

<Date>		
<# Member>	شناسه عضویت:	
<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>

مهم: شما برای خدمات Medicare و Medi-Cal خود در برنامه جدیدی ثبت نام کرده‌اید. این نامه را به عنوان گواهی پوشش خود نگه دارید.

:<Name>

به Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan (Medicare-Medicaid Plan) خوش آمدید!

از تاریخ **<effective date>**، شما تحت پوشش برنامه درمانی Cal MediConnect خواهید بود؛ این برنامه طراحی شده است تا مراقبت درمانی یکپارچه و با کیفیتی را بدون هیچ هزینه اضافی در اختیار شما قرار دهد. Blue Shield of California Promise Health Plan برنامه‌ای است که برای ارائه همزمان مزایای Medicare و Medi-Cal، با هر دو برنامه قرارداد بسته است. پوشش جدید شما شامل موارد زیر است:

- مزایای Medicare شما، شامل داروهای نسخه‌ای
- مزایای Medi-Cal شما، شامل خدمات و حمایت‌های بلند مدت (LTSS) می‌شوند که پاسخگوی نیازهای شما به مراقبت شخصی مداوم هستند. LTSS شامل برنامه خدمات چندمنظوره سالمندان (MSSP) و خدمات محلی برای بزرگسالان (CBAS) می‌شود که به شما کمک می‌کند تا حد امکان در خانه خود بمانید. در صورت لزوم، این خدمات شامل مراقبت آسایشگاهی نیز می‌شود.
- امکان انتخاب پزشکان و سایر خدمات‌دهندگان در محدوده شبکه ما که برای ارائه مراقبت مورد نیاز شما با یکدیگر همکاری دارند.
- مزایا و خدمات تکمیلی، مانند مراقبت‌های بینایی، عضویت در باشگاه سلامت و کلاس‌های تناسب اندام، مزایای بدون نسخه، پوشش اورژانس جهانی، سیستم اورژانس شخصی (PERS)، یک سیستم پایش و هشدار پزشکی است که با فشار یک دکمه، به صورت شبانه‌روزی و در تمام روزهای هفته کمک دریافت می‌کنید.
- یک هدایتگر مراقبت (Care Navigator) برای کمک به شما در مدیریت همه خدمات و ارائه‌دهندگان خدمات خود.
- تجهیزات پزشکی بادوام، مانند عصا، واکر، ویلچر.



این نامه گواهی پوشش جدید شماست. لطفاً این نامه را تا زمانی که کارت عضویت جدید خود را از ما دریافت نکرده‌اید با خود به داروخانه یا ویزیت در مطب بیاورید. اگر سؤالی دارید، می‌توانید در تمام روزهای هفته، از ساعت 8:00 صبح تا 8:00 شب، با مرکز خدمات اعضای Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan به شماره 1-855-905-3825 (TTY 711) تماس بگیرید.

بعد چه اتفاقی می‌افتد؟

می‌توانید از تاریخ اجرا، شروع به دریافت کلیه خدمات مراقبت درمانی و داروهای نسخه‌ای خود از داروخانه‌ها و خدمات‌دهندگان درمانی اصلی شبکه Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan کنید، تاریخ اجرا برابر است با **<effective date>**. اگر به مراقبت اورژانسی یا فوری یا خدمات دیالیز خارج از منطقه نیاز دارید، می‌توانید از خدمات‌دهندگان خارج از شبکه Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan استفاده کنید.

برای کمک به شما در انتقال به Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan، این امکان را دارید که برای یک دوره دوازده (12) ماهه از تاریخ اجرای عضویت خود در Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan، همچنان نزد پزشکان فعلی خود بروید.

برای دریافت اطلاعات در مورد نحوه انجام این کار، با خدمات اعضای Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan به شماره 1-855-905-3825 (TTY 711) تماس بگیرید. چنانچه از دارویی استفاده می‌کنید که در فهرست داروهای تحت پوشش ما نیست، اگر مقررات برنامه درمانی اجازه مصرف مقدار داروی تجویزی پزشک شما را نمی‌دهد، یا در صورتیکه دارو به تأیید قبلی Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan نیاز دارد، در طول (90) روز اول عضویت در این برنامه، شما به مدت حداقل (30) روز به ذخیره داروهای نسخه‌ای که در حال حاضر مصرف می‌کنید دسترسی خواهید داشت.

