

<Date>
 <Member #> هوية العضو:
 <RxID> :Rx ID <sub_full_name>
 E0001002 :Rx GRP <sub_addr_line_one>
 012353 :Rx BIN <sub_addr_line_two>
 07820000 :Rx PCN <sub_addr_city>, <sub_addr_state> <sub_addr_zip>

هام: قمت بالتسجيل في خطة جديدة للحصول على خدمات Medicare وMedi-Cal.
 احتفظ بهذا الخطاب كدليل على التغطية.

<Name>:

مرحبًا بك في Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan (Medicare-Medicaid Plan)!

بدءًا من < effective date >، ستتمتع بخطة صحية تابعة لبرنامج Cal MediConnect مصممة لمتنحك رعاية سلسة عالية الجودة دون أي تكلفة إضافية عليك. Blue Shield of California Promise Health Plan هي خطة صحية تتعاقد مع كل من برنامجي Medicare وMedi-Cal بهدف تقديم مزايا البرنامجين للمسجلين.

تشتمل تغطيتك الجديدة على:

- مزايا Medicare، بما في ذلك الأدوية الموصوفة طبيًا.
- مزايا Medi-Cal، بما في ذلك الخدمات ووسائل الدعم طويلة الأجل (LTSS) التي تساعدك في احتياجات الرعاية الشخصية المستمرة. تشتمل LTSS على برنامج خدمات كبار السن متعددة الأغراض (MSSP) وخدمات البالغين المجتمعية (CBAS)، وهي خدمات يمكنها مساعدتك في البقاء في منزلك أطول وقت ممكن. كما تشتمل على رعاية دور التمريض إذا احتجت إليها.
- اختيارك من الأطباء ومقدمي الخدمات الآخرين ضمن شبكتنا الذين يعملون معًا على توفير الرعاية التي تحتاجها.
- المزايا الإضافية والخدمات مثل العناية بالنظر والمعينات السمعية وعضوية نادي صحي وصفوف اللياقة والتغطية الطارئة على مستوى العالم ونظام الاستجابة للطوارئ الشخصي (PERS)، وهو نظام مراقبة التنبيهات الطبية الذي يوفر إمكانية الوصول للمساعدة على مدار الساعة وطوال أيام الأسبوع بضغطة زر.
- مدير رعاية لمساعدتك في إدارة الخدمات ومقدمي الخدمات.
- المعدات الطبية المعمرة، مثل العكازات والمشايات والكراسي المتحركة.

هذا الخطاب دليل على تغطيتك الجديدة. يرجى إحضار هذا الخطاب معك إلى الصيدلية أو زيارة العيادة حتى تحصل على بطاقة هوية العضو من جانبنا. إذا كانت لديك أسئلة، فيرجى التواصل مع خدمات أعضاء Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan على الرقم 1-855-905-3825 (الهاتف النصي 711)، من الساعة 8:00 صباحًا حتى الساعة 8:00 مساءً، طوال أيام الأسبوع.

ما الذي يحدث بعد ذلك؟

يمكنك البدء في استخدام الصيدليات ومقدمي الرعاية الأولية التابعين لشبكة Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan لجميع الأدوية الموصوفة وخدمات الرعاية الصحية الخاصة بك بدءًا من **effective date**. إذا كنت بحاجة إلى رعاية عاجلة أو طارئة أو خدمات غسيل الكلى خارج المنطقة، فيمكنك استخدام مقدمي خدمات خارج شبكة Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan.

للمساعدة في الانتقال إلى Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan، يمكنك مواصلة رؤية الأطباء الذين تذهب إليهم الآن لفترة تصل إلى اثني عشر (12) شهرًا من تاريخ سريان تسجيلك في Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan. تواصل مع اتصل بخدمات أعضاء Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan على الرقم 1-855-905-3825 (الهاتف النصي 711)، من الساعة 8:00 صباحًا إلى الساعة 8:00 مساءً، سبعة أيام في الأسبوع للحصول على معلومات حول كيفية القيام بذلك.

ستتمتع أيضًا بالوصول إلى إمداد لمدة (30) -يومًا للأدوية الموصوفة التي تتناولها حاليًا خلال أول 90 يومًا في الخطة إذا كنت تتناول دواءً غير موجود في قائمة الأدوية المغطاة أو إذا كانت قواعد الخطة الصحية لا تتيح لك الحصول على الكمية المطلوبة من قبل طبيبك أو إذا كان الدواء يتطلب موافقة مسبقة من قبل Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan.

