ພະແນກ ປະກັນໄພຂອງ ລັດຄາລິຟໍເນຍໄດ້ທີ່ເບີ 1-800-927-4357. Laotian