بسته اعضای جدید حاوی موارد زیر می‌باشد:

- فهرست داروهای تحت پوشش (مجموعه دارویی) دستورالعمل‌ها برای کسب اطلاعات بیشتر در مورد داروی موجود در فهرست داروهای تحت پوشش ما.
- فهرست راهنمای خدمات‌دهندگان و داروخانه‌ها دستورالعمل‌ها برای کسب اطلاعات بیشتر در مورد خدمات‌دهندگان و داروخانه‌ها در شبکه ما.
- کتابچه راهنمای اعضا (گواهی پوشش)

قبل از **<enrollment effective date>**، یک کارت شناسایی عضویت را برای شما ارسال خواهیم کرد.

قبل از **<enrollment effective date>**، یک نسخه کتابچه راهنمای اعضا (گواهی پوشش) برای شما ارسال خواهیم کرد.

یک نسخه به‌روز شده از کتابچه راهنمای اعضا (گواهی پوشش) همیشه در وبسایت ما به نشانی www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect موجود می‌باشد. همچنین می‌توانید با مرکز خدمات اعضا به شماره 1-855-905-3825 تماس بگیرید و از ما بخواهید که یک نسخه کتابچه راهنمای اعضا برای شما ارسال کنیم.

چقدر باید برای Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan پرداخت کنم؟

هنگام دریافت خدمات درمانی از یکی از خدمات‌دهندگان Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan، شما نباید مبلغی را برای حق بیمه برنامه، فرانشیز و سهم بیمه‌شده بپردازید.

چقدر باید برای داروهای نسخه‌ای پرداخت کنم؟

هنگامی که داروهای نسخه‌ای خود را از داروخانه عضو شبکه ما دریافت می‌کنید، مبلغ پرداختی شما بیشتر از این مبلغ نخواهد بود: **\$3,60** برای هر نوبتی که داروی ژنریک تحت پوشش Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan و **\$8,95** برای هر نوبتی که داروی برند تحت پوشش Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan دریافت می‌کنید. پرداخت‌های مشترک برای داروهای نسخه‌ای

ممکن است بر حسب میزان کمک اضافی که دریافت می‌کنید متغیر باشد. برای دریافت جزئیات بیشتر لطفاً با Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan تماس بگیرید.

نحوه انتخاب خدمات‌دهنده مراقبت‌های درمانی اصلی چیست؟

برای انتخاب ارائه‌دهنده مراقبت‌های اولیه (PCP) خود، می‌توانید به فهرست راهنمای ارائه‌کنندگان و داروخانه‌های Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan در وبسایت ما به آدرس www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect مراجعه کنید یا برای دریافت کمک، با مرکز خدمات اعضا تماس بگیرید.

شما خدمات مراقبتی معمول یا پایه خود را از ارائه‌دهنده مراقبت‌های اولیه خود دریافت خواهید کرد. PCP شما همچنین می‌تواند سایر خدمات تحت پوشش مورد نیاز شما را هماهنگ کند.

PCP‌های برنامه ما به گروه‌های پزشکی خاصی وابسته هستند. وقتی PCP خود را انتخاب می‌کنید، در واقع گروه پزشکی مربوطه را هم انتخاب می‌کنید. این بدان معنا است که PCP شما را به متخصصین و خدماتی ارجاع خواهد داد که به گروه پزشکی خودش وابسته هستند. بنابراین، اگر

قصد دارید از متخصص یا بیمارستان خاصی که عضو Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan است استفاده کنید، باید نخست بررسی کنید که آیا آن‌ها به گروه پزشکی PCP شما وابسته هستند یا خیر.

هنگامی که به خدمات درمانی تخصصی یا تکمیلی نیاز دارید که PCP شما نمی‌تواند ارائه دهد، او شما را به ارائه‌کننده دیگری ارجاع خواهد داد. در اکثر مواقع، پیش از مراجعه به ارائه‌کنندگان خدمات دیگر نیاز به دریافت ارجاعیه از PCP خود دارید. پس از تأیید ارجاع از طرف گروه پزشکی PCP شما، می‌توانید از متخصص یا دیگر ارائه‌کننده خدمات برای دریافت درمان مورد نیاز خود وقت بگیرید. متخصص پس از اتمام درمان یا خدمات ارائه شده، PCP شما را مطلع می‌سازد تا وی بتواند به مدیریت امور درمانی شما ادامه دهد.