تشتمل مجموعة العضو الجديد على:

- قائمة الأدوية المغطاة (الوصفات) تعليمات للحصول على مزيد من المعلومات حول الأدوية الموجودة في قائمة الأدوية المغطاة.
- دليل مزودي الخدمات والصيدليات تعليمات للحصول على مزيد من المعلومات حول مقدمي الخدمات والصيدليات في شبكتنا.
- كتيب الأعضاء (دليل التغطية)

قبل حلول **enrollment effective date**، سنرسل لك بطاقة هوية عضو.

قبل حلول **enrollment effective date**، سنرسل لك كتيب الأعضاء (دليل التغطية).

تتوفر نسخة محدثة من كتيب الأعضاء (دليل التغطية) دائمًا بموقع الويب الخاص بنا على www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect. ويمكنك أيضًا الاتصال بخدمات الأعضاء على الرقم 1-855-905-3825 لمطالبتنا بإرسال كتيب الأعضاء عبر البريد.

ما المبلغ الذي يتعين علي سداده لخطة Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan؟

لن يتعين عليك سداد قسط شهري للخطة أو خصم أو مبالغ مشاركة في السداد عند الحصول على الخدمات الصحية من خلال مقدم خدمات Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan.

ما المبلغ الذي سيتعين علي سداده للأدوية الموصوفة؟

عند الحصول على أدوية الموصوفة من صيدلية تابعة لشبكتنا، لن تدفع أكثر من \$3.60 في كل مرة تحصل فيها على دواء جنيس تتم تغطيته من قبل Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan ولن تدفع أكثر من \$8.95 في كل مرة تحصل فيها على دواء يحمل اسم علامة تجارية تتم تغطيته من قبل Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan. يمكن لمبالغ المشاركة في السداد فيما يخص أدوية الوصفات الطبية أن تختلف استنادًا إلى مستوى المساعدة الإضافية التي تتلقاها. يُرجى الاتصال بخطة Blue Shield of California Promise Cal MediConnect Health Plan لمعرفة المزيد من التفاصيل.

كيف يمكنني اختيار مقدم الرعاية الأولية؟

لاختيار مقدم الرعاية الأولية (PCP)، يمكنك عرض دليل مقدمي الخدمات والصيدليات في خطة Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan على موقعنا على الويب www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect، أو الاتصال بخدمات الأعضاء للحصول على مساعدة.

سوف تحصل على رعايتك الروتينية أو رعايتك الأساسية من طبيب الرعاية الأولية (PCP). يمكن لطبيب الرعاية الأولية (PCP) تنسيق بقية الخدمات المغطاة التي تحتاج إليها أيضًا.

ينتمي أطباء الرعاية الأولية (PCP) التابعين لخطينا إلى مجموعات طبية معينة. عند اختيار مقدم الرعاية الأولية (PCP)، فإنك تقوم أيضًا باختيار المجموعة الطبية التي يتبعها. وهذا يعني أن طبيب الرعاية الأولية (PCP) الخاص بك سيقوم بإحالتك إلى الأخصائيين والخدمات التي تتبع أيضًا مجموعته الطبية. إذا، إذا كان يوجد ضمن خطة Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan أخصائي معين أو مستشفى محددة تريد استخدامها، فمن المهم معرفة ما إذا كانوا تابعين للمجموعة الطبية الخاصة بطبيب الرعاية الأولية.

سيقوم طبيب الرعاية الأولية (PCP) بإحالتك عندما تحتاج إلى رعاية متخصصة أو خدمات إضافية يتعذر عليه توفيرها. وفي معظم الحالات، يتعين عليك زيارة طبيب الرعاية الأولية (PCP) للحصول على إحالة قبل زيارة أي من مقدمي الرعاية الصحية الآخرين أو الأخصائيين. وبمجرد موافقة المجموعة الطبية الخاصة بمقدم الرعاية الأولية (PCP) الخاص بك على هذه الإحالة، يمكنك تحديد موعد مع الأخصائي أو مقدم خدمات آخر للحصول على العلاج الذي تحتاجه. سيعلم الأخصائي مقدم الرعاية الأولية (PCP) الخاص بك عند إكمالك للعلاج أو الخدمة حتى يتسنى لمقدم الرعاية الأولية مواصلة إدارة رعايتك.

