

## 非歧視聲明

**Anthem HealthPlus Full Dual Advantage LTSS 2 (HMO D-SNP) Medicaid Advantage Plus (MAP) 計劃 (Anthem)** 遵守聯邦民權法。**Anthem** 不因種族、膚色、民族血統、年齡、殘障或性別而排斥或區別對待任何人（如 45 CFR § 92.101(a)(2) 所定義）。

### **Anthem** 提供下列服務：

- 為殘障人士提供免費協助與服務以協助您與我們溝通，例如：
  - 合格的手語翻譯員
  - 其他格式（大字印刷、音訊、可存取的電子格式、其他格式）的書面資訊
- 向母語不是英語的人提供免費語言服務，例如：
  - 合格的翻譯員
  - 用其他語言書寫的資訊

如果您需要這些服務，您可致電 **833-613-5117** 聯絡 **Anthem**。  
要使用 **TTY/TDD** 服務，請致電 **711**。

若您認為 **Anthem** 未能為您提供這些服務或因種族、膚色、原籍國、年齡、殘障或性別對您區別對待，您可以透過下列方式向經理 | 申訴與上訴部提出申訴：

- 郵寄： 4361 Irwin Simpson Rd. Mailstop: OH0205-A537, Mason, OH 45040
- 電話： 833-613-5117（要使用 TTY/TDD 服務，請致電 711）
- 傳真： 888-458-1406
- 親自前往： 1985 Marcus Ave. – Suite 150, Lake Success, NY 11042
- 電子郵件： [dl-nycomplaints&grievances@anthem.com](mailto:dl-nycomplaints&grievances@anthem.com)

您還可以透過下列途徑向美國衛生與公眾服務部民權辦公室提交民權投訴：

- 網站： 民權辦公室投訴入口網站：  
<https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>
- 郵寄： U.S. Department of Health and Human Services  
200 Independence Avenue SW., Room 509F, HHH Building  
Washington, DC 20201  
投訴表格於該網址獲得：<http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>
- 電話： 1-800-368-1019 (TTY/TDD 800-537-7697)

此通知可在 **Anthem** 網站上取得：[anthembluecross.com/nyplans](http://anthembluecross.com/nyplans)。