همچنین، برای اینکه برخی خدمات را دریافت کنید، PCP شما باید پیشاپیش از برنامه برای شما تأییدیه بگیرد. این تأییدیه قبلی «مجوز قبلی» نیز نامیده می‌شود. به طور مثال، برای همه بستری شدن غیراضطراری در بیمارستان به دریافت مجوز قبلی نیاز می‌باشد. در برخی موارد، گروه پزشکی وابسته به PCP شما ممکن است بتواند به جای برنامه ما اجازه دریافت خدمات را صادر نماید.

شما می‌توانید خدمات خاصی، از قبیل این موارد را بدون دریافت تأییدیه از PCP خود دریافت کنید: خدمات اورژانسی، مراقبت‌های مورد نیاز اضطراری، خدمات دیالیز کلیوی از یک مرکز دیالیز تأییدشده Medicare، واکسن‌های آنفلوآنزا، هیپاتیت B و ذات‌الریه، خدمات مراقبت‌های سلامتی معمول زنان و برنامه‌ریزی خانواده و غیره.

اگر در مورد پوشش یا خدمات‌دهندگان Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan سوآلی دارم چطور؟

- می‌توانید در تمام روزهای هفته، از ساعت 8:00 صبح تا 8:00 شب، با مرکز خدمات اعضای Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan به شماره 1-855-905-3825 تماس بگیرید.
- در صورت استفاده از TTY، با 711 تماس بگیرید.
- به آدرس www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect مراجعه کنید.

اگر پوشش درمانی یا داروی نسخه‌ای دیگری دارم چطور؟

اگر پوشش درمانی یا دارویی دیگری از قبیل کارفرما یا اتحادیه کارگری دارید، در صورت عضویت در برنامه Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan، شما یا وابستگان شما ممکن است پوشش درمانی یا دارویی دیگر را کاملاً از دست بدهید و دوباره کسب نکنید.

- انواع دیگر پوشش درمانی و دارویی شامل TRICARE، سازمان امور سربازان بازنشسته یا بیمه‌نامه Medigap (بیمه تکمیلی Medicare) می‌شوند.
- اگر در مورد پوشش خود سوآلاتی دارید، با سرپرست مزایای بیمه درمانی/دارویی دیگر تماس بگیرید.
- اگر می‌خواهید عضویت خود در برنامه Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan را لغو کنید، می‌توانید با Health Care Options (گزینه‌های خدمات درمانی) به شماره 1-844-580-7272 تماس بگیرید؛ زمان تماس: دوشنبه تا جمعه از ساعت 8:00 صبح تا 6:00 عصر. اگر از TTY استفاده می‌کنید، با 1-800-430-7077 تماس بگیرید.

آیا می‌توانم پس از تاریخ اجرا، Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan را ترک کنم؟

بله. شما می‌توانید در هر زمانی از سال از Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan خارج شوید یا برنامه Cal MediConnect جدیدی انتخاب کنید. برای این کار کافی است که روزهای دوشنبه تا جمعه، از ساعت 8:00 صبح تا 6:00 عصر، با Health Care Options (گزینه‌های خدمات درمانی) به شماره 1-844-580-7272 تماس بگیرید. اگر از TTY استفاده می‌کنید، با 1-800-430-7077 تماس بگیرید.

اگر از Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan خارج شوید و نخواهید که در یک برنامه Cal MediConnect دیگر ثبت نام کنید، پوشش شما در روز آخر ماهی که در آن خروج خود را اعلام کرده‌اید خاتمه می‌یابد. اگر از برنامه Blue Shield Promise Cal MediConnect خارج شوید و به برنامه درمانی یا داروی نسخه‌ای Medicare نپیونددید، تحت پوشش Original Medicare اولیه خواهید بود و Medicare شما را در یک برنامه داروی نسخه‌ای Medicare عضو می‌کند.

اگر بخواهم به برنامه Cal MediConnect دیگری بپیوندم چطور؟

اگر می‌خواهید مزایای Medi-Cal و Medicare خود را مجموعاً از برنامه واحدی دریافت کنید، می‌توانید به برنامه Cal MediConnect دیگری بپیونددید. برای ثبت نام در یک برنامه دیگر Cal MediConnect، روزهای دوشنبه تا جمعه از ساعت 8:00 صبح تا 6:00 عصر، با Health Care Options (گزینه‌های خدمات درمانی) به شماره 1-844-580-7272 تماس بگیرید. اگر از TTY استفاده می‌کنید، با 1-800-430-7077 تماس بگیرید. به آن‌ها اطلاع دهید که می‌خواهید از برنامه فعلی Cal MediConnect خارج شده و به برنامه Cal MediConnect دیگری بپیونددید. اگر مطمئن نیستید که می‌خواهید به کدام برنامه بپیونددید، آن‌ها می‌توانند درباره سایر برنامه‌های موجود در محدوده شما اطلاعات در اختیار تان قرار دهند.