كذلك، سيحتاج مقدم الرعاية الأولية (PCP) الخاص بك إلى الحصول على موافقة مسبقة من الخطة بالنسبة إليك لتلقي خدمات محددة. ويطلق على هذه الموافقة المسبقة اسم "التصريح المسبق". على سبيل المثال، يجب الحصول على تصريح مسبق لكل الإقامات غير الطارئة الخاصة بالمرضى المقيمين بالمستشفيات. في بعض الحالات، قد يحق للمجموعة الطبية التابع لها طبيب الرعاية الأولية (PCP) الخاص بك التصريح لك بالحصول على الخدمة، بدلاً من خطتنا.

يمكنك الحصول على خدمات معينة بدون الحصول على موافقة أولاً من مقدم الرعاية الأولية، مثل: الخدمات الطارئة والرعاية الضرورية العاجلة وخدمات غسيل الكلى من مرفق غسيل الكلى المعتمد من Medicare وحقق الإنفلونزا ولقاحات التهاب الكبد B والتهاب الرئوي والرعاية الصحية الروتينية للمرأة وخدمات تنظيم الأسرة وما إلى ذلك.

ما الذي يحدث إذا كانت لدي أسئلة بخصوص مقدمي خدمات أو تغطية Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan؟

- اتصل بخدمات أعضاء Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan على الرقم 1-855-905-3825 من الساعة 8:00 صباحًا حتى الساعة 8:00 مساءً، طوال أيام الأسبوع.
- اتصل برقم 711 إذا كنت تستخدم الهاتف النصي.
- تفضل بزيارة صفحة www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect.

ما الذي يحدث لو كانت لدي تغطية أدوية موصوفة أو صحية أخرى؟

إذا كانت لديك تغطية للأدوية أو تغطية صحية أخرى، مثل تغطية من صاحب عمل أو نقابة، فقد تفقد أنت أو الأشخاص الذين تعولهم تغطية الأدوية أو التغطية الصحية الأخرى تمامًا ولا تستردها في حالة انضمامك إلى Blue Shield of California Promise Health Plan.

- تشمل أنواع تغطية الأدوية أو التغطية الصحية الأخرى على TRICARE أو قسم شؤون المحاربين القدامى أو سياسة Medigap (التأمين التكميلي لبرنامج Medicare).
- اتصل بالمسؤول عن مزايا تغطية الأدوية/التغطية الصحية الأخرى إذا كانت لديك أسئلة حول تغطيتك.
- إذا كنت ترغب في إلغاء تسجيلك في Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan، فيمكنك الاتصال بخيارات الرعاية الصحية على الرقم 1-844-580-7272، من الاثنين حتى الجمعة من 8:00 صباحًا وحتى 6:00 مساءً. اتصل على الرقم 1-800-430-7077 إذا كنت تستخدم الهاتف النصي.

هل يمكنني ترك Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan بعد تاريخ سريان؟

نعم. يمكنك ترك Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan أو اختيار خطة Cal MediConnect plan جديدة في أي وقت خلال العام من خلال الاتصال بخيارات الرعاية الصحية على الرقم 1-844-580-7272. من الاثنين إلى الجمعة من 8:00 صباحًا وحتى 6:00 مساءً. اتصل على الرقم 1-800-430-7077 إذا كنت تستخدم الهاتف النصي.

إذا تركت Blue Shield of California Promise Health Plan ولم تكن ترغب في التسجيل في خطة Cal MediConnect plan أخرى، فإن تغطيتك ستتنتهي في اليوم الأخير من الشهر بعد أن نخبرنا. إذا تركت Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan ولم تنضم إلى خطة أدوية موصوفة أو خطة صحية من Medicare، فستتم تغطيتك بموجب Original Medicare وسيقوم برنامج Medicare بتسجيلك في خطة أدوية موصوفة من Medicare.

ما الذي يحدث إذا كنت أرغب في الانضمام إلى خطة مختلفة من Cal MediConnect plan؟

في حال رغبتك في مواصلة الحصول على مزايا Medicare و Medi-Cal من خطة واحدة فحسب، يمكنك الانضمام إلى خطة Cal MediConnect plan مختلفة. للتسجيل في خطة Cal MediConnect plan مختلفة، اتصل بخيارات الرعاية الصحية على الرقم 1-844-580-7272، من الاثنين حتى الجمعة من 8:00 صباحًا وحتى 6:00 مساءً. وإذا كنت تستخدم الهاتف النصي، فاتصل على الرقم 1-800-430-7077. وأبلغه بأنك تريد مغادرة خطة Cal MediConnect plan الحالية والانضمام إلى خطة مختلفة من Cal MediConnect plan. إذا كنت غير متأكد من الخطة التي تريد الانضمام إليها، يمكنهم إبلاغك بشأن الخطة الأخرى المتاحة في منطقتك.

