

Get help in your language

Language Assistance Services



Curious to know what all this says? We would be too. Here's the English version:

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 free help, please call right away at 1-888-254-2721. (TTY/TDD: 711)

Separate from our language assistance program, we make documents available in alternate formats for members with visual impairments. If you need a copy of this document in an alternate format, please call the customer service telephone number on the back of your ID card.

Spanish

IMPORTANTE: ¿Puede leer esta carta? De lo contrario, podemos hacer que alguien lo ayude a leerla. También puede recibir esta carta escrita en su idioma. Para obtener ayuda gratuita, llame de inmediato al 1-888-254-2721. (TTY/TDD: 711)

Arabic

مهم: هل يمكنك قراءة هذه الرسالة؟ إذا لم تستطع، فيمكننا الاستعانة بشخص ما ليساعدك على قراءتها. كما يمكنك أيضًا الحصول على هذا الخطاب مكتوبًا بلغتك. للحصول على المساعدة المجانية، يُرجى الاتصال فورًا بالرقم 1-888-254-2721. (TTY/TDD: 711)

Armenian

ՈՒՇԱԴՐՈՒԹՅՈՒՆ. Կարողանո՞ւմ եք ընթերցել այս նամակը: Եթե ոչ, մենք կարող ենք տրամադրել ինչ-որ մեկին, ով կօգնի Ձեզ՝ կարդալ այն: Կարող ե՞ք նաև այս նամակը Ձեզ գրավոր տարբերակով տրամադրել: Անվճար օգնություն ստանալու համար կարող եք անհապաղ զանգահարել 1-888-254-2721 հեռախոսահամարով: (TTY/TDD: 711)

Chinese

重要事項：您能看懂這封信函嗎？如果您看不懂，我們能夠找人協助您。您有可能可以獲得以您的語言而寫的本信函。如需免費協助，請立即撥打1-888-254-2721。(TTY/TDD: 711)

Farsi

مهم: آیا می‌توانید این نامه را بخوانید؟ اگر نمی‌توانید، می‌توانیم شخصی را به شما معرفی کنیم تا در خواندن این نامه شما را کمک کند. همچنین می‌توانید این نامه را به صورت مکتوب به زبان خودتان دریافت کنید. برای دریافت کمک رایگان، همین حالا با شماره 1-888-254-2721 تماس بگیرید. (TTY/TDD: 711)

Hindi

महत्वपूर्ण: क्या आप यह पत्र पढ़ सकते हैं? अगर नहीं, तो हम आपको इसे पढ़ने में मदद करने के लिए किसी को उपलब्ध करा सकते हैं। आप यह पत्र अपनी भाषा में लिखवाने में भी सक्षम हो सकते हैं। निःशुल्क मदद के लिए, कृपया 1-888-254-2721 पर तुरंत कॉल करें। (TTY/TDD: 711)

Hmong

TSEEM CEEB: Koj puas muaj peev xwm nyeem tau daim ntawv no? Yog hais tias koj nyeem tsis tau, peb muaj peev xwm cia lwm tus pab nyeem rau koj mloog. Tsis tas li ntawd tej zaum koj kuj tseem yuav tau txais daim ntawv no sau ua koj hom lus thiab. Txog rau kev pab dawb, thov hu tam sim no rau tus xov tooj 1-888-254-2721. (TTY/TDD: 711)

Japanese

重要: この書簡を読めますか？もし読めない場合には、内容を理解するための支援を受けることができます。また、この書簡を希望する言語で書いたものを入手することもできます。次の番号にいますぐ電話して、無料支援を受けてください。1-888-254-2721 (TTY/TDD: 711)

Khmer

សំខាន់៖ តើអ្នកអាចអានលិខិតនេះទេ? បើមិនអាចទេ យើងអាចច្រូនរណាម្នាក់អានវាជូនអ្នក។
អ្នកក៏អាចទទួលលិខិតនេះដោយសរសេរជាភាសារបស់អ្នកផងដែរ។ ដើម្បីទទួលជំនួយឥតគិតថ្លៃ
សូមហៅទូរស័ព្ទភ្លាមៗទៅលេខ 1-888-254-2721 (TTY/TDD: 711)

Korean

중요: 이 서신을 읽으실 수 있으십니까? 읽으실 수 없을 경우 도움을 드릴 사람이 있습니다. 귀하가 사용하는 언어로 쓰여진 서신을 받으실 수도 있습니다. 무료 도움을 받으시려면 즉시 1-888-254-2721로 전화하십시오. (TTY/TDD: 711)