اگر از Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan خارج شوم، چه اتفاقی برای Medicare من می‌افتد؟

اگر از برنامه Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan خارج شوید و به برنامه درمانی یا داروی نسخه‌ای Medicare نپیونددید، تحت پوشش Original Medicare اولیه خواهید بود و Medicare شما را در یک برنامه داروی نسخه‌ای Medicare عضو می‌کند. اگر می‌خواهید به برنامه درمانی یا داروی نسخه‌ای Medicare بپیونددید، مایل به اطلاعات بیشتر درباره برنامه‌های Medicare در محدوده خود هستید، یا درباره Medicare سوالی دارید:

- به صورت شبانه‌روزی و در هفت روز هفته، با 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) تماس بگیرید.
- در صورت استفاده از TTY، با 1-877-486-2048 تماس بگیرید.
- به صفحه اصلی سایت Medicare در <http://www.medicare.gov> مراجعه کنید.

اگر از Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan خارج شوم، چه اتفاقی برای Medi-Cal من می‌افتد؟

برای ادامه دریافت خدمات Medi-Cal خود، اعم از خدمات و حمایت‌های بلندمدت (LTSS) که به نیازهای مداوم درمان شخصی شما می‌پردازد، باید به یکی از برنامه‌های درمانی Medi-Cal بپیونددید. در صورت خروج از برنامه Cal MediConnect، باید به بخش گزینه‌های خدمات درمانی اطلاع دهید که می‌خواهید به کدام برنامه درمانی تحت مدیریت Medi-Cal بپیونددید.

برای انجام این کار، از دوشنبه تا جمعه از ساعت 8:00 صبح تا 6:00 عصر، با Health Care Options (گزینه‌های خدمات درمانی) به شماره 1-844-580-7272 تماس بگیرید. اگر از TTY استفاده می‌کنید، با 1-800-430-7077 تماس بگیرید. به آنها اطلاع دهید که نمی‌خواهید عضو Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan باقی بمانید و مایل هستید تا به عضویت یک برنامه Cal MediConnect دیگر درآیید. اگر مطمئن نیستید که می‌خواهید به کدام برنامه بپیونددید، آن‌ها می‌توانند درباره سایر برنامه‌های موجود در محدوده شما اطلاعات در اختیاران قرار دهند.

در صورت نیاز به کمک یا اطلاعات بیشتر، چه کاری انجام دهم؟

- برای صحبت با مشاور بیمه درمانی درباره این تغییرات و انتخاب‌هایتان، روزهای دوشنبه تا جمعه، از ساعت 8:00 صبح تا 5:00 عصر، با برنامه وکالت و مشاوره بیمه درمانی کالیفرنیا (California Health Insurance Counseling and Advocacy Program, HICAP) به شماره 1-800-434-0222 تماس بگیرید. در صورت استفاده از TTY، با 711 تماس بگیرید.
- در صورت نیاز به کمک در ثبت نام برای برنامه Cal MediConnect یا Medi-Cal، لطفاً از دوشنبه تا جمعه ساعت 8:00 صبح تا 6:00 عصر با Health Care Options (گزینه‌های خدمات درمانی) به شماره 1-844-580-7272 تماس بگیرید. در صورت استفاده از TTY، با 1-800-430-7077 تماس بگیرید.
- اگر در یک برنامه Cal MediConnect هستید و نیاز به کمک بیشتر دارید، روزهای دوشنبه تا جمعه، از ساعت 9:00 صبح تا 5:00 عصر با Cal MediConnect Ombuds Program به شماره 1-855-501-3077 تماس بگیرید. اگر از TTY استفاده می‌کنید، با 1-855-847-7914 تماس بگیرید.

Blue Shield of California Promise Health Plan برنامه‌ای است که برای ارائه همزمان مزایای Medicare و Medi-Cal، با هر دو برنامه قرارداد بسته است.