ما الذي يحدث لتغطيتي في Medicare في حال ترك خطة Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan؟

إذا تركت Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan ولم تنضم إلى خطة أدوية موصوفة أو خطة صحية من Medicare، فستتم تغطيتك بموجب Original Medicare وسيقوم برنامج Medicare بتسجيلك في خطة أدوية موصوفة من Medicare. إذا كنت ترغب في الانضمام إلى خطة صحية من Medicare، أو

خطة أدوية موصوفة، أو كنت ترغب في معرفة المزيد حول خطط Medicare في منطقتك أو كانت لديك أسئلة حول Medicare:

- الاتصال على رقم (1-800-633-4227) (1-800-MEDICARE)، على مدار الساعة وطوال أيام الأسبوع.
- اتصل على رقم 1-877-486-2048 إذا كنت تستخدم الهاتف النصي.
- تفضل بزيارة صفحة Medicare الرئيسية على <http://www.medicare.gov>.

ما الذي يحدث لتغطيتي في Medi-Cal في حال ترك خطة Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan؟

يتعين أن تكون مشتركًا في خطة صحية تابعة لبرنامج Medi-Cal لمواصلة تلقي خدمات Medi-Cal، بما في ذلك الخدمات ووسائل الدعم طويلة الأجل (LTSS) التي تساعدك في احتياجات الرعاية الشخصية المستمرة. إذا تركت برنامج Cal MediConnect Plan الخاص بك، فستواصل تلقي خدمات Medi-Cal الخاصة بك عبر برنامج Blue Shield of California Promise Health Plan ما لم تختار برنامجًا مختلفًا لخدمات Medi-Cal الخاصة بك.

ستتلقى معلومات عن خطط Medi-Cal الصحية في البريد. للانضمام إلى خطة صحية من Medi-Cal، اتصل بخيارات الرعاية الصحية على الرقم 1-844-580-7272، من الاثنين حتى الجمعة من 8:00 صباحًا وحتى 6:00 مساءً. وإذا كنت تستخدم الهاتف النصي، فاتصل على الرقم 1-800-430-7077.

ما الذي يحدث لو كنت بحاجة إلى المساعدة أو المزيد من المعلومات؟

- إذا كنت تريد التحدث مع مستشار التأمين الصحي بخصوص هذه التغييرات واختياراتك، فاتصل ببرنامج استشارات التأمين الصحي والدعم بولاية كاليفورنيا (HICAP) على الرقم 1-800-434-0222، من الاثنين إلى الجمعة من الساعة 8:00 صباحًا وحتى 5:00 مساءً. اتصل برقم 711 إذا كنت تستخدم الهاتف النصي.

- إذا كنت بحاجة للمساعدة في التسجيل في خطة Cal MediConnect أو Medi-Cal plan، فيرجى الاتصال بخيارات الرعاية الصحية على الرقم 1-844-580-7272، من الاثنين حتى الجمعة من 8:00 صباحًا وحتى 6:00 مساءً. وإذا كنت تستخدم الهاتف النصي، فاتصل على الرقم 1-800-430-7077.
- وإذا كنت مسجلًا في خطة Cal MediConnect plan وتحتاج إلى مساعدة إضافية، فاتصل ببرنامج Cal MediConnect Ombuds Program على الرقم 1-855-501-3077، من الاثنين حتى الجمعة من 9:00 صباحًا وحتى 5:00 مساءً. وإذا كنت تستخدم الهاتف النصي، فاتصل على الرقم 1-855-847-7914.

Medi-Cal و Medicare هي خطة صحية تتعاقد مع كل من برنامجي Blue Shield of California Promise Health Plan بهدف تقديم مزايا البرنامجين للمُسجلين.

يمكنك الحصول على هذا المستند مجانًا بتنسيقات أخرى كأن تكون مطبوعاً بأحرف كبيرة أو بطريقة برايل أو مسجلة صوتيًا. اتصل على رقم 1-855-905-3825 (الهاتف النصي: 711) على الرقم المجاني، طوال أيام الأسبوع من الساعة 8:00 صباحًا إلى 8:00 مساءً. تكون هذه المكالمات مجانية. تنبيه: إذا كنت تتحدث العربية، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوفر لك مجانًا. اتصل على رقم 1-855-905-3825 (الهاتف النصي: 711)، من الساعة 8:00 صباحًا حتى الساعة 8:00 مساءً، طوال أيام الأسبوع. وتكون المكالمات مجانية.

Español (Spanish): ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al Cal-MediConnect 1-855-905-3825 (TTY: 711) de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los 7 días de la semana.