Punjabi

ਮਹੱਤਵਪੂਰਨ: ਕੀ ਤੁਸੀਂ ਇਹ ਪੱਤਰ ਪੜ੍ਹ ਸਕਦੇ ਹੋ? ਜੇ ਨਹੀਂ, ਤਾਂ ਅਸੀਂ ਇਸ ਨੂੰ ਪੜ੍ਹਨ ਵਿੱਚ ਤੁਹਾਡੀ ਮਦਦ ਲਈ ਕਿਸੇ ਨੂੰ ਬੁਲਾ ਸਕਦਾ ਹਾਂ ਤੁਸੀਂ ਸ਼ਾਇਦ ਪੱਤਰ ਨੂੰ
ਆਪਣੀ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਲਿਖਿਆ ਹੋਇਆ ਵਧੀ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ। ਮੁਫਤ ਮਦਦ ਲਈ, ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਫੋਨ 1-888-254-2721 ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ।
(TTY/TDD: 711)

Russian

ВАЖНО. Можете ли вы прочитать данное письмо? Если нет, наш специалист поможет вам в этом. Вы также можете получить данное письмо на вашем языке. Для получения бесплатной помощи звоните по номеру 1-888-254-2721. (TTY/TDD: 711)

Tagalog

MAHALAGA: Nababasa ba ninyo ang liham na ito? Kung hindi, may taong maaaring tumulong sa inyo sa pagbasa nito. Maaari ninyo ring makuha ang liham na ito nang nakasulat sa ginagamit ninyong wika. Para sa libreng tulong, mangyaring tumawag kaagad sa 1-888-254-2721. (TTY/TDD: 711)

Thai

หมายเหตุสำคัญ: ท่านสามารถอ่านจดหมายฉบับนี้หรือไม่ หากท่านไม่สามารถอ่านจดหมายฉบับนี้
เราสามารถจัดหาเจ้าหน้าที่มาอ่านให้ท่านฟังได้ ท่านยังอาจให้เจ้าหน้าที่ช่วยเขียนจดหมายในภาษาของท่านอีกด้วย
หากต้องการความช่วยเหลือโดยไม่มีค่าใช้จ่าย โปรดโทรติดต่อที่หมายเลข 1-888-254-2721 (TTY/TDD: 711)

Vietnamese

QUAN TRỌNG: Quý vị có thể đọc thư này hay không? Nếu không, chúng tôi có thể bố trí người giúp quý vị đọc thư này. Quý vị cũng có thể nhận thư này bằng ngôn ngữ của quý vị. Để được giúp đỡ miễn phí, vui lòng gọi ngay số 1-888-254-2721. (TTY/TDD: 711)

It’s important we treat you fairly

That’s why we follow federal civil rights laws in our health programs and activities. We don’t discriminate, exclude people, or treat them differently on the basis of race, color, national origin, sex, age or disability. For people with disabilities, we offer free aids and services. For people whose primary language isn’t English, we offer free language assistance services through interpreters and other written languages. Interested in these services? Call the Member Services number on your ID card for help (TTY/TDD: 711). If you think we failed to offer these services or discriminated based on race, color, national origin, age, disability, or sex, you can file a complaint, also known as a grievance. You can file a complaint with our Compliance Coordinator in writing to Compliance Coordinator, P.O. Box 27401, Mail Drop VA2002-N160, Richmond, VA 23279. Or you can file a complaint with the U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights at 200 Independence Avenue, SW; Room 509F, HHH Building; Washington, D.C. 20201 or by calling 1-800-368-1019 (TDD: 1- 800-537-7697) or online at <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>. Complaint forms are available at <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

Formulario de Queja del Afiliado

Puede utilizar este formulario para presentar una queja. Adjunte la información que tenga que respalde la solicitud. Envíe el formulario y cualquier información de respaldo a la siguiente dirección: Grievances and Appeals, P.O. Box 4310, Woodland Hills, CA 91365-4310. También puede llamar a la línea gratuita que figura en su tarjeta de identificación de afiliado para solicitarle al Servicio de Atención al Cliente que complete este formulario por usted. Enviaremos una respuesta a su queja dentro de los 30 días calendario desde la fecha en que la recibimos.

Nombre del afiliado:	Núm. de identificación (vea la tarjeta de identificación de afiliado):
Número de grupo (vea la tarjeta de identificación):	Número(s) de teléfono:
Dirección:	

Si usted no es el afiliado, proporcione la siguiente información:

Su nombre:	Relación con el afiliado (si corresponde):
Su(s) número(s) de teléfono:	
Su dirección:	

¿Usted es el representante autorizado o tutor legal del afiliado? Sí No

Nota: Si usted no es su representante autorizado o tutor legal, debemos tener una autorización escrita para permitirle actuar en nombre del miembro.

Explique su queja. Incluya, si se encuentra disponible, la siguiente información:

- el nombre del proveedor que le brindó o le brindará cuidados;
- las fechas de servicio;
- el número de la reclamación o de referencia de la decisión específica con la que no está de acuerdo, y
- las razones específicas por las que no está de acuerdo con la decisión.