شما می‌توانید این سند را به صورت رایگان در فرمت‌های دیگر مانند چاپ درشت، خط بریل یا فرمت صوتی دریافت کنید. هفت روز هفته از ساعت 8:00 صبح تا 8:00 شب با شماره 1-855-905-3825 (TTY: 711) تماس بگیرید. این تماس رایگان است. توجه: چنانچه زبان شما فارسی است، می‌توانید به صورت رایگان از خدمات کمک زبانی ما بهره‌مند شوید. می‌توانید هفت روز هفته از ساعت 8:00 صبح تا 8:00 شب، با شماره 1-855-905-3825 (TTY: 711) تماس بگیرید. این تماس رایگان است.

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。

نکته مهم: برای مشاهده اطلاعات مهم در مورد شرایط عدم تبعیض، می‌توانید به وبسایت ما به آدرس <https://www.blueshieldca.com/promise/affordable-care-act.asp> مراجعه نمایید.

تبعیض خلاف قانون است

Blue Shield of California Promise Health Plan قوانین جاری ایالتی و حقوق مدنی فدرال را رعایت می‌کند و بر اساس نژاد، رنگ پوست، ملیت، تبار، مذهب، جنس، وضعیت تأهل، جنسیت، هویت جنسی، گرایش جنسی، سن یا معلولیت تبعیض قائل نمی‌شود. Blue Shield of California Promise Health Plan بر مبنای نژاد، رنگ پوست، ملیت، تبار، مذهب، جنس، وضعیت تأهل، جنسیت، هویت جنسی، گرایش جنسی، سن یا معلولیت افراد در مورد آن‌ها استثناء یا تبعیض قائل نمی‌شود.

Blue Shield of California Promise Health Plan موارد زیر را ارائه می‌دهد:

- به افراد کم‌توان که قادر به برقراری ارتباط مؤثر با ما نیستند مساعدت‌ها و خدمات رایگان ارائه می‌دهد؛ خدماتی نظیر:
 - مترجمان زبان اشاره واجد شرایط
 - اطلاعات مکتوب در قالب‌های دیگر (چاپ درشت، قالب صوتی، قالب الکترونیک قابل دسترس، سایر قالب‌ها)
- خدمات زبانی به افرادی که زبان اصلی آن‌ها انگلیسی نیست، مانند:
 - مترجمان واجد شرایط
 - اطلاعات مکتوب به زبان‌های دیگر

در صورت نیاز به این خدمات، با هماهنگ‌کننده حقوق مدنی Blue Shield of California Promise Health Plan تماس بگیرید.

اگر فکر می‌کنید Blue Shield of California Promise Health Plan در ارائه این خدمات کوتاهی کرده یا بر اساس نژاد، رنگ پوست، ملیت، تبار، مذهب، جنس، وضعیت تأهل، جنسیت، هویت جنسی، گرایش جنسی، سن یا معلولیت افراد تبعیضی علیه آن‌ها قائل شده است، می‌توانید شکایت خود را به مرجع زیر ارائه دهید:

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

شکایت‌تان را می‌توانید از طریق تلفن، نامه، حضوری، فکس یا از طریق ایمیل ارسال کنید. اگر برای طرح شکایت به کمک نیاز دارید، هماهنگ‌کننده حقوق مدنی می‌تواند به شما کمک کند.

همچنین می‌توانید یک شکایت مبنی بر نقض حقوق مدنی به دفتر حقوق مدنی وزارت درمان و خدمات انسانی آمریکا ارائه دهید؛ این کار را می‌توانید به صورت الکترونیک از طریق پورتال دفتر شکایات حقوق مدنی به آدرس <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf> یا از طریق پست یا تلفن به نشانی زیر انجام دهید:

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

فرم‌های شکایت در آدرس <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html> موجود است.

اگر این سند را به زبان یا قالب دیگری مانند پرینت درشت، خط بریل یا فرمت صوتی می‌خواهید یا چنانچه برای فهم این نامه نیاز به کمک دارید، لطفاً از دوشنبه تا جمعه، ساعت 8:00 صبح تا 6:00 عصر با Health Care Options (گزینه‌های خدمات درمانی) به شماره 1-844-580-7272 تماس بگیرید. اگر از TTY استفاده می‌کنید، با 1-800-430-7077 تماس بگیرید. می‌توانید به این اطلاعات به صورت رایگان دسترسی پیدا کنید.