繁體中文 (Chinese): 注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 Cal-MediConnect 1-855-905-3825 (TTY: 711) 每週七天辦公，早上8:00點至晚上8:00點或。

ملاحظة هامة: لعرض معلومات مهمة حول متطلبات عدم التمييز، يمكنك الانتقال إلى موقعنا على الويب <https://www.blueshieldca.com/promise/affordable-care-act.asp>

التمييز أمر مخالف للقانون

تمتثل خطة Blue Shield of California Promise Health Plan لقوانين الحقوق المدنية الفيدرالية والقوانين الخاصة بالولاية المعمول بها ولا تميّز على أساس العرق أو اللون أو الأصل القومي أو السلالة أو الدين أو الجنس أو الحالة الاجتماعية أو النوع الاجتماعي أو هوية النوع الاجتماعي أو التوجه الجنسي أو العمر أو الإعاقة. لا تستبعد خطة Blue Shield of California Promise Health Plan الأشخاص أو تعاملهم بشكل مختلف بسبب العرق أو اللون أو الأصل القومي أو السلالة أو الدين أو الجنس أو الحالة الاجتماعية أو النوع الاجتماعي أو هوية النوع الاجتماعي أو التوجه الجنسي أو العمر أو الإعاقة.

توفر Blue Shield of California Promise Health Plan:

- خدمات ووسائل مساعدة مجانية للأشخاص من ذوي الإعاقة للتواصل معنا بفاعلية، مثل:
 - مترجمون مؤهلون للغة الإشارة
 - معلومات مكتوبة بتنسيقات أخرى (مطبوعة بأحرف كبيرة أو مسجلة صوتيًا أو تنسيقات إلكترونية قابلة للوصول أو تنسيقات أخرى)
- خدمات لغوية للأشخاص الذين لا تكون الإنجليزية هي لغتهم الأم، مثل:
 - مترجمون مؤهلون
 - معلومات مكتوبة بلغات أخرى

إذا كنت بحاجة لهذه الخدمات، فاتصل بمنسق الحقوق المدنية بخطة Blue Shield of California Promise Health Plan.

وإذا كنت تعتقد أن Blue Shield of California Promise Health Plan لم تنجح في توفير هذه الخدمات أو قامت بالتمييز بطريقة أخرى على أساس العرق أو اللون أو الأصل القومي أو السلالة أو الدين أو الجنس أو الحالة الاجتماعية أو النوع الاجتماعي أو هوية النوع الاجتماعي أو التوجه الجنسي أو العمر أو الإعاقة، يمكنك تقديم تظلم إلى:

Blue Shield of California Promise Health Plan
Civil Rights Coordinator
601 Potrero Grande Dr.
Monterey Park, CA 91755
الهاتف: (844) 883-2233 (الهاتف النصي: 711)

الفاكس: (323) 228-889

البريد الإلكتروني: BSCPHPCivilRights@blueshieldca.com

يجوز لك تقديم تظلم شخصيًا أو عن طريق البريد أو الفاكس أو البريد الإلكتروني. وإذا كنت بحاجة إلى مساعدة في تقديم التظلم، فيمكنك طلب المساعدة من بمنسق الحقوق المدنية.

يمكنك أيضًا تقديم شكوى تتعلق بالحقوق المدنية إلى U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights (وزارة الصحة والخدمات الإنسانية بالولايات المتحدة، مكتب الحقوق المدنية)، إلكترونيًا من خلال Office for Civil Rights Complaint Portal (مدخل الشكاوى الخاص بمكتب الحقوق المدنية) والمتوفر على <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>، أو عن طريق البريد أو الهاتف على:

U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue, SW
Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201
1-800-368-1019 أو 800-537-7697 (جهاز التواصل عن بُعد للصم)

تتوفر نماذج الشكاوى على الموقع <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

إذا كنت بحاجة للحصول على هذا المستند بلغة أخرى أو تنسيق بديل، كأن تكون مطبوعاً بأحرف كبيرة أو بطريقة برايل أو مسجلة صوتياً، أو إذا كنت بحاجة للمساعدة في فهم هذا الخطاب، فيرجى الاتصال بخيارات الرعاية الصحية على الرقم 1-844-580-7272، من الاثنين حتى الجمعة من 8:00 صباحاً وحتى 6:00 مساءً. وإذا كنت تستخدم الهاتف النصي، فاتصل على الرقم 1-800-430-7077. يمكنك الحصول على هذه المعلومات مجاناً.