Si su plan está regulado por el Department of Managed Health Care, lea la siguiente información. Si desconoce si su plan está regulado por el Department of Managed Health Care, mire su folleto de beneficios. El Servicio de Atención al Cliente también puede ayudarle. Para ponerse en contacto con el Servicio de Atención al Cliente, llame al número telefónico que figura en su tarjeta de identificación de afiliado.

El Departamento de Cuidado de la Salud Administrado de California (California Department of Managed Health Care) es responsable de regular los planes de servicio de cuidado de la salud. Si usted tiene una queja contra el plan de salud, primero debe llamar por teléfono al plan de salud, al **1-800-365-0609** o a la línea TDD, **1-866-333-4823**, para personas con discapacidad auditiva o del habla, y utilizar el proceso de quejas del plan de salud antes de comunicarse con el departamento. El uso de este procedimiento de queja no excluye ningún posible derecho legal ni compensación que pueda estar disponible en su caso. Si necesita ayuda con una queja relacionada con una emergencia, una queja que no haya sido resuelta satisfactoriamente por su plan de salud o una que haya permanecido sin resolver durante más de 30 días, puede llamar al departamento para solicitar ayuda. También puede ser elegible para solicitar una revisión médica independiente (IMR). Si es elegible para una IMR, el proceso de IMR proporcionará una revisión imparcial de las decisiones médicas tomadas por un plan de salud relacionadas con la necesidad médica de un servicio o tratamiento propuesto, las decisiones de cobertura de tratamientos de naturaleza experimental o investigativa y las disputas por pagos de servicios de emergencia o de urgencia. El departamento también tiene una línea gratuita (**1-888-466-2219**) y una línea TDD (**1-877-688-9891**) para las personas con discapacidad auditiva o del habla. En el sitio web del departamento, www.dmhc.ca.gov, hay formularios de queja, formularios de solicitud de IMR e instrucciones.

Si su plan está regulado por el California Department of Insurance (CDI), lea la siguiente información. Si desconoce si su plan está regulado por el California Department of Insurance, mire su folleto de beneficios. El Servicio de Atención al Cliente también puede ayudarle. Para ponerse en contacto con el Servicio de Atención al Cliente, llame al número telefónico que figura en su tarjeta de identificación de afiliado.

El California Department of Insurance es responsable de regular los planes de servicio de cuidado de la salud. Si usted tiene una queja contra el plan de salud, primero debe llamar por teléfono al plan de salud, al **1-800-365-0609** o a la línea TDD, 1-866-333-4823, para personas con discapacidad auditiva o del habla, y utilizar el proceso de quejas del plan de salud antes de comunicarse con el departamento. El uso de este procedimiento de queja no excluye ningún posible derecho legal ni compensación que pueda estar disponible en su caso. Si necesita ayuda con una queja relacionada con una emergencia, una queja que no haya sido resuelta satisfactoriamente por su plan de salud o una que haya permanecido sin resolver durante más de 30 días, puede llamar al departamento para solicitar ayuda. Si usted y su plan no llegan a una solución con la que estén conformes o usted no logra resolver el problema mediante el arbitraje con su plan, puede comunicarse con el CDI:

Anthem Blue Cross es el nombre comercial de Blue Cross of California. Anthem Blue Cross y Anthem Blue Cross Life and Health Insurance Company son licenciarios independientes de Blue Cross Association. ® ANTHEM es una marca comercial registrada de Anthem Insurance Companies, Inc. El nombre y símbolo de Blue Cross son marcas registradas de Blue Cross Association.

California Department of Insurance
Consumer Communications Bureau
300 Spring Street, South Tower
Los Angeles, CA 90013
Teléfono: 1-800-927-HELP (4357) o 1-213-897-8921
línea TDD: 1-800-482-4TDD (4833)
<http://www.insurance.ca.gov/>

Si usted tiene una enfermedad terminal (una afección incurable o irreversible que tiene una gran probabilidad de provocarle la muerte en el plazo de un año o menos tiempo) y se le niega el tratamiento propuesto debido a que se lo considera experimental o de investigación, es posible que usted tenga derecho a reunirse con nosotros para analizar su caso como parte del proceso de queja.

Si cree que este es su caso y desea solicitar una reunión, puede llamar al Servicio de Atención al Cliente de forma gratuita al **1-800-365-0609** o al 1-866-333-4823 para personas con discapacidad auditiva o del habla. Este derecho es adicional con respecto a cualquier otra opción de resolución de disputas disponible para usted según se explica en este aviso.

Firma: _____ Fecha: _____

Para uso exclusivo de Anthem Blue Cross/Anthem Blue Cross Life and Health

Nombre del representante:	Unidad/centro:	Fecha:
---------------------------	----------------	--------